

Effekt av gruppeundervisning i pasient- og pårørendeopplæring

Rapport fra Kunnskapssenteret nr 09-2011

Systematisk oversikt



 kunnskapssenteret

Bakgrunn: Opplæring av pasienter og pårørende er en av spesialisthelsetjenestens fire lovpålagte oppgaver, og blir i økende grad benyttet som en del av behandlingen. Opplæringstiltakene i lærings- og mestringssentre er i hovedsak gruppebaserte. **Hva har vi gjort:** Kunnskapssenteret har oppsummert forskning som vurderer effekt av gruppeundervisning til pasienter og pårørende. I de 15 inkluderte oversiktene er gruppeundervisning sammenlignet med individuell undervisning, ingen tiltak eller placebo, vanlig praksis, vanlig praksis eller venteliste eller ingenting, selvhjelp eller behandling. Oversiktene omfatter undervisning til personer med diabetes type 2, schizofreni, revmatisme, kreft, rygg- og nakkesmerter, ulike kroniske sykdommer, undervisning i forbindelse med røykeslutt og fødselforberedelse. **Hovedfunn:** • Generelt ser gruppeundervisning ut til å ha positiv effekt på psykososiale utfall som psykisk helse, mestring, relasjoner og kunnskap om egen sykdom. • For personer med diabetes type 2 har gruppeundervisning bedre effekt på regulering av blodsukker og fører muligens til bedre mestring, kunnskap og pasienttilfredshet enn vanlig (fortsetter på baksiden)

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Postboks 7004, St. Olavsplass
N-0130 Oslo
(+47) 23 25 50 00
www.kunnskapssenteret.no
Rapport: ISBN978-82-8121-405-7 ISSN 1890-1298

nr 09–2011

 kunnskapssenteret

(fortsettelsen fra forsiden) praksis, venteliste eller ingen tiltak. Det er ikke påvist forskjell på livskvalitet og helseatferd av gruppeundervisning sammenlignet med ingen behandling eller placebo. • For personer med akutte rygg smerter har gruppeundervisning muligens bedre effekt på smertevarighet og sykefravær enn ingen behandling eller placebo. Det er ikke påvist forskjell sammenlignet med fysisk trening. • For personer med schizofreni har gruppeundervisning muligens bedre effekt på psykisk helse og kunnskap om egen sykdom enn vanlig praksis. • For pasienter med ulike kreftsykdommer har gruppeundervisning trolig bedre effekt på depersjon, angst, livskvalitet, mestring og relasjon til partner enn vanlig praksis. Det er ikke påvist forskjell mellom gruppeundervisning sammenlignet med ingen behandling eller placebo. • Gruppeundervisning fører trolig til at flere slutter å røyke sammenlignet med både selvhjelpsgrupper og ingen intervensjon, men det er ikke påvist forskjell sammenlignet med nikotinerstatning.

Tittel	Effekt av gruppeundervisning i pasient- og pårørendeopplæring
English title	The effect of group education for patients and next of kin
Institusjon	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Ansvarlig	Magne Nylenna, <i>direktør</i>
Forfattere	Astrid Austvoll-Dahlgren, <i>prosjektleder Kunnskapssenteret</i> Astrid Merete Nøstberg, <i>bibliotekar Helsedirektoratet</i> Aslak Steinsbekk, <i>forsker NTNU</i> Gunn E Vist, <i>seksjonsleder Kunnskapssenteret</i>
ISBN	978-82-8121-405-7
ISSN	1890-1298
Rapport	Nr 9–2011
Prosjektnr	575
Rapporttype	Systematisk oversikt
Antall sider	78 (119 med vedlegg)
Oppdragsgiver	Nasjonalt Kompetansesenter for læring og mestring
Nøkkelord	Gruppeundervisning, pasientundervisning, pårørendeopplæring, Group based education, group based training, patient education, self care psychoeducation, self management
Sitering	Austvoll-Dahlgren A, Nøstberg AM, Stensbekk A, Vist GE. Effekt av gruppeundervisning i pasient- og pårørendeopplæring: en oppsummering av systematiske oversikter. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 9-2011. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2011.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fremskaffer og formidler kunnskap om effekt av metoder, virkemidler og tiltak og om kvalitet innen alle deler av helsetjenesten. Målet er å bidra til gode beslutninger slik at brukerne får best mulig helsetjenester. Senteret er formelt et forvaltningsorgan under Helsedirektoratet, uten myndighetsfunksjoner. Kunnskapssenteret kan ikke instrueres i faglige spørsmål.

Kunnskapssenteret vil takke Hilde Eide og fagmiljøet ved NKLMS for å ha bidratt med sin ekspertise i dette prosjektet. Kunnskapssenteret tar det fulle ansvaret for synspunktene som er uttrykt i rapporten

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Oslo, mai 2011.

Hovedfunn

Opplæring av pasienter og pårørende er en av spesialisthelsetjenestens fire lovpålagte oppgaver, og blir i økende grad benyttet som en del av behandlingen. Opplærings tiltakene i lærings- og mestringssentre er i hovedsak gruppebaserte.

Kunnskapscenteret har oppsummert forskning som vurderer effekt av gruppeundervisning til pasienter og pårørende. I de 15 inkluderte oversiktene er gruppeundervisning sammenlignet med individuell undervisning, ingen tiltak eller placebo, vanlig praksis, vanlig praksis eller venteliste eller ingenting, selvhjelp eller behandling. Oversiktene omfatter undervisning til personer med diabetes type 2, schizofreni, revmatisme, kreft, rygg- og nakkesmerter, ulike kroniske sykdommer, undervisning i forbindelse med røykeslutt og fødselberedelse.

Hovedfunn: Kvaliteten på dokumentasjonsgrunnlaget er lav eller svært lav for de fleste sammenligningene og dokumentasjonen er for mangelfull til å trekke konklusjoner. Vi fant at:

- Generelt ser gruppeundervisning ut til å ha positiv effekt på psykososiale utfall som psykisk helse, mestring, relasjoner og kunnskap om egen sykdom.
- For personer med *diabetes type 2*, har gruppeundervisning bedre effekt på regulering av blodsukker og fører muligens til bedre mestring, kunnskap og pasienttilfredshet enn vanlig praksis, venteliste eller ingen tiltak. Det er ikke påvist forskjell på livskvalitet og helseatferd av gruppeundervisning sammenlignet med ingen behandling eller placebo.
- For personer med *akutte ryggsmertor* har gruppeundervisning muligens bedre effekt på smertevarighet og sykefravær enn ingen behandling eller placebo, men det er ikke påvist forskjell sammenlignet med fysisk trening.
- For personer med *schizofreni* har gruppeundervisning muligens bedre effekt på psykisk helse og kunnskap om egen sykdom enn vanlig praksis.
- For pasienter med *ulike kreftsykdommer*, har gruppeundervisning trolig bedre effekt på depersjon, angst, livskvalitet, mestring og relasjon til partner enn vanlig praksis, men det er ikke påvist forskjell mellom gruppeundervisning sammenlignet med ingen behandling eller placebo.
- Gruppeundervisning fører trolig til at flere slutter å røyke sammenlignet med både selvhjelpsgrupper og ingen intervensjon, men det er ikke påvist forskjell sammenlignet med nikotinerstatning.

Effekt av gruppeundervisning i pasient- og pårørendeopplæring

Hva slags rapport er dette?

Systematisk oversikt

En systematisk oversikt er resultatet av å

- innhente
- kritisk vurdere og
- sammenfatte relevante forskningsresultater ved hjelp av forhåndsdefinerte og eksplisitte metoder.

Svarer ikke på alt:

- Ingen studier utenfor de eksplisitte inklusjonskriteriene
- Ingen helseøkonomisk evaluering
- Ingen anbefalinger

Hvem står bak denne rapporten?

Kunnskapscenteret har skrevet rapporten på oppdrag fra Nasjonalt Kompetansesenter for læring og mestring

Når ble den laget?

Søk etter studier ble avsluttet November 2009.

Sammendrag

BAKGRUNN

Pasient- og pårørendeopplæring er en av spesialisthelsetjenestens fire lovpålagte hovedoppgaver og blir i økende grad benyttet som en del av behandlingsforløp. I Norge finner slike opplæringstiltak gjerne sted ved den enkelte avdeling på sykehuse og ved Lærings- og mestringssentrene (LMS). Gruppebaserte læringstilbud er en utbredt aktivitet og omfatter mange pasienter. Selv om det er gjort en del forskning på effekt av pasient- og pårørendeopplæring, finnes det ingen samlet oversikt over systematiske oversikter som har sett på effekter ved bruk av gruppeundervisning som metode i pasient- og pårørendeopplæring.

METODE

Vi søkte etter systematiske oversikter i medisinske databaser. Søket ble gjort i oktober og november 2009. To personer gjennomgikk uavhengig av hverandre alle titler og sammendrag. Potensielt relevante oversikter ble bestilt i fulltekst og vurdert for inklusjon eller eksklusjon. Alle systematiske oversikter som omhandlet pasienter og pårørende som mottok gruppeundervisning, ble inkludert. Kvaliteten av de inkluderte systematiske oversiktene ble vurdert med sjekklister. Kvaliteten av samlet dokumentasjon for hvert utfall ble vurdert ved hjelp av GRADE. Vi vurderte effekt og kvalitet av dokumentasjonen for følgende utfall der det var tilgjengelige data: sykdomsspesifikke helseutfall (for eksempel blodsukkerkontroll, smerte), livskvalitet, kunnskap om egen sykdom, mestring, helseadferd, pasienttilfredshet og bruk av helsetjenester/ kostnader.

RESULTAT

Av de 1229 treffene som søket genererte, inkluderte vi 15 systematiske oversikter av høy kvalitet som til sammen hadde 27 sammenligninger og omfattet gruppeundervisning gitt til pasienter innen åtte diagnose- og/ eller målgrupper; diabetes, schizofreni, revmatisme, kreft, rygg/nakke, røykeslutt, fødselsforberedelse og en gruppe pasienter med ulike typer kronisk sykdom. Gruppeundervisning er i all hovedsak gitt i tillegg til vanlig behandling eller oppfølging.

For pasienter med diabetes type 2, fører gruppeundervisning muligens til bedre regulering av blodsukker målt som lavere langtidsblodsukker sammenlignet med individuell undervisning. Gruppeundervisning sammenlignet med vanlig praksis/venteliste/ingen intervensjon fører trolig til bedre regulering av blodsukker målt som lavere langtidsblodsukker, og muligens mer kunnskap, bedre mestring og pasienttilfredshet. Ved sammenligning av intensiv gruppeundervisning med kortvarig gruppeundervisning ble det ikke funnet forskjell på gruppene.

For pasienter med schizofreni spriker resultatene noe mellom de inkluderte oversiktene. Kortvarig gruppeundervisning fører muligens til bedre psykisk helse, mer kunnskap om schizofreni, mer riktig legemiddelbruk og redusert bruk av helsetjenester sammenlignet med vanlig praksis. Det er usikkert om gruppebasert kognitiv-atferdsterapi utgjør forskjell på legemiddelbruk og bruk av helsetjenester (tilbakefall og reinnleggelser) sammenlignet med vanlig praksis eller venteliste.

Gruppeundervisning (baser på kognitive dferdsterapi) for pasienter med revmatisme påvirker muligens ikke opplevelsen av sosial støtte. Lekmannsledet gruppeundervisning for pasienter med artritt gir trolig bedre mestring og kommunikasjon med helsepersonell, samt muligens litt mindre depresjon, men det er usikkert om det utgjør forskjell på smerte, funksjonshemming/nedsatt funksjonsdyktighet og bruk av helsetjenester (allmennlegebeseøk).

Gruppeundervisning for pasienter med ulike typer kreftsykdom gir trolig mindre depresjon og angst, fører trolig til bedre mestring og livskvalitet, og gir en bedre relasjon til partner, men det er usikkert om det gir endring i overlevelse sammenlignet med vanlig praksis. Gruppebaserte psykologiske intervensjoner for kvinner med brystkreft med spredning fører muligens til mindre smerte, men utgjør liten eller ingen forskjell på livskvalitet sammenlignet med vanlig praksis. Gruppeundervisning for pasienter med kreftrelatert fatigue fører trolig til litt mindre fatigue, men utgjør trolig liten eller ingen forskjell på livskvalitet målt som handlekraftighet sammenlignet med ingen behandling.

Gruppeundervisning for pasienter med akutte ryggsmarter senker muligens varigheten av smerte og sykefravær, men det er usikkert om smerteintensitet og funksjonell status endres sammenlignet med ingen behandling/placebo. Videre er det usikkert om gruppeundervisning for pasienter med akutte ryggsmarter utgjør forskjell på varigheten og intensiteten av smerte sammenlignet med fysisk trening. Gruppeundervisning for pasienter med kroniske ryggsmarter er muligens mindre effektivt enn fysisk trening når det gjelder ryggbevegelighet.

Gruppeundervisning fører trolig til at flere slutter å røyke sammenlignet med både selvhjelpsgrupper for røykeslutt og med ingen intervensjon for røykeslutt. Det er usikkert om gruppeundervisning, inkludert nikotinerstatning, sammenlignet med

nikotinerstatning alene, eller gruppebasert undervisning sammenlignet med individuell undervisning, utgjør forskjell for røykeslutt.

Lekmannsleddet gruppeundervisning til grupper av pasienter med ulike typer kronisk sykdom gir muligens bedre mestring, mindre funksjonshemming/nedsatt funksjonsdyktighet, mindre opplevd uro knyttet til egen helse og mer trening, samt muligens noe mindre smerte og noe bedre kommunikasjon med helsepersonell.

Det er stor usikkerhet rundt estimatene. Grunnet lav kvalitet på dokumentasjonen er det vanskelig å konkludere når det gjelder a) gruppeundervisning (vanlig lengde) for pasienter med schizofreni sammenlignet med vanlig praksis, selvhjelpsbasert, kognitivatferdsbasert og b) støttegruppebasert undervisning for pasienter med revmatisme, c) gruppeundervisning med fokus på mestring av smerte og stress for pasienter med nakkesmerter sammenlignet med vanlig praksis, gruppeundervisning for pasienter med nakkesmerter sammenlignet med ingen behandling, d) gruppeundervisning sammenlignet med ingen behandling/placebo for pasienter med kroniske ryggsmerte eller e) fødselsforberedende gruppeundervisning sammenlignet med vanlig praksis for gravide kvinner.

DISKUSJON

Kunnskapsgrunnlaget for denne rapporten favner bredt, og resultatene varierer i retning og styrke på en rekke utfall som helse, helseatferd og livskvalitet. Slik variasjon kan skyldes en rekke faktorer; hva som er rapportert i de inkluderte publikasjonene, innholdet og kvaliteten i undervisningen og kvaliteten på studiene, egnetheten av gruppebaserte undervisningstiltak med utgangspunkt i hvilken pasientgruppe eller diagnosen tiltakene er rettet mot, for eksempel alvorligheten av sykdommen og sykdommens varighet, samt andre kontekstuelle faktorer. Både målgrupper og tiltak i de inkluderte oversiktene varierer betraktelig. Dessverre gir ikke de inkluderte studiene tilstrekkelig informasjon til at man kan gjøre meningsfull sammenligning på tvers. Kun én oversikt rapporterer nok informasjon med god nok kvalitet til at vi kan konkludere med en eventuell forskjell i effekt på bakgrunn av intensitet av undervisningen. Oversikten fant ingen forskjell mellom intensiv og kortvarig gruppeundervisning for pasienter med diabetes type 2.

Gruppeundervisning er ikke nødvendigvis bedre, eller dårligere, enn andre behandlingsformer. I denne systematiske oversikten ble det inkludert sammenligninger gjort på pasienter med ryggsmerte og for røykeslutt som viste at gruppeundervisning kan være like bra som, eller mindre effektivt, enn fysisk trening eller nikotinerstatning.

KONKLUSJON

De inkluderte oversiktene viser at gruppeundervisning generelt sett ser ut til å ha en positiv effekt på psykososiale utfall som psykisk helse, mestring, og relasjoner, og på kunnskap om egen sykdom. Gruppeundervisning ser også ut til å gi bedre pasienttilfredshet (diabetes type 2) og kunne redusere sykefravær (pasienter med akutte ryggmerter). Når det gjelder andre helseutfall, helseatferd som legemiddelbruk og livskvalitet, varierer resultatene både mellom målgrupper og mellom intervensjoner. Gruppeundervisning er ikke nødvendigvis bedre enn andre behandlingsformer. Ingen av oversiktene rapporterte effekter på kostnader.

Det er behov for mer forskning som vurderer effekter av gruppeundervisning på helseutfall, pasienttilfredshet og bruk av helsetjenester- og kostnader. Andre relevante utfall kan være å undersøke effekter på relasjoner mellom pasient og helsepersonell, samt påvirkning på pasientens deltakelse i arbeidslivet eller i andre meningsfylte aktiviteter. Videre forskning bør beskrive intervensjonenes innhold, utførelse og intensitet bedre og mer detaljert for å legge til rette for bedre sammenligninger, og for bedre å kunne informere praksis.

Key messages

Patient education is increasingly being used as part of the treatment course and is one of four of the specialist health care's statutory responsibilities in Norway. Group education is commonly used by the learning and activity centres.

The Norwegian Knowledge Centre for the Health Services has summarized available research on the effect of group education to patients and their next of kin. We included 15 systematic reviews that compared group education with individual lessons, nothing or placebo, treatment as usual, treatment as usual or waiting list or no treatment, self-help, or other treatment. The reviews included people with type 2 diabetes, schizophrenia, rheumatism, cancer, back and neck pain, smoking cessation, birth preparation and a mixed group of patients with different chronic conditions.

Most comparisons were of low or very low quality and often the documentation necessary was lacking. However, based on the comparisons of high to low quality, group education was found to be:

- Group education generally appears to have a positive effect on psychosocial outcomes such as mental health, coping, relations and knowledge about own illness.
- For people with *type 2 diabetes*, group education improves long term blood glucose and possibly leads to better skills, knowledge and patient satisfaction compared with usual care, waiting list or no intervention. No effect on quality of life or health behaviour were detected compared with no treatment or placebo
- For people with *acute back pain*, group education may possibly decrease pain duration work absence compared with no treatment or placebo. No statistical differences were detected compared with physical activity
- For people with *schizophrenia*, group education may possibly improve mental health and knowledge about own illness compared with usual care
- For people with *various cancers*, group education probably impacts positively on depression, anxiety, quality of life, skills and relations with partner compared with usual care. No statistical differences were detected compared with no treatment or placebo.
- Group education probably increases the number of people who stop smoking compared with both self help groups and no intervention. No statistical differences were detected compared with nicotin replacement.

The effects of group education on patients and their next of kin

Type of publication

Systematic review

A review of a clearly formulated question that uses systematic and explicit methods to identify, select, and critically appraise relevant research, and to collect and analyse data from the studies that are included in the review. Statistical methods (meta-analysis) may or may not be used to analyse and summarise the results of the included studies.

Doesn't answer everything:

- Excludes studies that fall outside of the inclusion criteria
- No health economic evaluation
- No recommendations

Publisher:

Norwegian Knowledge Centre for the Health Services

Updated:

Last search for studies: November 2009.

Executive summary

The effects of group education on patients and their next of kin

BACKGROUND

Patient and next of kin education is increasingly being used as part of the treatment course and is one of the specialist health service's four main statutory duties. In Norway, such training can often occur at the individual departments at the hospitals and at the learning and activity centers (LMS). Group-based learning provision is a widespread activity and includes many patients. Although there has been some research on the effect of patient and next of kin education, there was no overview of systematic reviews that have looked at the effects of using the group as a method of patient and next of kin education.

METHODS

We searched for systematic reviews in medical databases. The search was done in October and November 2009. Two people independently assessed all of the titles and summaries. Potentially relevant reviews were retrieved in full text and considered for inclusion or exclusion. All systematic reviews encompassing patients and their next of kin who received group education were included. The quality of the included reviews was assessed with checklists. The quality of the documentation for each outcome was assessed using GRADE. We reviewed the effects and quality of the documentation for the following outcomes where data were available: health outcomes (such as blood sugar control, pain), quality of life, knowledge, coping, health behaviors, patient satisfaction and health care utilization / costs.

RESULTS

Of the 1229 hits that the search generated, we included 15 systematic reviews of high quality, which all together had 27 comparisons across eight diagnosis and other target groups including: diabetes, schizophrenia, rheumatism, cancer, back /neck, smoking cessation, birth preparation and a mixed group of patients with chronic conditions. Group education was mainly given in addition to conventional treatment

or follow-up.

For people with type 2 diabetes, group education may possibly improve long term blood glucose compared with individual education. Group education compared with usual care, waiting list or no intervention probably improves long term blood glucose, and possibly improves knowledge, skills and patient satisfaction. No statistical differences were detected comparing intensive (short-term) group education with standard group education.

For people with schizophrenia, the results vary. Brief group education probably improves mental health, knowledge about own illness, more appropriate drug use and reduced use of health care services compared to usual care. It is uncertain if group based cognitive-behavioural therapy affects drug use and health services use (relapse and readmission) compared with treatment as usual or waiting lists.

Group based cognitive-behavioural therapy for people with rheumatism possibly do not affect the perception of social support. Group education led by lay people for people with arthritis may possibly improve self-efficacy and communication with health personnel and may possibly decrease depression. It is uncertain if pain, disability/ impaired function or use of health services (GP visits) is affected.

Group education for patients with various types of cancer probably provides less depression and anxiety, improves coping, quality of life and relationship with partner, but it is uncertain if it affects survival compared to treatment as usual. Groups based psychological interventions for women with metastatic breast cancer may possibly reduce pain, but it is uncertain if it changes quality of life and survival compared with treatment as usual. Group education for patients with cancer-related fatigue probably reduces fatigue, but it is uncertain if it changes quality of life (vigor) compared with no treatment.

Group education for patients with acute low back pain may possibly decrease the duration of pain and sick leave, but it is uncertain if it affects pain intensity and functional status compared with no treatment / placebo. Additionally, it is uncertain if group education for patients with acute back pain has any effect on duration and intensity of pain compared with other treatment. Group instruction for patients with chronic back pain compared with other treatments (body gymnastics) is possibly less effective with respect to spinal mobility.

Group education probably leads to more people quitting smoking compared with both self-help groups and no intervention. It is uncertain if group education including nicotine replacement compared with nicotine alone, and group education compared to individual education, makes a difference for smoking cessation or not.

Group education led by lay people for a mixed group of people with different types of chronic conditions may possibly improve self-efficacy, reduce disability/ impaired functioning, less health distress and more exercise as well as less pain and possible improved communication with health professionals.

There is considerable uncertainty regarding the estimates and difficult to conclude due to the low quality of documentation in terms of a) group education (normal length) for patients with schizophrenia compared with treatment as usual, b) self-help based, cognitive-behavioral, and support based group education for patients with rheumatism, c) group education (with focus on coping with pain and stress) for patients with neck pain compared with treatment as usual and group education for patients with neck pain compared with no treatment, d) group education compared with no treatment / placebo for patients with chronic back pain, and e) birth preparation group education for pregnant women compared with the treatment as usual.

DISCUSSION

The available knowledge for this report covers a broad spectrum, and the results vary in direction and strength for a number of outcomes such as health, health behavior and quality of life. Such variation may be explained by several factors: the content and quality of teaching, the quality of the studies and the suitability of group-based educational initiatives relative to the target group which may be dependent on variables such as severity of illness and disease duration, and other contextual factors.

The target groups and interventions covered in the included systematic reviews vary considerably. Unfortunately, the available evidence does not provide sufficient information in order to make meaningful comparisons across these dimensions. Only one systematic review provides enough information with good enough quality to be able to conclude on intervention specific differences. The review compares standard length group education with intensive (short length) group education and no probable differences between groups was found.

Group education is not necessarily better (or worse) than other treatments. Two reviews included in this report compared group education to other treatments (back pain and smoking cessation), and found that group education can probably be as good as or less effective compared with certain other treatments.

CONCLUSION

The included systematic reviews show that group education generally seem to have a positive effect on psychosocial outcomes such as mental health, coping, and relationships, but also on knowledge. Group education also seems beneficial when it

comes to patient satisfaction (diabetes type 2) and to reduce sick leave (acute back pain). For other health outcomes, health-related behavior such as drug use and quality of life, the results vary across groups and interventions. Group education is not necessarily better than other treatments. None of the reviews reported effects on costs.

There is a need for more research on the effects of group education on health outcomes, patient satisfaction and health care utilization / costs. Other relevant outcomes may be to examine the effects on relationships between patients and health professionals, as well as effects on the patient's participation in employment or in other meaningful activities. Further research should aim to describe the content, execution and intensity of interventions to facilitate better comparisons and to better inform practice.

Norwegian Knowledge Centre for the Health Services summarizes and disseminates evidence concerning the effect of treatments, methods, and interventions in health services, in addition to monitoring health service quality. Our goal is to support good decision making in order to provide patients in Norway with the best possible care. The Centre is organized under The Directorate of Health, but is scientifically and professionally independent. The Centre has no authority to develop health policy or responsibility to implement policies.

Norwegian Knowledge Centre for the Health Services

PB 7004 St. Olavs plass

N-0130 Oslo, Norway

Telephone: +47 23 25 50 00

E-mail: post@kunnskapssenteret.no

Full report (pdf): www.kunnskapssenteret.no

Innhold

SAMMENDRAG	3
FORORD	14
PROBLEMSTILLING	15
INNLEDNING	16
Begrepsforklaringer og forkortelser	17
METODE	19
Litteratursøk	19
inklusionskriterier	19
identifisering, kvalitetsvurdering, analyse og dataauthenting	20
GRADERING av dokumentasjonen	21
RESULTAT	22
litteratursøket	22
håndtering av innhentet litteratur	23
gruppeundervisning til pasienter med diabetes type 2	25
gruppeundervisning til pasienter med Schizofreni	30
gruppeundervisning til pasienter med rEVMATISme	35
gruppeundervisning til pasienter med Kreft	42
Gruppeundervisning til pasienter med rygg smerter eller nakkesmerter	48
gruppeundervisning til personer om Røyking/ røykeslutt	57
gruppeundervisning om Fødselsforberedelse	62
lekmannsledet gruppeundervisning for kronisk sykdom	63
DISKUSJON	67
Hovedfunn	67
KONKLUSJON	73
Behov for videre forskning	74
REFERANSER	75
VEDLEGG 1	78
søkestrategier	78
VEDLEGG 2	81

sjekkliste for systematiske oversikter	81
VEDLEGG 3	83
VEDLEGG 4	87
VEDLEGG 5	90

Forord

Pasient- og pårørendeopplæring er en av spesialisthelsetjenestens fire lovpålagte hovedoppgaver. Alle helseforetak er gjennom regionale bestillerdokument pålagt å ha Lærings- og mestringssenter (LMS). Det er vel 60 LMS i Norge pr. i dag. Opplæringstiltakene i LMS er i hovedsak gruppebaserte. LMS ønsket å få mer kunnskap om effekten av undervisning i grupper i opplæringstiltak.

Formålet med denne rapporten er å lage en samlet oversikt over tilgjengelig systematisk oppsummert forskning (systematiske oversikter) om effektene av gruppebasert pasientundervisning. Vi har sammenlignet gruppeundervisning med annen form for undervisning i pasient- og pårørendeopplæring, og med ingen undervisning.

Prosjektgruppen har bestått av:

- Astrid Austvoll-Dahlgren, Kunnskapssenteret
- Gunn E Vist, Kunnskapssenteret
- Astrid Merete Nøstberg (bibliotekar), Helsedirektoratet
- Aslak Stensbekk, Norges teknisk- naturvitenskapelige universitet (NTNU)

Denne rapporten er ment å hjelpe beslutningstakere i helsetjenesten til å fatte velinformerte beslutninger som kan forbedre kvaliteten i helsetjenestene. I møtet med den enkelte pasient må forskningsbasert dokumentasjon ses i sammenheng med andre relevante forhold, pasientenes behov og egne kliniske erfaringer.

Anne Karin Lindahl
Avdelingsdirektør

Gunn E Vist
Seksjonsleder

Astrid Austvoll-Dahlgren
Prosjektleder

Problemstilling

Pasient- og pårørendeopplæring er en av spesialisthelsetjenestens fire lovpålagte hovedoppgaver. Alle helseforetak er gjennom regionale bestillerdokument pålagt å ha Lærings- og mestringssenter (LMS). Det er vel 60 LMS i Norge pr. i dag. Opplæringstiltakene i LMS er i hovedsak gruppebaserte. Problemstillingen var å få mer kunnskap om effekten av undervisning i grupper sammenlignet med andre opplæringstiltak. Rapporten inkluderer systematiske oversikter som omfatter alle pasient- og pårørendegrupper med endepunkter som er relevant for gjeldende diagnosegruppe slik som livskvalitet, kunnskap om egen sykdom, mestring, helseadferd, pasienttilfredshet og kostnader.

Innledning

I 1998 publiserte verdens helseorganisasjon (WHO) en rapport om pasientopplæring hvor det ble gitt råd bl.a. om hvordan slik opplæring bør legges opp (1). Pasientens rett til å bestemme over sitt eget liv og egen helse, samt tilgang til god informasjon og mulighet til å delta i beslutninger om egen helse er fastsatt ved lov i Norge (2;3). Selv om det å involvere pasienten kan forsvares utelukkende på bakgrunn av etiske hensyn ved å respektere den enkelte pasients selvbestemmelsesrett, viser studier at pasientopplæring også kan ha både helsemessige og samfunnsøkonomiske fordeler (4-8).

Pasient- og pårørendeopplæring blir i økende grad benyttet som en del av behandlingsforløpet og er en av spesialisthelsetjenestens fire lovpålagte hovedoppgaver (9). I Norge finner slike opplæringstiltak gjerne sted ved den enkelte avdeling på sykehusene og ved Lærings- og mestringssentrene (LMS) (10).

Opplæringstiltak for pasienter og pårørende består ofte av en rekke komponenter og har blitt definert som *et sett med planlagte opplæringsaktiviteter igangsatt for å bedre pasienters helseatferd og helsestatus* (11). Aktiviteter som inngår i slike tiltak kan inkludere opplæring om diagnose og symptomer, trening, mestringsstrategier, kunnskap om riktig legemiddelbruk, forbedring av kommunikasjonsferdigheter i møte med helsepersonell, deling av pasienterfaringer med andre i samme situasjon og atferdsendring (11).

Opplæringstiltak for pasienter og pårørende er ofte rettet mot pasienter med kroniske sykdommer, men omfatter også forebyggende tiltak rettet mot pasienter som i utgangspunktet er friske, som f. eks personer som ønsker å slutte å røyke, eller personer med risiko for å utvikle diabetes type 2 (12).

For å imøtekomme krav om effektivisering og den økende forekomsten av store pasientgrupper som diabetikere og pasienter med KOLS, har gruppeundervisning blitt vurdert som et kostnadseffektivt tiltak sammenlignet med individuell pasientundervisning (13).

Gruppeundervisning har også andre potensielle fordeler ved at det åpner for dialog ikke bare mellom pasient og helsepersonell men også mellom pasienter i samme livssituasjon.

Det finnes en rekke modeller og program for gruppeundervisning med ulik teoretisk og konseptuel forankring (14). Gruppene blir gjerne ledet av helsepersonell eller av spesialkonsulenter innen pasientopplæring, men også av pasienter som får opplæring i ledelse av slike kurs (15).

Selv om det er gjort en del forskning på effekt av pasient- og pårørendeopplæring, finnes det ingen samlet oversikt over systematiske oversikter som har sett på effekter ved bruk av gruppeundervisning som metode i pasient- og pårørendeopplæring.

BEGREPSFORKLARINGER OG FORKORTELSER

Begrep	Forklaring
Blinding	I et kontrollert forsøk: prosessen som hindrer at de som er involvert i forsøk, vet hvilken gruppe deltakere tilhører. Risikoen for skjevhet blir redusert når så få personer som mulig vet hvem som mottar eksperimentelt tiltak (tiltak) og hvem som er i kontrollgruppen. Deltakere, helsepersonell, forsker (utfallsmåler) og den som gjør analysene, er alle kandidater for blinding. Blinding er ikke alltid mulig.
Effektestimant	Mål for effekt, f.eks. gjennomsnitt, frekvens, prosent, relativ risiko, odds ratio, "numbers needed to treat to benefit," standardisert gjennomsnittlig forskjell eller vektet gjennomsnittlig forskjell.
GRADE	En metode for å vurdere kvaliteten på dokumentasjonen (for hvert utfall) og styrken på anbefalinger.
Heterogen	Ulik, uensartet. Populasjoner eller studier er heterogene når gir et uensartet eller ulikt uttrykk, noe som betyr at de er forskjellige fra hverandre.
Kvalitet på dokumentasjonen	En rangering av kvaliteten på kunnskapsgrunnlaget som uttrykker i hvilken grad en kan stole på konklusjonene. GRADE brukes ofte for dette formålet.
Meta-analyse	Statistiske teknikk for å integrere resultatene av inkluderte studier.
Metodisk kvalitet	Vurdering av den helhetlige kvaliteten av en studie. Dette gjøres ved å vurdere studiens design, instrumenter, resultater osv. Sjekkliste benyttes ofte til dette formålet.
Random effektmodell	I meta-analyse: en statistisk metode der både utvalgsfeil innen hver studie (varians) og variasjon mellom studier inkluderes ved vurdering av usikkerheten (konfidensintervaller) på resultatene fra en meta-analyse. Når det er heterogenitet blant resultatene fra de inkluderte studiene utover det som kan forventes, vil en "random effects modell" gi bredere konfidensintervaller enn en "fixed effect model".
Randomisering	Den prosess som tilfeldig fordeler deltakere til en av armene i en kontrollert studie. Det er to komponenter i randomisering: generering av en tilfeldig sekvens, og dens implementering.

	ring, ideelt på en måte slik at de som inkluderer deltakere i en studie, ikke er klar over sekvensen (skjult allokering). En god randomiseringsmåte er typisk en metode hvor deltakere allokteres til en gruppe fra et sentralt senter (for eksempel via telefon eller e-post), og sekvensen genereres av en tilfeldighetsgenerator på en datamaskin.
Relativ risiko, RR	Forholdet mellom risikoen i to grupper. I tiltaksstudier er dette risikoen i tiltaksgruppen delt på risikoen i kontrollgruppen. En relativ risiko på 1 indikerer at det ikke er forskjell på de to gruppene. For uønskede utfall indikerer en relativ risiko < 1 at tiltaket er effektivt for å redusere risikoen for dette utfallet.
Statistisk signifikant	Et resultat som det er usannsynlig er fremkommet ved tilfeldigheter. Den sedvanlige grense for denne vurderingen er at resultatet, eller mer ekstreme resultater, ville forekomme med en sannsynlighet mindre enn 5 % hvis nullhypotesen var sann. Statistiske tester gir en p-verdi som brukes for å vurdere dette.
Søkestrategi	Metode brukt i en oversikt for å identifisere relevante studier. Er en kombinasjon av søkeord, søkefilter, tidsrom og elektroniske databaser benyttet for å identifisere studier. Metoden kan suppleres med å hånd søke relevante tidsskrifter, kontakte farmasøytiske bedrifter eller eksperter, andre former for personlig kontakt og sjekke referanselister.

Metode

LITTERATURSØK

Vi søkte etter systematiske oversikter om effekten av gruppeundervisning i pasient- og pårørendeundervisning i følgende databaser:

- The Cochrane Library online Issue 4, 2009.
 - Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR)
 - Database of Abstracts of Reviews of Effect (DARE)
 - Health Technology Assessment Database (HTA)
- MEDLINE Ovid 1950 to October Week 3, 2009
- EMBASE Ovid 1980 to 2009 Week 43
- PsycINFO 1806 to October Week 3
- CSA Eric to October 27, 2009
- CINAHL to November 4, 2009

AA utførte søk i CINAHL og forskningsbibliotekar AMN utførte de andre søkene. De fullstendige søkestrategiene er vist i vedlegg 1.

INKLUSJONSKRITERIER

Vi brukte følgende inklusjonskriterier:

Populasjon	Alle pasienter (alle aldre og diagnoser, også friske personer i forbindelse med forebyggende tiltak rettet mot f. eks røykeslutt, vektreduksjon, riktig ernæring for eldre etc.) og pårørende
Intervensjoner	Gruppebasert undervisning. Vi vurderte inndeling etter gruppekarakteristika: antall deltakere, møtefrekvens, antall møter, møtevarighet, gruppeledekompetanse (helsepersonell/profesjonelle, pasienteksperter, pasientdrevne) og undervisningsmodell
Sammenligning	Individuell undervisning, annen undervisning, og ingen undervisning (inklusive selvhjelpsgrupper og pasientdrevne grupper uten undervisning).

Utfall	Sykdomspesifikke helseutfall (for eksempel blodsukkerkontroll, smerte) Livskvalitet Kunnskap om egen sykdom Mestring, helseadferd Pasienttilfredshet Kostnader
Studiedesign	Systematiske oversikter av høy kvalitet
Språk	Ingen restriksjoner i søket, men kun oversikter publisert på engelsk eller skandinavisk ble inkludert

Da de forskjellige systematiske oversiktene i stor grad omfatter forskjellige populasjoner vil de ha målt og rapportert forskjellige endepunkter. Vi visste ikke i forkant hvilke populasjoner som vi ville finne inkludert i systematiske oversikter, slik at vårt helseutfall har vi ikke kunnet forhåndsbestemme. Vi har i denne rapporten valgt å basere oss på det helseutfallet som forfatterne av de systematiske oversiktene har presentert som hovedutfall. En av AA, AS eller GEV hentet ut data fra de inkluderte systematiske oversiktene og en av de andre dobbeltsjekkete dette, ved uenighet ble en tredje person konsultert.

IDENTIFISERING, KVALITETSVURDERING, ANALYSE OG DATAUTHENTING

AA og GEV gikk uavhengig av hverandre gjennom alle titlene og sammendragene. De oversiktene som virket relevante ble bestilt og vurdert i fulltekst i henhold til inklusjonskriteriene av minst to av AA, AS, eller GEV.

Kvalitetsvurdering av de systematiske oversiktene ble utført av minst to personer i henhold til Kunnskapssenterets sjekkliste uavhengig av hverandre. Sjekklisten er vist i Vedlegg 2. En av AA, AS eller GEV hentet ut data fra de inkluderte systematiske oversiktene og en av de andre dobbeltsjekkete uthenting.

Denne rapporten er en oversikt over systematiske oversikter, og vi har i hovedsak hentet resultatene fra de inkluderte oversiktene, vi hadde ikke planlagt å gjennomføre egne analyser. Der vi allikevel valgte å utføre analyser fra enkelte av oversiktene (disse analysene er i sammenheng med oversikter omkring diabetes type 2), har vi brukt sammen metode som beskrevet i de aktuelle oversiktene.

GRADERING AV DOKUMENTASJONEN

Graderingen går ut på å vurdere hvilken tillit vi har til resultatene som blir presentert i studiene. Vi har vurdert den samlede dokumentasjonen for hvert av hovedutfallsmålene ved hjelp av GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development, and Evaluation), www.gradeworkinggroup.org, se også Guyatt 2008 (16).

Når vi graderer tar vi i utgangspunkt i studietype: randomiserte kontrollerte studier starter på høy kvalitet, observasjonsstudier starter med lav kvalitet. Begge studiedesigner kan nedgraderes og oppgraderes. GRADE benytter åtte kriterier, fem nedgraderingskriterier og tre oppgraderingskriterier som alle vurderes for hvert utfall.

De fem kriteriene som vurderes for nedgradering:

- Studiekvalitet/ risiko for systematiske feil i de inkluderte studiene som hadde målt utfallet.
- Konsistens eller samsvar i resultatene (effektestimater og konfidensintervall) mellom studiene
- Direkthet, hvor like studiedeltakerne, intervensjon og utfallsmål i de inkluderte studiene er i forhold til de personer, tiltak og utfall man er ute etter å studere
- Presisjon, størrelse på konfidensintervall og mengde resultater i analysen
- Rapporteringsskjevheter, både publikasjonsskjevheter og utfallsseleksjon

De tre kriteriene som vurderes for oppgradering:

- Store effekter/ sterke assosiasjoner mellom intervensjon og utfall
- Dose-respons effekter
- Forvekslingsfaktorer, der alle tenkelige forvekslingsfaktorer ville ha redusert effekten

Vi definerer kvaliteten på dokumentasjonen i fire kategorier:

- Høy kvalitet: Det er usannsynlig at videre forskning vil påvirke vår tillit til effektestimater
- Middels kvalitet: Det er sannsynlig at videre forskning vil påvirke vår tillit til effektestimater. Videre forskning kan også endre estimatet
- Lav kvalitet: Det er svært sannsynlig at videre forskning vil påvirke vår tillit til resultatene. Videre forskning vil sannsynligvis endre estimatet
- Svært lav kvalitet: Effektestimater er veldig usikkert

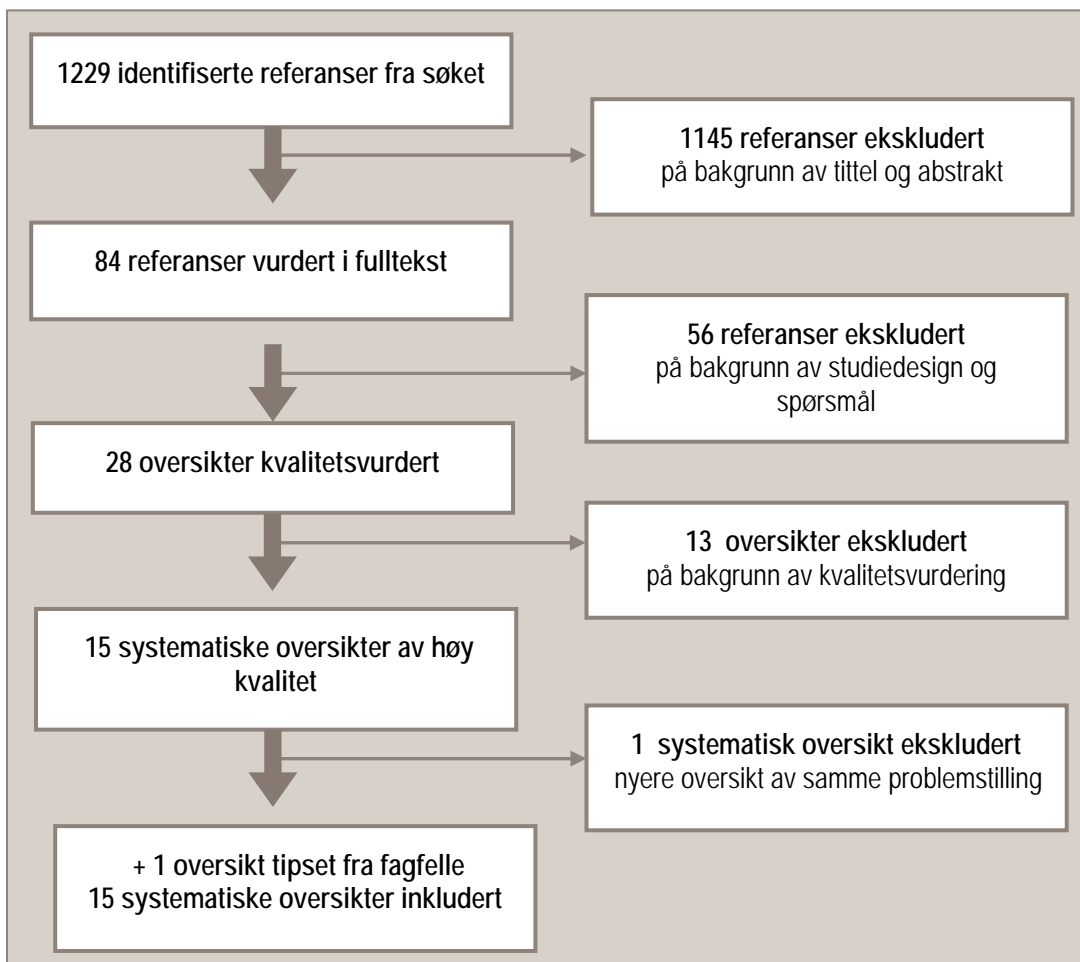
For en detaljert beskrivelse av Kunnskapssenterets arbeidsform henviser vi til vår metodebok "Slik oppsummerer vi forskning" som finnes på våre nettsider:

<http://www.kunnskapssenteret.no>

Resultat

LITTERATURSØKET

Litteratursøkene etter systematiske oversikter om effektene av gruppeundervisning i pasient- og pårørendeopplæring som ble utført i oktober og november 2009 identifiserte 1229 forskjellige referanser. Flytskjema for søkeresultater, referanseinnhenting og håndtering av referansene er presentert i figur 1.



Figur 1. Flytskjema for litteratursøk og håndtering av innhentet litteratur

Treffene fra søkene var fordelt slik:

The Cochrane Library: 52 treff

MEDLINE: 558 treff

EMBASE: 612 treff

PsycINFO: 187 treff

CSA Eric: 135 treff

CINAHL: 19 treff

Etter sletting av dubletter gjensto 1229 individuelle referanser.

HÅNDTERING AV INNHEMTET LITTERATUR

Av de 1229 identifiserte referansene vurderte vi 84 som mulig relevante og bestilte dem i fulltekst. Mange av disse var oversiktsartikler var ikke systematiske i sin tilnærming, eller var kun omtaler av andre oversikter. Mange av oversiktene med fokus på opplæring og undervisning hadde ikke sammenligninger som inkluderte gruppeundervisning versus annen undervisning/ opplæring. To av de inkluderte oversiktartiklene var trukket fra the Cochrane Database for Systematic Reviews. Disse ble derfor ekskludert.

De resterende 28 systematiske oversiktene ble kvalitetsvurdert. Seks systematiske oversikter ble vurdert til å være av moderat kvalitet, og syv oversikter ble vurdert til å være av lav kvalitet. Kun de systematiske oversiktene som var av høy kvalitet ble med videre. Systematiske oversikter av middels eller lav kvalitet ble ekskludert. De ekskluderte systematiske oversiktene er listet i vedlegg 4 (Table of excluded systematic reviews) med begrunnelse for eksklusjon.

15 systematiske oversikter ble vurdert til å være av høy kvalitet. Fire av dem omhandlet gruppeundervisning til pasienter med diabetes type 2, to av disse systematiske oversiktene vurderte samme problemstilling, kun den nyeste ble med videre. I tillegg ble vi gjort oppmerksom på en systematisk oversikt av en fagfelle. Denne ble behandlet på lik linje med de andre som vi hadde identifisert via søket.

De 15 systematiske oversiktene av høy kvalitet som er inkludert er beskrevet nedenfor og i vedlegg 3 (Table of included systematic reviews).

Tabell 1. Oversikt over inkluderte systematiske oversikter

Ref	Tittel	Søkedato
Duke med flere 2009 (17)	Individual patient education for people with type 2 diabetes mellitus	April 2007
Loveman med flere 2008 (18)	The clinical effectiveness of diabetes education models for type 2 diabetes : a systematic review	January 2007

Deakin med flere 2005 (19)	Group based training for self-management strategies in people with type 2 diabetes mellitus	February 2003
Lawrence med flere 2006 (20)	Group cognitive behavioural therapy for schizophrenia : a systematic review of the literature	? newest ref 2005
Pekkala & Merinder 2002 (21)	Psychoeducation for schizophrenia	June 1999
Savelkoul med flere 2003 (22)	Stimulating active coping in patients with rheumatic diseases : a systematic review of controlled group intervention studies	August 2000
Foster med flere 2009 ((23))	Self-management education programmes by lay leaders for people with chronic conditions	July 2006
Edwards med flere 2008 (24)	Psychological interventions for women with metastatic breast cancer	September 2007
Jacobsen med flere 2007 (25)	Systematic review and meta-analysis of psychological and activity-based interventions for cancer -related fatigue	November 2005
Klemm med flere 2003 (26)	Online cancer support groups	2002
Zabalegui med flere 2005 (27)	Nursing and cancer support groups	? newest ref 2000
Cohen med flere 1994 (28)	Group education interventions for people with low back pain	July 1992
Haines med flere 2009	Patient education for neck pain with or without radiculopathy	June 2008
Stead med flere 2008 (29)	Group behaviour therapy programmes for smoking cessation	June 2008
Gagnon med flere 2007 (30)	Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both	April 2006

Nedenfor har vi presentert resultatene av de systematiske oversiktene vi inkluderte. De omhandler 8 diagnoser/ hovedgrupper: diabetes type 2, schizofreni, revmatisme, kreft, rygg- og nakkesmerter, røykeslutt, fødselsforberedende kurs og pasienter med ulike typer kronisk sykdom.

Populasjonene har forskjellige utfall og det har derfor vært umulig å forhåndsbestemme hovedendepunkter for sammenligningene. Vi har basert oss på det eller de helseutfallene som forfatterne av oversiktene har presentert som hovedutfall.

GRUPPEUNDERVISNING TIL PASIENTER MED DIABETES TYPE 2

Tre systematiske oversikter av høy kvalitet hadde vurdert gruppeundervisning til pasienter med diabetes type 2. De inneholdt følgende sammenligninger:

- Gruppeundervisning sammenlignet med individuell undervisning
- Gruppeundervisning sammenlignet med vanlig praksis/venteliste/ingen intervensjon
- Intensiv gruppeundervisning sammenlignet med kortere gruppeundervisning

Gruppeundervisning av pasienter med diabetes 2 sammenlignet med individuell undervisning

Duke med flere 2009 (17) var den nyeste systematiske oversikten av høy kvalitet som hadde sammenlignet individuell undervisning med gruppeundervisning. Oversikten omfattet tre randomiserte kontrollerte studier som var utført i Australia, Spania og USA, og det deltok til sammen 360 pasienter med diabetes type 2.

Gruppeundervisningen i den australske studien inneholdt to 1-times individuelle sesjoner etterfulgt av 3 dagers kurs i smågrupper og etterfulgt av to 2-timers gruppemøte etter 3 og 6 måneder. Den spanske studiens gruppeundervisning varte i 40 minutter hver gang og inkluderte tre sesjoner med en ukes mellomrom. Den amerikanske gruppeundervisningen ble gitt i fire sesjoner fra 5 til 7 timer. Gruppene var på mellom 4 og 8 deltagere og inneholdt undervisning om diett, glukosemåling og fotbehandling med fokus på å øke selvstendighet og egen mestring.

Kvaliteten på dokumentasjonen

Dokumentasjonsgrunnlaget for effektvurdering av gruppeundervisning av pasienter med diabetes type 2 sammenlignet med individuell opplæring er av lav og svært lav kvalitet. Den lave kvaliteten skyldes at dokumentasjonsgrunnlaget besto av små studier med høy risiko for skjevheter. Resultatene og kvalitetsvurderingene er oppsummert i tabell 2 og fullstendig GRADE evidence profile er vist i vedlegg 5.

Tabell 2. Oppsummeringstabell av dokumentasjonsgrunnlaget for effekt av gruppeundervisning til pasienter med diabetes type 2 sammenlignet med individuell undervisning

Gruppeundervisning til pasienter med diabetes type 2 sammenlignet med individuell opplæring					
Pasient eller populasjon: Pasienter med diabetes type 2					
Setting: Diabetes sentre og primærhelsetjeneste i Australia, Spania, USA					
Intervensjon: Gruppeundervisning					
Sammenligning: Individuell undervisning					
Endepunkter	Sammenligning av risiko i de to gruppene (95% CI)		Relativ Antall deltakere (studier) (95% CI)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentar
	Antatt risiko	Tilsvarende risiko			
	Individuell undervisning	Gruppeundervisning			
Langtidsblodsukker (målt med endring i HbA1c) Oppfølging: 6-9 måneder	Gjennomsnitt langtidsblodsukker varierte i kontrollgruppene fra 9.0 til 12.1 %	Gjennomsnitt langtidsblodsukker i intervensjonsgruppa var 0.81 lavere (0.34 lavere til 1.29 lavere)	148 (2)	⊕⊕⊕⊕ lav ^{1,2}	
Langtidsblodsukker 12 måneder skår Oppfølging: 12 til 18 måneder	Gjennomsnitt langtidsblodsukker varierte i kontrollgruppene fra -3.3 til -0.5	Gjennomsnitt langtidsblodsukker i intervensjonsgruppa var 0.03 høyere (0.02 lavere til 0.08 høyere)	112 (2)	⊕⊕⊕⊕ svært lav ^{1,2}	
Livskvalitet SF-36 Oppfølging: gjennomsnitt 6 måneder	-	-	92 (1)	⊕⊕⊕⊕ svært lav ^{1,2}	Det var ingen signifikant forskjell mellom individuell og gruppeundervisning.
Kunnskap om diabetes En studie brukte en 14 punkts skala og en brukte en 15 punkts skala Oppfølging: gjennomsnitt 6 måneder	-	-	148 (2)	⊕⊕⊕⊕ svært lav ^{1,2}	Den ene studien fant at gruppeundervisning var (p=0.000), den andre gjorde ikke det (p=0.15).
Mestring	-	-	0 (0)	-	Ingen av studiene rapporterte dette endepunktet.
Helseadferd Oppfølging: 6 måneder	-	-	92 (1)	⊕⊕⊕⊕ svært lav ^{1,2}	Det var ingen signifikant forskjell i selvrappert fysisk aktivitet (P=0.38).
Pasienttilfredshet	-	-	0 (0)	-	Ingen av studiene rapporterte dette endepunktet.
Kostnader (helse-tjenestebbruk)	-	-	0 (0)	-	Ingen av studiene rapporterte dette endepunktet.

¹ Uklar randomiseringsprosedyre, fordeling av deltakere på studiegrupper og blinding samt stort frafall av deltakere og ingen analyse (intention to treat) gjort for å kompensere for dette frafallet

² Antall deltakere var få (færre enn 300)

Hva sier dokumentasjonen?

Gruppeundervisning til pasienter med diabetes type 2 sammenlignet med individuell opplæring:

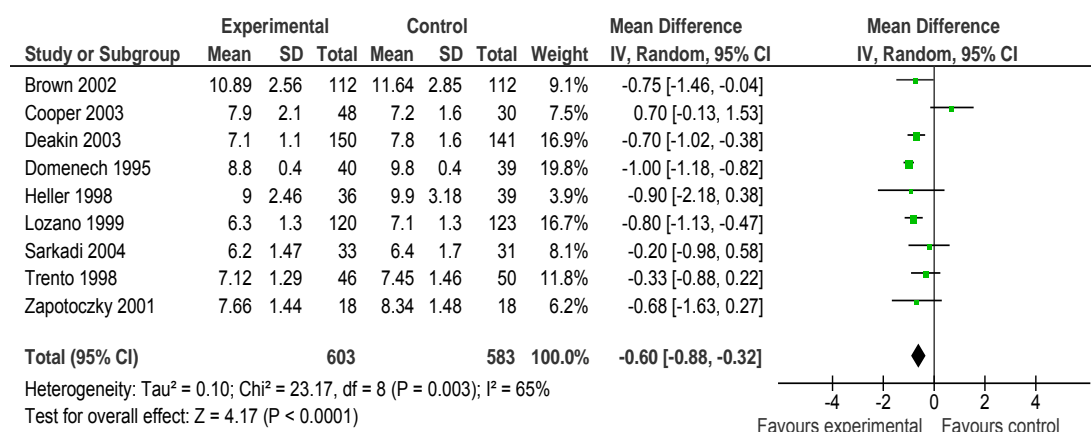
- Kan muligens føre til lavere langtidsblodsukker etter 6 til 9 måneder
- Kvaliteten på tilgjengelig dokumentasjon er for lav til å avgjøre om det påvirker langtidsblodsukker etter 12 til 18 måneder, livskvalitet, kunnskap om egen sykdom eller helseadferd

- Vi mangler dokumentasjon om påvirkning på mestring, pasienttilfredshet eller kostnader

Gruppeundervisning av pasienter med diabetes type 2 sammenlignet med vanlig praksis, venteliste og ingen intervensjon

Loveman med flere 2008 (31) er den nyeste systematiske oversikten av høy kvalitet som har sammenlignet gruppeundervisning med vanlig praksis, venteliste eller ingen intervensjon. Loveman med flere 2008 (32) har presentert resultatene deskriptivt. Deakin med flere 2005 (19), har sammenstilt resultatene i meta-analyser. Dette er en situasjon hvor man kan argumentere både for å slå sammen resultatene, og å ikke slå sammen i meta-analyse. Vi har ment at begge alternativene her er forsvarlige, og dermed har vi godtatt argumentene fra begge parter og konkludert med at begge disse systematiske oversiktene er av høy kvalitet. Selv finner vi det hensiktsmessig å sammenstille disse resultatene. Selv om litteratursøket som Loveman med flere 2008 (33) baserer seg på (januar 2007) er nesten fire år nyere enn søket til Deakin med flere 2005 (19) (utført i februar 2003) har de kun funnet tre nye studier. De studiene som rapporterte langtidsblodsukker (HbA1c) og omhandlet gruppeundervisning sammenlignet med vanlig praksis, venteliste eller ingen intervensjon hos Deakin med flere 2005 og Loveman med flere 2008 ble derfor trukket ut og analysert samlet etter samme analysemetode som benyttet i Deakin med flere 2005. Dette omfattet ni studier med 1186 deltakere som var utført i Argentina, Italia, Spania, Sverige, Storbritannia (3 studier), USA og Østerrike.

Langtidsblodsukker etter 12 til 14 måneder ble målt i ni studier, sju allerede i Deakin med flere 2005 (19) og to nyere studier inkludert i Lovemann med flere 2008 (34). Vi har fulgt samme metode som forfatterne da vi utvidet meta-analysen i Deakin med flere 2005 (19) til å også inkludere de to nye studiene i Loveman med flere 2008 (35). Vår meta-analyse med ni studier fant en fordel av gruppeundervisning sammenlignet med vanlig praksis/venteliste/ingen intervensjon med en reduksjon i langtidsblodsukker (HbA1c) på -0.60 (-0.88 til -0.32), figur 2.



Kvaliteten på dokumentasjonen

Dokumentasjonsgrunnlaget for effektvurdering av gruppeundervisning av pasienter med diabetes type 2 sammenlignet med vanlig praksis/venteliste/ingen intervensjon er av middels til lav kvalitet. Den lave kvaliteten skyldes at dokumentasjonsgrunnlaget besto av små studier, med høy risiko for skjevheter. Resultatene og kvalitetsvurderingene er oppsummert i tabell 3 og fullstendig GRADE evidence profile er vist i vedlegg 5.

Tabell 3. Oppsummeringstabell av dokumentasjonsgrunnlaget for effekt a gruppeundervisning til pasienter med diabetes type 2 sammenlignet med vanlig praksis/venteliste/ingen intervensjon

Gruppeundervisning til pasienter med diabetes type 2 sammenlignet med vanlig praksis/venteliste/ingen intervensjon						
Pasient eller populasjon: Pasienter med diabetes type 2						
Setting: Argentina, Italia, Spania, Sverige, Storbritannia, USA, Østerrike						
Intervensjon: Gruppeundervisning						
Sammenligning: Vanlig praksis						
Endepunkter	Sammenligning av risiko i de to gruppene (95% CI)		Relativ effekt (95% CI)	Antall deltagere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentar
	Antatt risiko	Tilsvarende risiko				
	Vanlig praksis	gruppeundervisning				
Langtidsblodsukker (målt som HbA1c ved 12 til 14 måneder) Oppfølging: 12 til 14 måneder	Gjennomsnitt langtidsblodsukker i kontrollgruppa var 8.4	Gjennomsnitt langtidsblodsukker i intervensjonsgruppa var 0.60 lavere (0.88 til 0.32 lavere)		1184 (9)	⊕⊕⊕⊕ Middels ^{1,2}	
Livskvalitet Oppfølging: 12 til 14 måneder	-	-		281 (2)	⊕⊕⊕⊖ Lav ^{3,4}	Begge studiene rapporterte ingen signifikant forskjell mellom gruppene.
Kunnskap om diabetes Oppfølging: 4 til 6 måneder	Gjennomsnitt kunnskap om diabetes i kontrollgruppa var 11	Gjennomsnitt kunnskap om diabetes i intervensjonsgruppa var 0.95 høyere (0.72 til 1.18 høyere)		432 (3)	⊕⊕⊕⊖ Lav ⁵	
Mestring (målt som self-efficacy, The diabetes empowerment scale) Oppfølging: 14 måneder	Gjennomsnitt mestring i kontrollgruppa var 3.2	Gjennomsnitt mestring i intervensjonsgruppa var 0.3 høyere (0.04 til 0.6 høyere)		291 (1)	⊕⊕⊕⊖ Lav ⁴	
Helseadferd (målt som egenkontroll av blodsukker) Oppfølging: gjennomsnitt 14 måneder	-	-		469 (2)	⊕⊕⊕⊖ Lav ⁴	Den ene studien fant ingen forskjell mellom gruppene. Den andre studien fant at gruppeundervisning var fordelaktig (p=0.002).
Pasienttilfredshet Oppfølging: gjennomsnitt 14 måneder	-	Gjennomsnitt pasienttilfredshet i intervensjonsgruppa var 3.7 høyere (1.5 til 6 høyere)		314 (1)	⊕⊕⊕⊖ Lav ⁴	
Bruk av helsetjenester/ kostnader	-	-		(2)	⊕⊕⊕⊖ Lav ⁴	En studie regnet ut at gruppeundervisning krevde 196 min sammenlignet med 150 min. Den andre studien rapporterte bruk av 52 kontakttimer over ett år.

¹ De fleste studiene hadde uklare randomiseringsprosedyrer og ikke skjult fordeling mellom gruppene. Tre av studiene utførte ikke analyse (intention to treat) for å kompensere for frafall av deltagere. Studien med mest vekt i analysen hadde mistet 25 % i intervensjonsgruppe og 45% i kontrollgruppa

² Heterogeneitet på tvers av studiene men med klar konklusjon så vi nedgraderte ikke på grunn av dette

³ En studie av god kvalitet, men den andre studien hadde uklar fordeling av deltagere mellom studiegruppene og uten blinding

⁴ Antall deltakere var få

⁵ To av tre studier hadde uklare randomiseringsprosedyrergenerasjon, ikke skjult fordeling av deltakere mellomstudiegrupper. Kun en studie hadde utført analyse for å kompensere for frafall (intention to treat)

Hva sier dokumentasjonen?

Gruppeundervisning til pasienter med diabetes type 2 sammenlignet med vanlig praksis/venteliste/ingen intervensjon:

- Kan trolig føre til lavere langtidsblodsukker etter 12 til 14 måneder
- Kan muligens føre til mer kunnskap om sykdommen, bedre mestring av egen sykdom og bedre pasienttilfredshet
- Det er usikkert om livskvalitet og helseadferd påvirkes

Intensiv gruppeundervisning til pasienter med diabetes type 2 sammenlignet med kortere gruppeundervisning

Det var to studier med 546 deltakere som vurderte intensiv gruppeundervisning av pasienter med diabetes type 2 sammenlignet med kortere gruppeundervisning. Den ene studien var utført i Korea hvor den intensive gruppeundervisningen inkluderte 30 timer gruppeundervisning i grupper av 5-10 pasienter i løpet av en uke pluss tre timers "reinforcement" (oppfølging etter en tid), gruppen som fikk kortere gruppeundervisning mottok det samme som de første 4 timene til den intensive gruppen pluss tilbud om enda 30 minutter om diett og mestring. Den andre studien ble gjennomført i USA, og den intensive gruppeundervisningen var 12 ukentlige 2-timers sesjoner i grupper av 8 pasienter etterfulgt av 14 ukentlige 2-timers støttegruppemøter. Gruppen i kortere gruppeundervisning mottok 8 ukentlige 2-timers sesjoner.

Langtidsblodsukker ble målt i begge disse to studiene, vår meta-analyse fant lignende resultater for langtidsblodsukkeret (HbA1c) etter intensiv gruppeundervisning sammenlignet med kortere gruppeundervisning MD -0.25 (-0.56 til 0.06), figur 3.

Study or Subgroup	Experimental			Control			Weight	Mean Difference IV, Random, 95% CI	Mean Difference IV, Random, 95% CI
	Mean	SD	Total	Mean	SD	Total			
Brown 2005	10.5	3	89	11.1	3.2	96	12.1%	-0.60 [-1.49, 0.29]	
Ko 2007	7.9	1.7	174	8.1	1.5	187	87.9%	-0.20 [-0.53, 0.13]	
Total (95% CI)			263			283	100.0%	-0.25 [-0.56, 0.06]	

Heterogeneity: Tau² = 0.00; Chi² = 0.68, df = 1 (P = 0.41); I² = 0%
Test for overall effect: Z = 1.57 (P = 0.12)

Kvaliteten på dokumentasjonen

Dokumentasjonsgrunnlaget for effektvurdering av intensiv gruppeundervisning av pasienter med diabetes type 2 sammenlignet med kortere gruppeundervisning er av lav kvalitet. Den lave kvaliteten skyldes at dokumentasjonsgrunnlaget besto av små

studier, med høy risiko for skjevheter. Resultatene og kvalitetsvurderingene er oppsummert i tabell 4 og full GRADE evidence profile er vist i vedlegg 5.

Tabell 4. Oppsummeringstabell av dokumentasjonsgrunnlaget for effekt av intensiv gruppeundervisning til pasienter med diabetes type 2 sammenlignet med kortere gruppeundervisning

Intensiv gruppeundervisning til pasienter med diabetes type 2 sammenlignet med kortere gruppeundervisning						
Pasient eller populasjon: Pasienter med diabetes type 2						
Setting: Sekundærhelsetjeneste i Korea og kommunehelsetjeneste i USA						
Intervensjon: Intensiv gruppeundervisning						
Sammenligning: Kortere gruppeundervisning						
Endepunkter	Sammenligning av risiko i de to gruppene (95% CI)		Relativ effekt (95% CI)	Antall deltagerstudier (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentar
	Antatt risiko	Tilsvarende risiko				
	Kortere gruppeundervisning	Intensiv gruppeundervisning				
Langtidsblodsukker (målt som HbA1c ved 1 år) Oppfølging: gjennomsnitt 1 år	Gjennomsnitt langtidsblodsukker (målt som HbA1c ved 1 år) varierte i kontrollgruppene fra 8.1 til 11.1 %	Gjennomsnitt langtidsblodsukker i intervensjonsgruppa var 0.25 lavere (0.56 lavere til 0.06 høyere)		546 (2)	⊕⊕⊕⊖ Lav ^{1,2}	
Livskvalitet	-	-		0 (0)	-	Ingen av studiene rapporterte dette endepunktet.
Kunnskap om egen sykdom	-	-		0 (0)	-	Ingen av studiene rapporterte dette endepunktet.
Mestring	-	-		0 (0)	-	Ingen av studiene rapporterte dette endepunktet.
Pasienttilfredshet	-	-		0 (0)	-	Ingen av studiene rapporterte dette endepunktet.
Kostnader/ kostnader	-	-		0 (0)	-	Ingen av studiene rapporterte dette endepunktet.

¹ En studie hadde uklart randomiseringsprosedyre. Den andre studien hadde ikke skjult fordelingen av deltakere på studiegruppene. Ingen av studiene utførte analyse for å kompensere for frafall (intention to treat)

² Deltakerne i den ene studien var meksikansk-amerikanere, mens den andre omfattet deltakere fra Korea..

Hva sier dokumentasjonen?

Intensiv gruppeundervisning til pasienter med diabetes type 2 sammenlignet med kortere gruppeundervisning:

- Kan muligens føre til liten eller ingen endring i langtidsblodsukker etter 12 måneder
- Vi mangler dokumentasjon om påvirkning på livskvalitet, kunnskap om egen sykdom, mestring, pasienttilfredshet og kostnader

GRUPPEUNDERVISNING TIL PASIENTER MED SCHIZOFRENI

To systematiske oversikter hadde vurdert gruppeundervisning til pasienter med schizofreni, og hadde følgende sammenligninger:

- Gruppeundervisning (vanlig lengde) sammenlignet med vanlig praksis
- Kortvarig gruppeundervisning sammenlignet med vanlig praksis
- Gruppebasert kognitivatferdsterapi sammenlignet med vanlig praksis/venteliste

Gruppeundervisning (vanlig lengde) til pasienter med schizofreni sammenlignet med vanlig praksis

Pekkela & Merinder 2006 (21) hadde vurdert gruppeundervisning av vanlig lengde til pasienter med schizofreni sammenlignet med vanlig praksis. Pasientene som var inkludert i studiene var med unntak av én studie alle hjemmeboende kroniske pasienter med en schizofrenidiagnose eller schizoaffektiv lidelse (vurdert etter på DSM-III, PSE og SADS). Snittalderen varierte fra ca 23 til 35 år, med noe overvekt av menn. Innholdet og intensiteten/ varigheten av undervisningen varierte mellom studiene og er noe mangelfullt beskrevet. Hyppigheten av møtene varierer fra flere ukentlige møter til ett møte i måneden. Felles for studiene (der det er rapportert) er at undervisningen går over en lengre periode (mer enn 3 måneder). Det er mangelfullt beskrevet hvem som ledet undervisningen og i hvilke land studiene var utført.

Kvaliteten på dokumentasjonen

Kvaliteten av dokumentasjonen som ser på effekt av gruppeundervisning (vanlig lengde) sammenlignet med vanlig praksis for pasienter med schizofreni er vurdert som svært lav. Den lave kvaliteten skyldes at dokumentasjonsgrunnlaget besto av små studier, med høy risiko for skjevheter og at frafall av deltakerne var dårlig beskrevet. Resultatene og kvalitetsvurderingene er oppsummert i tabell 5 og fullstendig GRADE evidence profile er vist i vedlegg 5.

Tabell 5. Oppsummeringstabell av dokumentasjonsgrunnlaget for effekt av gruppeundervisning (vanlig lengde) sammenlignet med vanlig praksis for pasienter med schizofreni

Gruppeundervisning (vanlig lengde) sammenlignet med vanlig praksis for pasienter med schizofreni						
Pasient eller populasjon: Pasienter med schizofreni						
Setting: Uklart						
Intervensjon: Gruppeundervisning (vanlig lengde)						
Sammenligning: Vanlig praksis						
Endepunkter	Sammenligning av risiko i de to gruppene (95% CI)		Relativ effekt (95% CI)	Antall delta-gere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentar
	Antatt risiko	Tilsvarende risiko				
	Vanlig praksis	Gruppeundervisning (vanlig lengde)				
Psykisk helse (målt på Brief psychiatric rating scale) Oppfølging: 2 måneder	Gjennomsnitt psykisk helse i kontrollgruppa var 1.09	Gjennomsnitt psykisk helse i intervensjonsgruppa var 0.06 lavere (53 lavere til 0.41 høyere)		19 (1)	⊕⊕⊕⊕ Svært lav ^{1,2,3}	
Livskvalitet (målt på: Heinrich's skala fra: 0 til 126) Oppfølging: 6 måneder	Gjennomsnitt livskvalitet i kontrollgruppa var -60.3	Gjennomsnitt livskvalitet i intervensjonsgruppa var 8.20 lavere (14.78 til 1.62 lavere)		114 (1)	⊕⊕⊕⊕ Svært lav ^{1,2,3,4}	
Kunnskap om schizofreni (målt på knowledge of schizofrenid)	Gjennomsnitt kunnskap om schizofreni i kontrollgruppa var	Gjennomsnitt kunnskap om schizofreni i intervensjonsgruppa var 16.26 lavere		19 (1)	⊕⊕⊕⊕ Svært lav ^{1,2,3,4}	

medication; SKQ) Oppfølging: 2 måneder	-32.3	(22.72 til 9.8 lavere)			
Mestring (målt som sosial funksjon; SAS-II) Oppfølging: 2 måneder	Gjennomsnitt mestring (målt som sosial funksjon) i kontrollgruppa var 2.98	Gjennomsnitt mestring (målt som sosial funksjon) i intervensjonsgruppa var 00.10 lavere (0.37 lavere til 0.17 høyere)	19 (1)	⊕⊕⊕⊕	Svært lav ^{1,2,3}
Helseadferd (målt som legemiddelbruk). Oppfølging: 18 måneder	49 per 1000	171 per 1000 (38 til 777)	RR 3.50 (0.77 til 15.85)	82 (1)	⊕⊕⊕⊕ Svært lav ^{1,2,3,4}
Pasienttilfredshet (målt som frafall)	179 per 1000	249 per 1000 (159 til 390)	RR 1.39 (0.89 til 2.18)	280 (4)	⊕⊕⊕⊕ Svært lav ^{1,3,4}
Bruk av helsetjenester (reinleggelser på sykehus). Oppfølging: 18 måneder	390 per 1000	218 per 1000 (109 til 437)	RR 0.56 (0.28 til 1.12)	82 (1)	⊕⊕⊕⊕ Svært lav ^{1,2,3}

¹ Det er uklart om deltakerene ble skjult fordelt på studiegruppene

² Analyse for å kompensere for frafall var mangelfullt beskrevet

³ Antall deltakere var få

⁴ Det er stor usikkerhet knyttet til det sammenslåtte estimatet

Hva sier dokumentasjonen?

Gruppeundervisning (av vanlig lengde) sammenlignet med vanlig praksis:

- Kvaliteten på tilgjengelig dokumentasjon er for lav til å avgjøre om livskvalitet, kunnskap om schizofreni, legemiddelbruk, psykisk helse, frafall og reinleggelser påvirkes

Kortvarig gruppeundervisning sammenlignet med vanlig praksis for pasienter med schizofreni

Pekkela & Merinder 2006 (21) hadde vurdert kortvarig gruppeundervisning til pasienter med schizofreni sammenlignet med vanlig praksis. Pasientene som var inkludert i studiene var med unntak av én studie alle hjemmeboende kroniske pasienter med en schizofrenidiagnose (vurdert etter ICD-10 F20.2-F20.0, PSE, BPRS og GAS), og med en sykdomsvarighet fra 6- 8 år. Kvinner og menn var stort sett likt fordelt og snittalderen varierte fra ca 31 til 35 år. Innholdet i undervisningen varierte mellom studiene og varte fra 8 til 16 møter. Det er mangelfullt beskrevet hvem som ledet undervisningen og i hvilke land studiene var utført.

Kvaliteten på dokumentasjonen

Kvaliteten av dokumentasjonen som ser på effekt av gruppeundervisning (vanlig lengde) sammenlignet med vanlig praksis for pasienter med schizofreni er vurdert som svært lav. Den lave kvaliteten skyldes at dokumentasjonsgrunnlaget besto av små studier, med høy risiko for skjevheter og at frafall av deltakerne var dårlig beskrevet. Resultatene og kvalitetsvurderingene er oppsummert i tabell 6 og fullstendig GRADE evidence profile er vist i vedlegg 5.

Tabell 6. Oppsummeringstabell av dokumentasjonsgrunnlaget for effekt av kortvarig gruppeundervisning sammenlignet med vanlig praksis for pasienter med schizofreni

Kortvarig gruppeundervisning sammenlignet med vanlig praksis for pasienter med schizofreni						
Pasient eller populasjon: Pasienter med schizofreni Setting: Uklart Intervensjon: Kortvarig gruppeundervisning Sammenligning: Vanlig praksis						
Endepunkter	Sammenligning av risiko i de to gruppene (95% CI)		Relativ effekt (95% CI)	Antall deltagere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentar
	Antatt risiko	Tilsvarende risiko				
	Vanlig praksis	Kort gruppeundervisning				
Psykisk helse Brief psychiatric rating scale Oppfølging: 12 måneder	Gjennomsnitt mental helse i kontrollgruppa var 32	Gjennomsnitt mental helse i intervensjonsgruppa var 6 lavere (9.15 til 2.85 lavere)		159 (1)	⊕⊕⊕⊕ Lav ^{1,2}	
Livskvalitet	-	-		0 (0)	-	Ingen av studiene rapporterte dette endepunktet.
Kunnskap om schizofreni KQ Oppfølging: 4 måneder	Gjennomsnitt kunnskap om schizofreni i kontrollgruppa var -43	Gjennomsnitt kunnskap om schizofreni i intervensjonsgruppa var 12 lavere (17.67 til 6.33 lavere)		75 (1)	⊕⊕⊕⊕ Lav ^{1,2}	
Mestring Global functioning average endpoint scores (GAF/ GAS) Oppfølging: 12 måneder	Gjennomsnitt mestring varierte i kontrollgruppene fra -68 til -55,39	Gjennomsnitt mestring i intervensjonsgruppa var 5.23 lavere (8.76 til 1.71 lavere)		260 (3)	⊕⊕⊕⊕ Svært lav ^{1,2,3,4}	
Helseadferd (målt som legemiddelbruk) Oppfølging: 12 måneder	Gjennomsnitt helseadferd (målt ved medikamentbruk) i kontrollgruppa var 2.1	Gjennomsnitt helseadferd i intervensjonsgruppa var 0.40 lavere (0.62 til 0.18 lavere)		163 (1)	⊕⊕⊕⊕ Lav ^{1,2}	
Pasienttilfredshet (målt som frafall)	292 per 1000	283 per 1000 (213 til 380)	RR 0.97 (0.73 til 1.3)	457 (4)	⊕⊕⊕⊕ Svært lav ^{1,2,3,4,5}	
Bruk av helsetjenester (reinnleggelser/ tilbakfall) Oppfølging: 1-12 måneder	547 per 1000	465 per 1000 (405 til 536)	RR 0.85 (0.74 til 0.98)	622 (5)	⊕⊕⊕⊕ Lav ^{1,3}	

¹ Det er uklart om deltakerene ble skjult fordelt på studiegruppene

² Antall deltakere var få

³ Analyse for å kompensere for frafall var mangelfullt beskrevet

⁴ Heterogenitet på tvers av studiene

⁵ Det er stor usikkerhet knyttet til det sammenslåtte estimatet som viser både fordeler og ulemper av gruppeundervisning på utfallet

Hva sier dokumentasjonen?

Kortvarig gruppeundervisning sammenlignet med vanlig praksis:

- Kan muligens gi bedre psykisk helse, mer riktig legemiddelbruk etter 12 måneder og mer kunnskap om schizofreni etter fire måneder
- Kan muligens gi noe mindre bruk av helsetjenester
- Kvaliteten på dokumentasjonene er for lav til å avgjøre om det påvirker mestring og frafall
- Vi mangler dokumentasjon om livskvalitet

Gruppebasert kognitivatferdsterapi sammenlignet med vanlig praksis eller venteliste for pasienter med schizofreni

Lawrence med flere 2006 (36) hadde vurdert gruppebasert kognitivatferdsterapi til pasienter med schizofreni sammenlignet med vanlig praksis eller venteliste. Intensiteten av gruppeundervisningen varierte fra 6 til 16 møter over 6 til 12 uker. Denne oversikten hadde som formål å vurdere kun gruppeundervisning basert på kognitivatferdsterapi, tiltak som benyttet seg av andre teoretiske eller konseptuelle rammer var derfor ikke inkludert. Gruppeundervisningen i de inkluderte studiene var i hovedsak ledet av en klinisk psykolog eller psykiater alene eller i samarbeid med ergoterapeut/ sykepleier. Studiene som var inkludert i oversikten var fra Australia, Tyskland og England. Deltakernes karakteristika og bakgrunnsinformasjon er mangelfullt beskrevet, men studiene omfatter pasienter som alle var diagnostisert med en form for schizofreni (ICD-10, DSM-IV eller etter vurdering av psykiater) eller schizoaffektiv lidelse (kategori F23 og F25 respektivt).

Kvaliteten på dokumentasjonen

Kvaliteten av dokumentasjonen som ser på gruppebasert kognitivatferdsterapi sammenlignet med vanlig praksis eller venteliste schizofreni er vurdert som lav til svært lav. Den lave kvaliteten skyldes at dokumentasjonsgrunnlaget besto av små studier, med høy risiko for skjevheter og at frafall av deltakerne var dårlig beskrevet. Resultatene og kvalitetsvurderingene er oppsummert i tabell 7 og fullstendig GRADE evidence profile er vist i vedlegg 5.

Tabell 7. Oppsummeringstabell av dokumentasjonsgrunnlaget for effekt av gruppebasert kognitivatferdsterapi sammenlignet med vanlig praksis eller venteliste for pasienter med schizofreni

Gruppebasert kognitivatferdsterapi sammenlignet med vanlig praksis eller venteliste for pasienter med schizofreni						
Pasient eller populasjon: Pasienter med schizofreni						
Setting: Australia, Tyskland og England						
Intervensjon: Gruppebasert kognitivatferdsterapi						
Sammenligning: Vanlig praksis eller venteliste						
Endepunkter	Sammenligning av risiko i de to gruppene (95% CI)		Relativ effekt (95% CI)	Antall deltagere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentar
	Antatt risiko	Tilsvarende risiko				
	Vanlig praksis eller venteliste	Gruppebasert- CBT				
Psykisk helse	-	-	49 (2)	⊕⊕⊕⊕ svært lav ^{1,2,3,4}	Begge studiene fant at gruppeundervisning var statistisk signifikant fordelaktig	
Livskvalitet	-	-	0 (0)	-	Ingen av studiene rapporterte dette endepunktet.	
Kunnskap om schizofreni	-	-	0 (0)	-	Ingen av studiene rapporterte dette endepunktet.	
Mestring (målt som sosial funksjon)	-	-	70 (1)	⊕⊕⊕⊕ Svært lav ^{1,3,4,5}	En studie fant at gruppeundervisning var statistisk signifikant fordelaktig	
Helseadferd (målt som legemiddelbruk) Oppfølging: 6- 24 måneder	-	-	88 (1)	⊕⊕⊕⊕ Lav ^{3,4}	Ingen statistisk signifikant forskjell mellom gruppene.	
Pasienttilfredshet (målt som frafall)	-	-	0 (0)	-	Ingen av studiene rapporterte dette endepunktet.	

Bruk av helsetjenester (reinnleggelse på sykehus/ tilbakefall) Oppfølging: 6- 24 måneder	-	-	-	88 (1)	⊕⊕⊖⊖ Lav ^{3,4}	Ingen statistisk signifikant forskjell mellom gruppene på tilbakefall. Det var ingen reinnleggelser i intervensjonsgruppen sammenlignet med fem i kontrollgruppa.
---	---	---	---	-----------	-----------------------------------	---

¹ Analyse for å kompensere for frafall var mangelfullt beskrevet (intention to treat)
² Deltakere i en studie var ikke randomisert
³ Bare delvis eller ingen skjult fordeling av deltakere mellom studiegrupper
⁴ Antall deltakere var få
⁵ Deltakerene ble ikke skjult fordelt på studiegruppene

Hva sier dokumentasjonen?

Gruppebasert kognitivatferdsterapi til pasienter med schizofreni sammenlignet med vanlig praksis eller venteliste:

- Det er usikkert om helseadferd som legemiddelbruk og bruk av helsetjenester som tilbakefall og reinnleggelser endres
- Kvaliteten på tilgjengelig dokumentasjon er for lav til å avgjøre om det er effekt på psykisk helse og mestring
- Vi mangler dokumentasjon på om livskvalitet, kunnskap om egen sykdom og pasienttilfredshet påvirkes

GRUPPEUNDERVISNING TIL PASIENTER MED REVMATISME

To systematiske oversikter av høy kvalitet hadde vurdert gruppeundervisning til pasienter med revmatisk sykdom, og hadde følgende sammenligninger:

- Gruppeundervisning (selvhjelpsbasert) sammenlignet med vanlig praksis
- Gruppeundervisning (kognitivatferdsterapibasert) sammenlignet med vanlig praksis
- Gruppeundervisning (undervisning/støttegruppebasert) sammenlignet med vanlig praksis
- Lekmannsledet gruppeundervisning sammenlignet med vanlig praksis

Gruppeundervisning (selvhjelpsbasert) sammenlignet med vanlig praksis for pasienter med revmatisme

Savelkoul med flere 2003 (22) var den nyeste systematiske oversikten av høy kvalitet som hadde vurdert gruppeundervisning til pasienter med revmatisk sykdom sammenlignet med vanlig praksis. Oversikten rapporterte ikke effektestimater, kun retning av effekt (hvis statistisk signifikant) og om resultatene var statistisk signifikante. Resultatene er derfor kun gjengitt deskriptivt her slik det er beskrevet i den systematiske oversikten. Oversikten omfattet pasienter med ulike typer revmatiske lidelser og fokuset i oversikten var på hverdagsmestring.

Alle de tre gruppeundervisningene inkluderte en form for pasientundervisning selv om de var basert på ulike modeller. De inkluderte studiene var hovedsakelig rando-

miserte kontrollerte studier men inkluderte også enkelte ikke-randomiserte kontrollerte studier.

Tiltakene som ble definert som selvhjelpsbaserte tiltak inneholdt pasientundervisning i revmatisme, anatomi og legemiddelbruk, men hadde også fokus på relasjon/kommunikasjonsstategier mellom helsepersonell og pasient, problemløsning og mestring av egen sykdom og livssituasjon. I flere av intervensjonene var det anledning for pårørende å delta. Undervisningens lengde og intensitet varierte fra 5 til 10 ukentlige sesjoner.

Kvaliteten på dokumentasjonen

Dokumentasjonsgrunnlaget for effektvurdering av gruppeundervisning (selvhjelpsbasert) sammenlignet med vanlig praksis for pasienter med revmatisme er av lav til svært lav kvalitet. Den lave kvaliteten skyldes at dokumentasjonsgrunnlaget besto av små studier, med høy risiko for skjevheter på grunn av en rekke metodiske svakheter i utførelsen eller rapporteringen av studiene. Resultatene og kvalitetsvurderingene er oppsummert i tabell 8 og fullstendig GRADE evidence profile er vist i vedlegg 5.

Tabell 8. Oppsummeringstabell av dokumentasjonsgrunnlaget for effekt av gruppeundervisning (selvhjelpsbasert) sammenlignet med vanlig praksis for pasienter med revmatisme

Gruppeundervisning (selvhjelpsbasert) sammenlignet med vanlig praksis for pasienter med revmatisme						
Pasient eller populasjon: Pasienter med revmatisme						
Setting: Ikke rapportert						
Intervensjon: Gruppeundervisning (selvhjelpsbasert)						
Sammenligning: Vanlig praksis						
Endepunkter	Sammenligning av risiko i de to gruppene (95% CI)		Relativ effekt (95% CI)	Antall delta-gere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentar
	Vanlig praksis	Gruppeundervisning (selvhjelpsbasert)				
Funksjonell helsetatus (global livskvalitet)	-	-	-	1178 (6)	⊕⊕⊕⊕ Svært lav ^{1,3}	Fire studier (n= 443) fant at gruppeundervisning var fordelaktig, fem studier (n=735) fant ingen statistisk signifikant forskjell mellom gruppene.
Smerte	-	-	-	0 (0)		Ingen av studiene rapporterte dette endepunktet.
Mestring	-	-	-	68 (1)	⊕⊕⊕⊕ Svært lav ^{1,2}	En studie (n=68) fant at gruppeundervisning var fordelaktig (p<0,05).
Livstilfredshet	-	-	-	75 (1)	⊕⊕⊕⊕ Svært lav ^{1,2}	En studie (n=75) fant ingen statistisk signifikant forskjell mellom gruppene.
Kunnskap	-	-	-	0 (0)		Ingen av studiene rapporterte dette endepunktet.
Sosial støtte	-	-	-	164 (2)	⊕⊕⊕⊕ Svært lav ^{1,2,3}	En studie (n=68) fant at gruppeundervisning var fordelaktig. (p>0,05), en studie (n=96) fant ingen statistisk signifikant forskjell mellom gruppene.
Bruk av helsetjenester/ kostnader	-	-	-	0 (0)		Ingen av studiene rapporterte dette endepunktet.

¹ Mangelfullt beskrevet eller ikke skjult fordeling av deltakere på studiegrupper, randomiseringsprosedyre, blinding, frafall og andre kilder til systematisk feil

² Antall deltakere var få og med liten effekt eller resultater er mangelfullt beskrevet

³ Det er stor usikkerhet knyttet til effektestimater

Hva sier dokumentasjonen?

Selvhjelpsbasert gruppeundervisning til pasienter med revmatisme sammenlignet med vanlig praksis:

- Kvaliteten på tilgjengelig dokumentasjon er for lav til å avgjøre om det er effekt på funksjonell helsestatus, mestring, livstilfredshet og sosial støtte
- Vi mangler dokumentasjon om smerte, pasienters tilegning av kunnskap og bruk av helsetjenester/ kostnader

Gruppeundervisning (kognitivatferdsterapibasert) sammenlignet med vanlig praksis

Tiltakene som ble definert som kognitivatferdsterapibasert hadde fokus på at pasientene skulle lære å gjenkjenne kilder til stress og lære mestringsteknikker for å håndtere disse. Det var også fokus på mestring av smerte, mobilitet og egenomsorg. Undervisningens lengde og intensitet varierte fra 6 sesjoner fordelt på to uker til 10 ukentlige sesjoner.

Kvaliteten på dokumentasjonen

Dokumentasjonsgrunnlaget for effektvurdering av gruppeundervisning (kognitivatferdsterapibasert) sammenlignet med vanlig praksis for pasienter med revmatiske lidelser er av lav til svært lav kvalitet. Den lave kvaliteten skyldes at dokumentasjonsgrunnlaget besto av små studier, med høy risiko for skjevheter på grunn av en rekke metodiske svakheter i utførelsen eller rapporteringen av studiene. Resultatene og kvalitetsvurderingene er oppsummert i tabell 9 og fullstendig GRADE evidence profile er vist i vedlegg 5.

Tabell 9. Oppsummeringstabell av *dokumentasjonsgrunnlaget for effekt av gruppeundervisning (kognitivatferdsterapi) sammenlignet med vanlig praksis for pasienter med revmatisme*

Gruppeundervisning (kognitivatferdsterapibasert) sammenlignet med vanlig praksis for pasienter med revmatisme

Pasient eller populasjon: Pasienter med revmatisme

Setting: Ikke rapportert

Intervention: Gruppeundervisning (kognitivatferdsterapibasert)

Sammenligning: Vanlig praksis

Endepunkter	Sammenligning av risiko i de to gruppene (95% CI)		Relativ effekt (95% CI)	Antall delta-gjere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentar
	Antatt risiko	Tilsvarende risiko				
	Vanlig praksis	Gruppeundervisning (kognitivatferdsterapi)				
Funksjonell helsestatus (global livskvalitet)	-	-	-	38 (1)	⊕⊕⊕⊕ Svært lav ^{1,2}	En studie (n=38) fant at gruppeundervisning var fordelaktig (p<0,05).
Smerte	-	-	-	0 (0)	-	Ingen av studiene rapporterte dette endepunktet.
Mestring	-	-	-	0	-	Ingen av studiene rapporterte

			(0)		dette endepunktet.
Livstilfredshet	-	-	0 (0)	-	Ingen av studiene rapporterte dette endepunktet.
Kunnskap	-	-	0 (0)		Ingen av studiene rapporterte dette endepunktet.
Sosial støtte	-	-	401 (2)	⊕⊕⊕⊕ Lav ¹	To studier (n=401) fant ingen statistisk signifikant forskjell mellom gruppene.
Bruk av helsetjenester/ kostnader	-	-	0 (0)	-	Ingen av studiene rapporterte dette endepunktet.

¹ Mangelfullt beskrevet eller ikke skjult fordeling av deltakere på studiegrupper, randomiseringsprosedyre, blinding, frafall og andre kilder til systematisk feil

² Antall deltakere var få og med liten effekt eller usikkerhet knyttet til effektestimater

Hva sier dokumentasjonen?

Gruppeundervisning basert på kognitivatferdsterapi for pasienter med revmatiske lidelser sammenlignet med vanlig praksis:

- Det er mulig at sosial støtte ikke påvirkes
- Kvaliteten på dokumentasjonen er for lav til å avgjøre om det er effekt på funksjonell helsestatus
- Vi mangler dokumentasjon om smerte, mestring, livstilfredshet, kunnskap og bruk av helsetjenester/ kostnader

Gruppeundervisning (undervisning/støttegruppebasert) til pasienter med revmatiske lidelser sammenlignet med vanlig praksis

Disse gruppeundervisningstiltakene hadde form som støttegrupper hvor formålet var å dele erfaringer om egen sykdom og situasjon. Ulike spesialister tok del i gruppene, blant annet revmatolog, spesialsykepleier i revmatologi og fysioterapeut. Pårørende hadde også anledning til å delta. Gruppene inneholdt også en undervisningskomponent som hadde fokus på diagnose, mestring, egenomsorg og generell innsikt i bruk av helsesystemet.

Kvaliteten på dokumentasjonen

Dokumentasjonsgrunnlaget for effektvurdering av gruppeundervisning (undervisning/ støttegruppebasert) sammenlignet med vanlig praksis for pasienter med revmatisme er av lav til svært lav kvalitet. Den lave kvaliteten skyldes at dokumentasjonsgrunnlaget besto av små studier, med høy risiko for skjevheter på grunn av en rekke metodiske svakheter i utførelsen eller rapporteringen av studiene. Resultatene og kvalitetsvurderingene er oppsummert i tabell 10 og fullstendig GRADE evidence profile i vedlegg 5.

Tabell 10. Oppsummeringstabell av *dokumentasjonsgrunnlaget for effekt av gruppeundervisning (undervisning/ støttegruppebasert) sammenlignet med vanlig praksis for pasienter med revmatisme*

Gruppeundervisning (undervisning/ støttegruppebasert) sammenlignet med vanlig praksis for pasienter med revmatisme						
Pasient eller populasjon: Pasienter med revmatisme						
Setting: Ikke rapportert						
Intervensjon: Gruppeundervisning (undervisning/ støttegruppebasert)						
sammenligning: Vanlig praksis						
Endepunkter	Sammenligning av risiko i de to gruppene (95% CI)		Relativ effekt (95% CI)	Antall deltakere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentar
	Antatt risiko	Tilsvarende risiko				
	Vanlig praksis	Gruppeundervisning (undervisning/ støttegruppe)				
Funksjonell helsestatus (global livskvalitet)	-	-	-	130 (3)	⊕⊕⊕⊕ Svært lav ^{1,2,3}	En studie (n=10) fant at gruppeundervisning var fordelaktig (p<0,05), to studier (n=120) fant ingen statistisk signifikant forskjell mellom gruppene
Smerte	-	-	-	0 (0)	-	Ingen av studiene rapporterte dette endepunktet
Mestring	-	-	-	60 (2)	⊕⊕⊕⊕ Svært lav ^{1,2,3}	En studie (n=10) fant at gruppeundervisning var fordelaktig (p<0,05), en studie (n=50) fant ingen statistisk signifikant forskjell mellom gruppene
Livstilfredshet	-	-	-	70 (1)	⊕⊕⊕⊕ Svært lav ^{1,2}	En studie (n=70) fant ingen statistisk signifikant forskjell mellom gruppene
Kunnskap	-	-	-	0 (0)	-	Ingen av studiene rapporterte dette endepunktet
Sosial støtte	-	-	-	50 (1)	⊕⊕⊕⊕ Svært lav ^{1,2}	En studie (n=50) fant ingen statistisk signifikant forskjell mellom gruppene
Bruk av helse-tjenester/ kostnader	-	-	-	0 (0)	-	Ingen av studiene rapporterte dette endepunktet

¹ Mangelfullt beskrevet eller ikke skjult fordeling av deltakere på studiegrupper, randomiseringsprosedyre, blinding, frafall og andre kilder til systematisk feil

² Antall deltakere var få og med liten effekt eller resultater er mangelfullt beskrevet

³ Det er stor usikkerhet knyttet til effektestimater

Hva sier dokumentasjonen?

Støttegruppebasert gruppeundervisning til pasienter med revmatisme sammenlignet med vanlig praksis:

- Kvaliteten på tilgjengelig dokumentasjon er for lav til å avgjøre om det påvirker funksjonell helsestatus, mestring, livstilfredshet og sosial støtte
- Vi mangler dokumentasjon om smerte, kunnskap og bruk av helsetjenester/ kostnader

Lekmannsledet gruppeundervisning av pasienter med artritt sammenlignet med vanlig praksis

Foster med flere 2009 (23) vurderte effekter av lekmannsledet gruppeundervisning av pasienter med artritt sammenlignet med vanlig praksis. I følge Foster med flere 2009 (23) skiller lekmannsledet undervisning seg fra undervisning ledet av profesjonelle på tre hovedpunkter:

1. lederen av gruppen har ofte selv en kronisk sykdom og kan på den måten være en rollemodell for de andre deltakerne;
2. undervisningen kan få en form som er mindre formell, og på den måten stimulere til diskusjon om egenomsorg som ikke nødvendigvis ville ha blitt tatt opp i en gruppe ledet av en profesjonell, og
3. lekmannsledere, og kanskje særlig i etniske eller andre sub-grupper, kan bidra med viktige tolkninger og forståelse av helseråd eller forklaringsmodeller av helse som er gjeldende for akkurat denne gruppen.

Oversikten inkluderte studier som hadde undervisning og egenomsorg som hovedformål, men tiltakene kunne også i tillegg omfatte komponenter som deling av informasjon og opplevelser samt gjensidig emosjonelle støtte. Oversikten inkluderer tre hovedinndelinger basert på undervisningstype;

- 1) Arthritis Self-Management Program (ASMP)
- 2) Chronic Disease Self-Management Program (CDSMP)
- 3) en generell kategori bestående av flere ulike typer undervisningsopplegg.

Den første kategorien er beskrevet her, den andre kategorien til sist i resultatdelen under gruppeundervisning for kroniske pasienter, mens den siste kategorien omfattet også en studie som ikke omfattet gruppebasert undervisning og er derfor ikke tatt med i denne rapporten. Alle studiene sammenlignet lekmannsledet undervisning med vanlig praksis.

ASMP og CDSMP/ EPP består typisk av et strukturert løp av seks ukentlige økter, hver på ca 2,5 timer. Oppleggene er ledet av en eller flere trente og akkrediterte lekmannsledere (i noen få av studier ble kursene også ledet av helsepersonell og / eller studenter), og fungerer som en positiv rollemodell. Hver økt inneholder: målsetting og problemløsning, livsstilsendringer rundt kosthold, mosjon, og søvn, identifisering av ressurser, symptomlindring, håndtering av sinne, frykt og frustrasjon, og kommunikasjon med helsepersonell. Deltakerne får også en lærebok/ hefte eller videokassett som dekker innholdet i kurset.

Det var fire studier med totalt 1727 deltakere som vurderte lekmannsledet gruppeundervisning av pasienter med artritt sammenlignet med vanlig praksis, to studier var utført i USA og to studier var utført i Storbritannia. Gjennomsnittsalderen på deltakerne var mellom 57 og 72 år og det var en overvekt av kvinner.

Kvaliteten på dokumentasjonen

Dokumentasjonsgrunnlaget for effektvurdering av lekmannsledet gruppeundervisning av pasienter med artritt sammenlignet med vanlig praksis er av middels til svært lav kvalitet. Dette skyldes i hovedsak at for de fleste endepunkter var noe risiko for

skjevheter og at det var usikkerhet knyttet til størrelsen av effektene (brede konfidensintervaller). Resultatene og kvalitetsvurderingene er oppsummert i tabell 11 og fullstendig GRADE evidence profile er vist i vedlegg 5.

Tabell 11. Oppsummeringstabell av *dokumentasjonsgrunlaget for effekt av lek-mannsledet gruppeundervisningsammenlignet med vanlig praksis for pasienter med artritt*

Lekmannsledet gruppeundervisning sammenlignet med vanlig praksis for pasienter med artritt					
Pasient eller populasjon: Pasienter med artritt					
Setting: UK og USA					
Intervensjon: Lekmannsledet gruppeundervisning					
Sammenligning: Vanlig praksis					
Endepunkter	Sammenligning av risiko i de til gruppene (95% CI)		Relativ Antall deltakere	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentar
	Antatt risiko	Tilsvarende risiko			
	Vanlig praksis	Gruppeundervisning			
Smerte Oppfølging: opp til 6 måneder		Gjennomsnittlig smerte i intervensjonsgruppa var 0.10 standard avvik lavere (0.29 lavere til 0.09 høyere)	1450 (4)	⊕⊕⊕⊖ lav ^{1,2}	
Mestring av smerte, symptom eller tilstand Oppfølging: opp til 6 måneder		Gjennomsnittlig mestring av smerte, symptomer eller tilstand hos intervensjonsgruppa var 0.35 standard avvik lavere (0.46 til 0.24 lavere)	1421 (3)	⊕⊕⊕⊖ middels ³	
Funksjonshemming, nedsatt funksjonsdyktighet Oppfølging: opp til 6 måneder		Gjennomsnittlig funksjonshemming/ nedsatt funksjonsdyktighet i intervensjonsgruppa var 0.05 standard avvik lavere (0.20 lavere til 0.09 høyere)	1476 (4)	⊕⊕⊕⊖ lav ^{1,2}	
Depresjon Oppfølging: opp til 6 måneder		Gjennomsnittlig depresjon intervensjonsgruppa var 0.22 standard avvik lavere (0.34 til 0.09 lavere)	1426 (3)	⊕⊕⊕⊖ lav ^{2,3}	
Aerobic trening Oppfølging: opp til 6 måneder		Gjennomsnittlig aerobic trening i intervensjonsgruppa var 0.38 standard avvik lavere (1.09 lavere til 0.32 høyere)	342 (2)	⊕⊕⊕⊖ svært lav ^{2,4,5}	
Bruk av helsetjenester (besøk allmennlege) Oppfølging: opp til 6 måneder		Gjennomsnittlig bruk av helsetjenester i intervensjonsgruppa var 0.04 standard avvik høyere (0.14 lavere til 0.22 høyere)	506 (3)	⊕⊕⊕⊖ lav ^{6,7}	
Kommunikasjon med helsepersonell Oppfølging: opp til 6 måneder		Gjennomsnittlig kommunikasjon med helsepersonell i intervensjonsgruppa var 0.28 standard avvik lavere (0.45 til 0.10 lavere)	544 (1)	⊕⊕⊕⊖ middels ⁸	

¹ To studier av høy kvalitet, to studier med usikkerhet knyttet til kvaliteten

² Usikkerhet knyttet til størrelsen av effekten

³ To studier av høy kvalitet, en studie med usikkerhet knyttet til kvaliteten

⁴ To studier av høy kvalitet

⁵ Få deltakere, samt at konfidensintervallet omfatter både ingen effekt samt potensielt viktige fordeler

⁶ To studier hadde usikkerhet knyttet til kvaliteten, en studie var av høy kvalitet

⁷ Usikkerhet knyttet til retningen av effekten

⁸ Kun en studie inkludert med få deltakere

Hva sier dokumentasjonen?

Lekmannsledet gruppeundervisning av pasienter med artritt med vanlig praksis:

- Gir muligens bedre mestring og kommunikasjon med helsepersonell, samt litt mindre depresjon
- Gir muligens liten eller ingen forskjell på smerte, funksjonshemming/ nedsatt funksjonsdyktighet og bruk av helsetjenester (allmennlegebesøk)
- Kvaliteten på dokumentasjonen er for lav til å avgjøre om det er effekt på aerobic trening

GRUPPEUNDERVISNING TIL PASIENTER MED KREFT

Fire systematiske oversikter av høy kvalitet hadde vurdert gruppeundervisning til pasienter med ulike typer kreftsykdom, og hadde følgende sammenligninger:

- Gruppeundervisning sammenlignet med vanlig praksis for pasienter med ulike typer kreftsykdom
- Nettbasert gruppeundervisning sammenlignet med vanlig praksis for kvinner med brystkreft
- Gruppebaserte psykologiske intervensjoner sammenlignet med vanlig praksis for kvinner med brystkreft med spredning
- Gruppeundervisning sammenlignet med vanlig praksis for pasienter med kreftrelatert fatigue (forbundet med ulike typer kreftsykdom)

Gruppeundervisning sammenlignet med vanlig praksis for pasienter med ulike typer kreftsykdom

Zabelgui med flere (2005) vurderte gruppeundervisning til pasienter med ulike typer kreftsykdom og inkluderte totalt 20 randomiserte kontrollerte studier. Det var store variasjon i pasientenes karakteristika (krefttype, sykdomsløp og alder) i de inkluderte studiene, men det var en klar overvekt av kvinner. Det var også stor variasjon i hva slags teknikker som ble brukt i gruppene, varigheten og intensiteten av intervensjonene (fra 5 til 52 uker). Gruppene var som oftest ledet av tverrfaglige team. Kognitiv atferdsterapi ble brukt som teoretisk rammeverk i 92 % av studiene. Effektene ble målt med en rekke ulike målenheter og skalaer. Forfatterne av oversikten har derfor gjort om resultatene til en felles skala som de rapporterer på. Det er mangelfullt beskrevet i hvilke land studiene er utført.

Kvaliteten på dokumentasjonen

Dokumentasjonsgrunnlaget for effektvurdering av gruppeundervisning sammenlignet med vanlig praksis for pasienter med ulike typer kreft er av middels til høy kvalitet. At kvaliteten ble vurdert som middels skyldes at det var påvist heterogenitet (variasjon mellom studier) på de fleste utfall og/ eller det var små studier, med risiko for skjevheter. Resultatene og kvalitetsvurderingene er oppsummert i tabell 12 og fullstendig GRADE evidence profile er vist i vedlegg 5.

Tabell 12. Oppsummeringstabell av dokumentasjonsgrunnlaget for effekt av gruppeundervisning sammenlignet med vanlig praksis for pasienter med ulike typer kreftsykdom

Gruppeundervisning sammenlignet med vanlig praksis for pasienter med ulike typer kreftsykdom						
Pasient eller populasjon: Pasienter med ulike typer kreftsykdom Setting: Ikke rapportert Intervensjon: Gruppeundervisning Sammenligning: Vanlig praksis						
Endepunkter	Sammenligning av risiko i de to gruppene (95% CI)		Relativ effekt (95% CI)	Antall deltage-re (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentar
	Antatt risiko	Tilsvarende risiko				
	Vanlig praksis eller venteliste	Gruppeundervisning				
Overlevelse (Målt som: antall måneder etter studiestart)	-	Gjennomsnitt overlevelse i intervensjonsgruppa var 0.22 standard avvik høyere (0.24 lavere til 0.68 høyere)	276 (3)	⊕⊕⊕⊖ ^{1,2}	Middels ^{1,2}	
Depresjon (Profile of mood states, subscale depression-dejection). Oppfølging: gjennomsnittlig 14 uker	-	Gjennomsnitt depresjon i intervensjonsgruppa var 1.04 standard avvik lavere (1.76 til 0.31 lavere)	543 (7)	⊕⊕⊕⊖	Middels ³	
Angst (Profile of mood states, subscale strain-anxiety) Oppfølging: gjennomsnittlig 14 uker	-	Gjennomsnitt angst i intervensjonsgruppa var 1.02 standard avvik lavere (2.25 til 0.09 lavere)	543 (7)	⊕⊕⊕⊖	Middels ³	
Mestring (tilpassning) Oppfølging: gjennomsnittlig 14 uker	-	Gjennomsnitt mestring (tilpassning) i intervensjonsgruppa var 0.61 standard avvik høyere (1.04 til 0.18 høyere)	819 (8)	⊕⊕⊕⊖	Middels ³	
Livskvalitet Oppfølging: gjennomsnittlig 14 uker	-	Gjennomsnitt livskvalitet i intervensjonsgruppa var 1.14 standard avvik høyere (1.89 til 0.38 høyere)	542 (6)	⊕⊕⊕⊖	Middels ^{3,4}	
Seksuell helse (relasjon til partner/ ektefelle) Oppfølging: gjennomsnittlig 14 uker	-	Gjennomsnitt seksuell helse (relasjon med partner/ektefelle) i intervensjonsgruppa var 1.63 standard avvik høyere (2.16 til 1.09 høyere)	116 (2)	⊕⊕⊕⊕	Høy ⁵	
Bruk av helsetjenester/ kostnader	-		0 (0)			Ingen av studiene rapporterte dette endepunktet

¹ Ikke rapportert

² Antall deltakere var få og med liten effekt

³ Heterogenitet på tvers av studiene

⁴ Utfallet er gradert opp på grunn av stor effekt (>0.70)

⁵ Antall deltakere var få men med stor effekt

Hva sier dokumentasjonen?

Gruppeundervisning til pasienter med ulike typer kreft sammenlignet med vanlig praksis:

- Gir bedring i seksuell helse målt som relasjon til partner/ ektefelle
- Påvirker trolig ikke overlevelse
- Senker trolig risikoen for depresjon og angst
- Fører trolig til bedre mestring av sykdommen og økning i livskvalitet
- Vi mangler dokumentasjon om bruk av helsetjenester

Nettbasert gruppeundervisning sammenlignet med vanlig praksis for kvinner med brystkreft

Klemm med flere (2003) vurderte gruppeundervisning til pasienter med ulike typer kreftsykdom men inkluderte kun en studie med et deskriptivt design uten kontrollgruppe. Oversikten inkluderte også andre studier, men disse møtte ikke inklusjonskriteriene til vår rapport da tiltakene som ble evaluert ikke hadde en undervisningskomponent. Den ene studien som vurderte gruppeundervisning inkluderte kvinner med brystkreft. Det er ikke rapportert i oversikten i hvilket land studien er utført og om det ble bruk et teoretisk rammeverk for tiltaket.

Kvaliteten på dokumentasjonen

Dokumentasjonsgrunnlaget for effektvurdering av gruppeundervisning sammenlignet med vanlig praksis for kvinner med brystkreft ble vurdert som svært lav. Den lave kvaliteten skyldes at dokumentasjonsgrunnlaget besto av kun én studie, med høy risiko for skjelheter. Resultatene og kvalitetsvurderingene er oppsummert i tabell 13 og fullstendig GRADE evidence profile er vist i vedlegg 5.

Tabell 13. Oppsummeringstabell av dokumentasjonsgrunnlaget for effekt av nettbasert gruppeundervisning for kvinner med brystkreft

Nettbasert gruppeundervisning for kvinner med brystkreft						
Pasient eller populasjon: Kvinner med brystkreft						
Setting: Nettbaserte tiltak						
Intervensjon: Nettbasert gruppeundervisning						
Sammenligning: Ingen						
Endepunkter	Sammenligning av risiko i de to gruppene (95% CI)		Relativ effekt (95% CI)	Antall deltagere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentar
	Antatt risiko	Tilsvarende risiko				
	Ingen	Nettbasert gruppeundervisning				
Pasient tilfredshet Oppfølging: ukjent	-	-	-	20 (1)	⊕⊕⊕⊕ Svært lav ¹	Vurdert som svært verdifull av deltakerne.
Overlevelse	-	-	-	0 (0)		Ingen av studiene rapporterte dette endepunktet.
Psykisk helse	-	-	-	0 (0)		Ingen av studiene rapporterte dette endepunktet.
Pasienttilfredshet	-	-	-	0 (0)		Ingen av studiene rapporterte dette endepunktet.
Mestring	-	-	-	0 (0)		Ingen av studiene rapporterte dette endepunktet.
Livskvalitet	-	-	-	0 (0)		Ingen av studiene rapporterte dette endepunktet.
Bruk av helse-tjenester/ kostnader	-	-	-	0 (0)		Ingen av studiene rapporterte dette endepunktet.

¹ Antall deltakere var få

Hva sier dokumentasjonen?

Nettbasert gruppeundervisning for kvinner med brystkreft sammenlignet med vanlig praksis

- Kvaliteten på dokumentasjonen er for lav til å avgjøre om det er effekt på pasienttilfredshet
- Vi mangler dokumentasjon om overlevelse, psykisk helse, pasienttilfredshet, mestring, livskvalitet og bruk av helsetjenester

Gruppebaserte psykologiske intervensjoner sammenlignet med vanlig praksis for kvinner med brystkreft med spredning

Edwards med flere 2008 sammenlignet gruppebaserte psykologiske intervensjoner med vanlig praksis eller utdeling av informasjonsmateriell for kvinner som hadde brystkreft med spredning. Oversikten omfattet fem studier, to som brukte kognitiv atferdsterapi (med fokus på blant annet mestringsstrategier, strukturering av tanker, avslapningsøvelser, effektiv kommunikasjon og målsetting) og tre som brukte uttrykksterapi (bl.a. for å hjelpe mennesker å uttrykke og håndtere følelser knyttet til sykdommen og dens utfall, relasjonsbygging med pårørende samt fokus på å forbedre lege/ pasientforholdet). Enkelte av tiltakene var også åpne for pårørende. Begge typer intervensjoner hadde med et element av opplæring, men det ble ikke funnet noen studier som hadde undersøkt effekten av undervisning alene. 8 til 35 ukentlige sesjoner

Kvaliteten på dokumentasjonen

Dokumentasjonsgrunnlaget for effektvurdering av gruppeundervisning sammenlignet med vanlig praksis for kvinner med brystkreft med spredning ble vurdert som middels til svært lav. Dette skyldes at dokumentasjonsgrunnlaget besto av få og små studier, og med noe risiko for skjevheter. Resultatene og kvalitetsvurderingene er oppsummert i tabell 14 og fullstendig GRADE evidence profile er vist i vedlegg 5.

Tabell 14. Oppsummeringstabell av dokumentasjonsgrunnlaget for effekt av gruppebaserte psykologiske intervensjoner sammenlignet med vanlig praksis for kvinner med brystkreft med spredning

Endepunkter	Sammenligning av risiko i de to gruppene (95% CI)		Relativ effekt (95% CI)	Antall delta-gere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentar
	Antatt risiko	Tilsvarende risiko				
	Ingen behandling	Gruppebaserte psykologiske intervensjoner				
Overlevelse Oppfølging: gjennomsnitt 12 måneder	701 per 1000	726 per 1000 (631 til 803)	OR 1.13 (0.73 til 1.74)	511 (4)	⊕⊕⊕⊕ Lav ^{1,2}	
Psykisk helse (profile of Mood States skår) Oppfølging: gjennomsnitt 10- 12 måneder	Gjennomsnitt skår i kontrollgruppen var 33 poeng	Gjennomsnitt skår i intervensjonsgruppen var 29.28 lavere (32.9 til 26.37 lavere)		177 (2)	⊕⊕⊕⊕ Svært lav ^{1,2,3}	
Livskvalitet (EORTC QoL-C30) Oppfølging: gjennomsnitt 12 måneder	Gjennomsnitt nivå av livskvalitet i kontrollgruppen var 58.8 poeng	Gjennomsnitt nivå av livskvalitet i intervensjonsgruppen var 0.9 høyere (5.51 lavere til 7.31 høyere)		215 (1)	⊕⊕⊕⊕ Middels ³	
Pasienttilfredshet	-	-	-	0 (0)	-	Ingen av studiene rapporterte dette endepunktet
Mestring	-	-	-	0 (0)	-	Ingen av studiene rapporterte dette endepunktet
Smerte (VAS Scale 0 til 10) Oppfølging: gjennomsnitt 12 måneder	Gjennomsnitt smerte i kontrollgruppen var 3.1 mm	Gjennomsnitt smerte i intervensjonsgruppen var 0.75 lavere (0.86 til 0.63 lavere)		197 (2)	⊕⊕⊕⊕ Lav ^{1,3}	
Bruk av helsetjenester/ kostnader	-	-	-	0 (0)	-	Ingen av studiene rapporterte dette endepunktet

¹ Det er uklart om deltakerene ble skjult fordelt på studiegruppene

² Heterogenitet på tvers av studiene

³ Antall deltakere var få og med liten effekt eller usikkerhet knyttet til effektestimatet

Hva sier dokumentasjonen?

Gruppebaserte psykologiske intervensjoner til kvinner med brystkreft med spredning sammenlignet med vanlig praksis:

- Det er trolig liten påvirkning på livskvaliteten
- Det er mulig at overlevelse ikke påvirkes
- Gir muligens mindre smerte
- Kvaliteten på dokumentasjonen er for lav til å avgjøre om psykisk helse blir påvirket
- Vi mangler dokumentasjon om mestring, pasienttilfredshet og bruk av helsetjenester/ kostnader

Gruppeundervisning sammenlignet med vanlig praksis for pasienter med kreftrelatert fatigue (forbundet med ulike typer kreftsykdom)

Jacobsen med flere (2007) vurderte gruppeundervisning for pasienter med kreftrelatert fatigue med ulike typer kreft på ulike trinn i behandlingsforløpet, hvorav den største andelen hadde brystkreft. Innholdet i undervisningen varierte, en stor andel var basert på kognitivatferdsterapi, mens noen var rene opplæringstiltak eller hadde form som uttrykksterapi. Oversikten inkluderte også sammenligninger som så på effekter av individuell opplæring, disse er ikke tatt med i denne rapporten. Alder på deltakerne, hvor studiene ble utført, samt hvem som ledet gruppene er mangelfullt beskrevet.

Kvaliteten på dokumentasjonen

Dokumentasjonsgrunnlaget for effektvurdering av gruppeundervisning sammenlignet med ingen behandling for pasienter med kreftrelatert fatigue ble vurdert som middels. Dette skyldes at informasjon om kvaliteten til de inkluderte studiene hadde svakheter som resulterer i usikkerhet. Resultatene og kvalitetsvurderingene er oppsummert i tabell 15 og fullstendig GRADE evidence profile er vist i vedlegg 5.

Tabell 15. Oppsummeringstabell av dokumentasjonsgrunnlaget for effekt av gruppeundervisning sammenlignet med ingen behandling for pasienter med kreftrelatert fatigue

Gruppeundervisning sammenlignet med ingen behandling for pasienter med kreftrelatert fatigue						
Pasienter eller populasjon: Pasienter med kreftrelatert fatigue						
Setting: Ikke rapportert						
Intervention: Gruppeundervisning						
Comparison: Ingen behandling						
Endepunkter	Sammenligning av risiko i de to gruppene (95% CI)		Relativ effekt (95% CI)	Antall deltagere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentar
	Antatt risiko	Tilsvarende risiko				
	Ingen behandling	Gruppeundervisning				
Fatigue		Gjennomsnitt fatigue i intervensjonsgruppa var 0.15 standard avvik høyere (0.1 to 0.28 høyere)		841 (9)	⊕⊕⊕⊖ Middels ¹	
Livskvalitet (målt som handlekraft)		Gjennomsnitt livskvalitet (målt som handlekraft) i intervensjonsgruppa er 0.16 standard avvik høyere (0.01 lavere til 0.33 høyere)		545 (7)	⊕⊕⊕⊖ Middels ¹	
Kunnskap	-	-	-	0 (0)	-	Ingen av studiene rapporterte dette endepunktet
Mestring	-	-	-	0 (0)	-	Ingen av studiene rapporterte dette endepunktet
Pasient tilfredshet	-	-	-	0 (0)	-	Ingen av studiene rapporterte dette endepunktet
Bruk av helse-	-	-	-	0	-	Ingen av studiene

tjenester/ kostnader		(0)	rapporterte dette endepunktet
¹ Mangellfullt rapportert men 82 % var vurdert av forfatterne som "fair quality"			

Hva sier dokumentasjonen?

Gruppeundervisning til pasienter med kreftrelatert fatigue sammenlignet med vanlig praksis:

- Gir trolig litt mindre fatigue
- Utgjør trolig liten eller ingen forskjell på handlekraftighet
- Vi mangler dokumentasjon om effektene på kunnskap, mestring, pasienttilfredshet og bruk av helsetjenester

GRUPPEUNDERVISNING TIL PASIENTER MED RYGGSMERTER ELLER NAKKESMERTER

To systematiske oversikter av høy kvalitet (Haines med flere 2009, Cohen med flere 1994) hadde vurdert gruppeundervisning for pasienter med smerter i rygg og nakke, og hadde til sammen seks sammenligninger som møtte inklusjonskriteriene våre.

- Gruppeundervisning med fokus på mestring av smerte og stress sammenlignet med vanlig praksis for pasienter med nakkesmerter
- Gruppeundervisning (nakkeskole) sammenlignet med ingen behandling for pasienter med nakkesmerter
- Gruppeundervisning sammenlignet med ingen behandling/placebo for pasienter med kronisk ryggsmerte
- Gruppeundervisning sammenlignet med annen behandling for pasienter med kroniske ryggsmerte
- Gruppeundervisning sammenlignet med ingen behandling/placebo for pasienter med akutt ryggsmerte
- Gruppeundervisning sammenlignet med annenbehandling for pasienter med akutt ryggsmerte

Gruppeundervisning med fokus på mestring av smerte og stress sammenlignet med vanlig praksis for pasienter med nakkesmerter

Haines med flere (2009) vurderte gruppeundervisning med fokus på smerte og stress sammenlignet med vanlig praksis for pasienter med nakkesmerter. Kun én studie var relevant for vår problemstilling i denne sammenligningen, de andre studiene tok for seg effekt av individuell undervisning. Undervisningen i denne studien hadde elementer av både individuell og gruppebasert oppfølging, mens et trenings- og opplæringsprogram ble utført individuelt, ble stressmestringsopplæringen utført i gruppe. Denne opplæringen bestod av innføring i teori og praksis samt interaktive samtaler, med ukentlige møter over en syvukers periode. Den profesjonelle bak-

grunnen til den som ledet undervisningen og i hvilket land studien fant sted er mangelfullt beskrevet.

Kvaliteten på dokumentasjonen

Dokumentasjonsgrunnlaget for gruppeundervisning med fokus på mestring av smerte og stress sammenlignet med vanlig praksis for pasienter med nakkesmerter, ble vurdert som svært lav. Den lave kvaliteten skyldes at dokumentasjonsgrunnlaget besto av kun en studie, med høy risiko for skjevheter. Resultatene og kvalitetsvurderingene er oppsummert i tabell 16 og fullstendig GRADE evidence profile er vist i vedlegg 5.

Tabell 16. Oppsummeringstabell av dokumentasjonsgrunnlaget for effekt av gruppeundervisning med fokus på mestring av smerte og stress sammenlignet med vanlig praksis for pasienter med nakkesmerter

Gruppeundervisning med fokus på mestring av smerte og stress sammenlignet med ingen intervensjon for pasienter med nakkesmerter						
Pasient eller populasjon: Pasienter med nakkesmerter						
Setting: Ikke rapportert						
Intervensjon: Gruppeundervisningen med fokus på mestring av smerte og stress						
Sammenligning: Vanlig praksis						
Endepunkter	Sammenligning av risiko i de to gruppene (95 % CI)		Relativ effekt (95 % CI)	Antall delta-gere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentar
	Antatt risiko	Tilsvarende risiko				
	Vanlig praksis	Gruppeundervisning med fokus på stressmestringse-genskaper				
Smerte Oppfølging: 7 uker	789 per 1000	734 per 1000 (592 til 899)	RR 0.93 (0.75 til 1.14)	113 (1)	⊕⊕⊕⊕ Svært lav ^{1,2}	
Livskvalitet (sykedager)	-	-	-	0 (0)		Ingen av studiene rapporterte dette endepunktet
Kunnskap	-	-	-	0 (0)		Ingen av studiene rapporterte dette endepunktet
Mestring	-	-	-	0 (0)		Ingen av studiene rapporterte dette endepunktet
Helseadferd	-	-	-	0 (0)		Ingen av studiene rapporterte dette endepunktet
Pasienttilfredshet	-	-	-	0 (0)		Ingen av studiene rapporterte dette endepunktet
Bruk av helsetjenester/ kostnader	-	-	-	0 (0)		Ingen av studiene rapporterte dette endepunktet

¹ Det er uklart om deltakerene ble skjult fordelt på studiegruppene, om randomiseringsprosedyren var utført tilfredstillende og om analyse for å kompensere for frafall var utført (intention to treat)

² Antall deltakere var få

Hva sier dokumentasjonen?

Gruppeundervisning med fokus på mestring av smerte og stress til pasienter med nakkesmerter sammenlignet med vanlig praksis:

- Kvaliteten på dokumentasjonen er for lav til å avgjøre om det påvirker smerte

- Vi mangler dokumentasjon om livskvalitet, kunnskap, mestring, helseatferd, pasienttilfredshet og bruk av helsetjenester

Gruppeundervisning (nakkeskole) sammenlignet med ingen intervensjon for pasienter med nakkesmerter

Haines med flere (2009) vurderte gruppeundervisning (nakkeskole) sammenlignet med ingen behandling for pasienter med nakkesmerter. Kun én studie var inkludert i denne sammenligningen. Studien omfattet en blandet gruppe pasienter med akutt, subakutt eller kronisk nakkelidelse uten utstråling. Gruppeundervisningen bestod av trening, selvhjelp og avslapning, og gikk over fire uker. Alder og kjønn på deltakerne, hvor studiene ble utført, samt hvem som ledet gruppene er mangelfullt beskrevet.

Kvaliteten på dokumentasjonen

Dokumentasjonsgrunnlaget for effektvurdering av gruppeundervisning sammenlignet med ingen behandling for pasienter med nakkesmerter ble vurdert som svært lav. Den lave kvaliteten skyldes at dokumentasjonsgrunnlaget besto av kun én studie, med høy risiko for skjevheter. Resultatene og kvalitetsvurderingene er oppsummert i tabell 17 og fullstendig GRADE evidence profile er vist i vedlegg 5.

Tabell 17. Oppsummeringstabell av dokumentasjonsgrunnlaget for effekt av gruppeundervisning (nakkeskole) sammenlignet med ingen behandling for pasienter med nakkesmerter

Gruppeundervisning (nakkeskole) sammenlignet med ingen behandling for pasienter med nakkesmerter						
Pasient eller populasjon: Pasienter med nakkesmerter						
Setting: Ikke rapportert						
Intervensjon: Gruppeundervisning (nakkeskole)						
Sammenligning: Ingen behandling						
Endepunkter	Sammenligning av risiko i de to gruppene (95% CI)		Relativ effekt (95% CI)	Antall deltagere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentar
	Antatt risiko Ingen behandling	Tilsvarende risiko Gruppeundervisning (nakkeskole)				
Smerte (målt på: Visual analogue scale (VAS) for pain) Oppfølging: 4 uker	Gjennomsnitt smerte i kontrollgruppa var 17.67	Gjennomsnitt smerte i intervensjonsgruppa var 0.09 standard avvik høyere (0.50 lavere til 0.68 høyere)	-	44 (1)	⊕⊕⊕⊕ Svært lav ^{1,2}	
Livskvalitet (sykedager) Oppfølging: 6 måneder	-	-	Kun rapportert deskriptivt.	Ikke rapportert (1)	⊕⊕⊕⊕ Svært lav ^{1,2}	Ingen statistisk signifikant forskjell på sykedager per måned.
Kunnskap om ergonomi	-	-	Kun rapportert deskriptivt.	Ikke rapportert (1)	⊕⊕⊕⊕ Svært lav ^{1,2}	Ingen statistisk signifikant forskjell på kunnskap om ergonomi
Mestring	-	-	-	0 (0)		Ingen av studiene rapporterte dette endepunktet
Helseadferd	-	-	-	0 (0)		Ingen av studiene rapporterte dette endepunktet
Pasienttilfredshet	-	-	-	0 (0)		Ingen av studiene rapporterte dette endepunktet

Bruk av helsetjenester/ kostnader Oppfølging: 4 uker	120 per 1000	230 per 1000 (65 til 824)	RR 1.92	51 (0.54 til 6.87) (1)	⊕⊖⊖⊖ Svært lav ^{1,2}
--	---------------------	-------------------------------------	----------------	---------------------------	---

¹ Det er uklart om deltakerene ble skjult fordelt på studiegruppene, om randomiseringsprosedyren var utført tilfredstillende og om analyse for å kompensere for frafall var utført (intention to treat)
² Antall deltakere var få og det er usikkerhet knyttet til effektestimater

Hva sier dokumentasjonen?

Gruppeundervisning (nakkeskole) til pasienter med nakkesmerter sammenlignet med ingen behandling:

- Kvaliteten på dokumentasjonen er for lav til å avgjøre om det påvirker smerte, livskvalitet, kunnskap om ergonomi og bruk av helsetjenester
- Vi mangler dokumentasjon om mestring, helseatferd og pasienttilfredshet

Gruppeundervisning for pasienter med ryggsmarter

Totalt 13 studier var inkludert i oversikten (Cohen med flere 1994), hvorav fire var fra Sverige, tre fra Nederland, og én hver fra Canada, England, Finland, Norge, Israel og USA. De fleste studiene var utført blant hjemmeboende pasienter enten gjennom sykehus, helsesenter eller gjennom arbeidsplassen, kun én studie var utført med pasienter som var innlagt på sykehus. Snittalderen var på mellom 28 til 51, inkluderte pasienter med både akutt og kronisk smerte. Frekvensen og varigheten av undervisningen varierte stort, fra 45 minutter til 18 timer og fra ett til åtte møter. Innholdet av undervisningen varierte også, og tok blant annet for seg trening, fysioterapi, besøk på arbeidsplassen, øvelser i svømmebasseng og henvisning til offentlige treningsprogram. Kontrollgruppene fikk også ulik behandling, de fleste fikk ingen eller vanlig behandling, men noen fikk også trening, fysioterapi og i ett tilfelle også selvhypnose. Hvem som ledet gruppene varierte også, men er mangelfullt beskrevet.

Gruppeundervisning sammenlignet med ingen behandling/placebo for pasienter med kroniske ryggsmarter

Cohen med flere (1994) vurderte gruppeundervisning for pasienter med kronisk ryggsmerte og seks studier var inkludert i denne sammenligningen. Studiene var utført i Israel, Nederland, Finland og Sverige. Det var en overvekt av kvinner i studiene og snittalderen varierte fra 28 til 51. Deltakeren bestod av både sykehusansatte og hjemmeboende pasienter. Intensiteten og varigheten av tiltakene varierte fra 90 minutter lange sesjoner over to uker til seks uker på heltid ved en "ryggskole". Innholdet i de ulike undervisningstiltakene er dårlig beskrevet, men enkelte av tiltakene inkluderte opplæring i anatomi, løfteteknikk, smerte, mestringstrategier, kognisjon, øvelser og psykologiske faktorer. Kontrollgruppen fikk enten ingen behandling eller placebo.

Kvaliteten på dokumentasjonen

Dokumentasjonsgrunnlaget for effektvurdering av gruppeundervisning sammenlignet med ingen behandling/placebo for pasienter med kroniske ryggsmarter, ble vurdert som lav til svært lav. Den lave kvaliteten skyldes at dokumentasjonsgrunnlaget

besto av få inkluderte studier med et lite antall deltakere og med høy risiko for skjevheter. Resultatene og kvalitetsvurderingene er oppsummert i tabell 18 og fullstendig GRADE evidence profile er vist i vedlegg 5.

Tabell 18. Oppsummeringstabell av dokumentasjonsgrunnlaget for effekt av gruppeundervisning sammenlignet med ingen behandling/placebo for pasienter med kroniske ryggsmertesmerter

Gruppeundervisning sammenlignet med ingen behandling/placebo for pasienter med kroniske ryggsmertesmerter						
Pasient eller populasjon: Pasienter med kronisk ryggsmerte						
Setting: Nederland, Finland, Israel, Sverige						
Intervensjon: Gruppeundervisning						
Sammenligning: Ingen behandling						
Endepunkter	Sammenligning av risiko i de to gruppene (95% CI)		Relativ effekt (95% CI)	Antall deltagere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentar
	Antatt risiko	Tilsvarende risiko				
	Ingen behandling/placebo	Gruppeundervisning				
Smerteintensitet	-	-	-	486 (4)	⊕⊕⊕⊕ Svært lav ^{1,3}	En studie (n=48) fant at gruppeundervisning var fordelaktig (p<0,05), to studier (n=398) fant ingen forskjell mellom gruppene. En studie (n=40) fant at ingen behandling/ placebo var fordelaktig men resultatet var ikke statistisk signifikant.
Varighet smerte	-	-	-	45 (1)	⊕⊕⊕⊕ Svært lav ^{1,2}	En studie (n=45) fant at gruppeundervisning var fordelaktig men resultatet var ikke statistisk signifikant.
Spinal mobilitet	-	-	-	190 (2)	⊕⊕⊕⊕ Svært lav ^{1,2,3}	En studie (n=48) fant ingen forskjell mellom gruppene, en studie (n=142) fant at gruppeundervisning var fordelaktig men resultatet var ikke statistisk signifikant.
Sykefravær	-	-	-	0 (0)		Ingen av studiene rapporterte dette endepunktet
Funksjonell status	-	-	-	486 (4)	⊕⊕⊕⊕ Svært lav ^{1,3}	En studie (n=48) fant at gruppeundervisning var fordelaktig men resultatet var ikke statistisk signifikant, tre studier (n=438) fant ingen forskjell mellom gruppene
Kunnskap	-	-	-	0 (0)		Ingen av studiene rapporterte dette endepunktet
Bruk av helsetjenester/ kostnader	-	-	-	0 (0)		Ingen av studiene rapporterte dette endepunktet

¹ Mangelfullt rapportert men halvparten av studiene var vurdert av forfatterne som lavere enn 5 på en skala fra 0 til 10. Den andre halvparten av studiene var vurdert til å være mellom 5 til 7

² Antall deltagere var få

³ Det er stor usikkerhet knyttet til effektestimatet

Hva sier dokumentasjonen?

Gruppeundervisning for pasienter med kroniske ryggsmertesmerter sammenlignet med ingen behandling/placebo:

- Kvaliteten på dokumentasjonen er for lav til å avgjøre om det er effekt på funksjonell status, varighet av smerte og spinal mobilitet
- Vi mangler dokumentasjon på effektene om smerteintensitet, sykefravær, kunnskap og bruk av helsetjenester/ kostnader

Gruppeundervisning sammenlignet med annen behandling for pasienter med kroniske ryggsmarter

Cohen med flere (1994) vurderte gruppeundervisning for pasienter med kroniske ryggsmarter og fem studier var inkludert i denne sammenligningen. Studiene var utført i Israel, Nederland, Sverige, England og Norge. Det var en overvekt av kvinner i de fleste studiene og snittalderen varierte fra 28 til 50. Deltakeren bestod av både sykehusansatte og hjemmeboende samt innlagte pasienter. Antall treff var hyppige, ofte med flere ukentlige treff og som varte over 1-8 ukers tid. Innholdet i de ulike undervisningstiltakene inkluderte opplæring i anatomi, løfteteknikk, smerte og øvelser. Kontrollgruppen fikk annen behandling (calisthenics).

Kvaliteten på dokumentasjonen om effekt av gruppeundervisning sammenlignet med annen behandling (ryggymnastikk) for pasienter med kroniske ryggsmarter

Dokumentasjonsgrunnlaget for effektvurdering av gruppeundervisning sammenlignet med annen behandling for pasienter med kroniske ryggsmarter, ble vurdert som lav til svært lav. Den lave kvaliteten skyldes at dokumentasjonsgrunnlaget besto av få inkluderte studier med et lite antall deltakere og med høy risiko for skjevheter. Resultatene og kvalitetsvurderingene er oppsummert i tabell 19 og fullstendig GRADE evidence profile er vist i vedlegg 5.

Tabell 19. Oppsummeringstabell av dokumentasjonsgrunnlaget for effekt av gruppeundervisning sammenlignet med ryggymnastikk for pasienter med kroniske ryggsmarter

Gruppeundervisning sammenlignet med ryggymnastikk for pasienter med kroniske ryggsmarter					
Pasienter eller populasjon: Pasienter med kroniske ryggsmarter					
Setting: Israel, Nederland, Sverige, England, Norge					
Intervensjon: Gruppeundervisning					
Sammenligning: Ryggymnastikk					
Endepunkter	Sammenligning av risiko i de to gruppene* (95% CI)		Relativ Antall deltakere (studier) (95% CI)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentar
	Antatt risiko	Tilsvarende risiko			
	Ryggymnastikk	Gruppeundervisning			
Smerteintensitet	-	-	182 (3)	⊕⊖⊖⊖ Svært lav ^{1,2}	Tre studier (n=182) fant ingen forskjell mellom gruppene.
Smertevarighet	-	-	45 (1)	⊕⊖⊖⊖ Svært lav ^{2,3}	En studie (n=45) fant ingen forskjell mellom gruppene.
Ryggbevegelighet	-	-	142 (1)	⊕⊕⊖⊖ Lav ^{2,4}	En studie (n=142) viste at annen behandling var fordelaktig (calisthenics) (p<0,05).
Sykefravær	-	-	0 (0)		Ingen av studiene rapporterte dette endepunktet.
Funksjonell status	-	-	137 (2)	⊕⊖⊖⊖ Svært lav ^{2,3}	En studie (n=45) fant ingen forskjell mellom gruppene, en studie (n=92) fant at gruppeundervisning var fordelaktig men resultatet var ikke statistisk signifikant.

Kunnskap	-	-	92 (1)	⊕⊖⊖⊖ Svært lav ^{2,3}	En studie (n=92) fant ingen forskjell mellom gruppene.
Bruk av helsetjenester/ kostnader	-	-	0		Ingen av studiene rapporterte dette endepunktet.

¹ Mangelfullt rapportert men halvparten av studiene var vurdert av forfatterne som lavere enn 5 på en skala fra 0 til 10. Den andre halvparten av studiene var vurdert til å være mellom 5 til

² Antall deltakere var få

³ Mangelfullt rapportert men vurdert av forfatterne som 5 eller lavere på en skala fra 0 til 10

⁴ Mangelfullt rapportert men vurdert av forfatterne som 5 til 7 på en skala fra 0 til 10

Hva sier dokumentasjonen?

Gruppeundervisning til pasienter med kroniske rygg smerter sammenlignet med ingen behandling eller annen behandling (kropps gymnastikk):

- Annen behandling (kropps gymnastikk) kan muligens redusere ryggbevegelighet
- Kvaliteten på dokumentasjonen er for lav til å avgjøre om det påvirker smerteintensitet og varighet, funksjonell status og kunnskap
- Vi mangler dokumentasjon om sykefravær og bruk av helsetjenester/ kostnader

Gruppeundervisning sammenlignet med ingen behandling/ placebo for akutte rygg smerter

Cohen med flere (1994) vurderte gruppeundervisning for pasienter med akutte rygg smerter og 2 studier var inkludert i denne sammenligningen. Studiene var utført i Sverige og USA. Snittalderen var 34 år i begge studiene. Deltakeren bestod av ansatte fra to bedrifter. Det ene tiltaket var et psykologibasert (ikke nærmere beskrevet) firetimers tiltak, mens det andre gikk over to uker med 45 minutters sesjoner. Innholdet i det sistnevnte kurset tok for seg anatomi, øvelser, løfteteknikk og fysisk aktivitet.

Kvaliteten på dokumentasjonen

Dokumentasjonsgrunnlaget for effektvurdering av gruppeundervisning sammenlignet med ingen behandling/ placebo for akutte rygg smerter, ble vurdert som høy til middels. At dokumentasjonsgrunnlaget ble gradert ned på enkelte utfall skyldes at det var få inkluderte studier med et lite antall deltakere. Resultatene og kvalitetsvurderingene er oppsummert i tabell 20 og fullstendig GRADE evidence profile er vist i vedlegg 5.

Tabell 20. Oppsummeringstabell av dokumentasjonsgrunnlaget for effekt av gruppeundervisning sammenlignet med ingen behandling/ placebo for akutte ryggsmertesmerter

Gruppeundervisning sammenlignet med ingen behandling/ placebo for pasienter med akutte ryggsmertesmerter						
Pasient eller populasjon: Pasienter med akutt ryggsmerte						
Setting: Sverige, USA						
Intervensjon: Gruppeundervisning						
Sammenligning: Ingen behandling/placebo						
Endepunkter	Sammenligning av risiko i de to gruppene (95% CI)		Relativ effekt (95% CI)	Antall deltagere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentar
	Ingen behandling/placebo	Tilsvarende risiko Gruppeundervisning				
Smerteintensitet			-	464 (2)	⊕⊕⊕⊕ ¹ Lav	To studier (n=464) fant at gruppeundervisning var fordelaktig men resultatet var ikke statistisk signifikant.
Smerte varighet				217 (1)	⊕⊕⊕⊕ ^{1,2} Lav	En studie (n=217) fant at gruppeundervisning var fordelaktig (p<0,05).
Spinal mobilitet			-	0 (0)		Ingen av studiene rapporterte dette endepunktet
Sykefravær			-	217 (1)	⊕⊕⊕⊕ ^{1,2} Lav	En studie (n=217) fant at gruppeundervisning var fordelaktig (p<0,05)
Funksjonell status			-	247 (1)	⊕⊕⊕⊕ ^{1,2} Lav	En studie (n=247) fant ingen forskjell mellom gruppene
Kunnskap			-	0 (0)		Ingen av studiene rapporterte dette endepunktet
Bruk av helse-tjenester/ kostnader			-	0 (0)		Ingen av studiene rapporterte dette endepunktet

¹ Kvaliteten på studien og resultatene er mangelfullt beskrevet
² Antall deltagere var få

Hva sier dokumentasjonen?

Gruppeundervisning til pasienter med akutte ryggsmertesmerter sammenlignet med ingen behandling/placebo:

- Det er usikkert om smerteintensitet endres
- Gir muligens reduksjon i varigheten av smerte og reduksjon i sykefravær
- Det er usikkert om funksjonell status påvirkes
- Vi mangler dokumentasjon om ryggbevegelighet, kunnskap og bruk av helsetjenester/ kostnader

Gruppeundervisning sammenlignet med annen behandling for pasienter med akutte ryggsmertesmerter

Cohen med flere (1994) vurderte gruppeundervisning for pasienter med akutte ryggsmertesmerter og to studier var inkludert i denne sammenligningen. Studiene var utført i Sverige og deltakerne hadde en snittalder på 34. Det var en overvekt av menn i studiene. Deltakeren var ansatt ved to bedrifter. Begge tiltakene tok utgangspunkt i 45 minutters sesjoner, fra 1 til 4 ganger over to uker. Tiltakene tok for seg opplæring i anatomi, løfteteknikk, kognisjon og øvelser.

Kvaliteten på dokumentasjonen

Dokumentasjonsgrunnlaget for effektvurdering av gruppeundervisning sammenlignet med annen behandling for pasienter med akutte ryggsmarter, ble vurdert som lav til svært lav. Den lave kvaliteten skyldes at dokumentasjonsgrunnlaget besto av få inkluderte studier med et lite antall deltakere og med høy risiko for skjevheter. Resultatene og kvalitetsvurderingene er oppsummert i tabell 21 og fullstendig GRADE evidence profile er vist i vedlegg 5.

Tabell 21. Oppsummeringstabell av dokumentasjonsgrunnlaget for effekt av gruppeundervisning sammenlignet med annen behandling for pasienter med akutte ryggsmarter

Gruppeundervisning sammenlignet med annen behandling for pasienter med akutte ryggsmarter						
Pasient eller populasjon: Pasienter med akutte ryggsmarter						
Setting: Sverige						
Intervensjon: Gruppeundervisning						
Sammenligning: Annen behandling						
Endepunkter	Sammenligning av risiko i de to gruppene (95% CI)		Relativ effekt (95% CI)	Antall deltagere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentar
	Antatt risiko	Tilsvarende risiko				
	Annen behandling	Gruppeundervisning				
Smerteintensitet	-	-		317 (2)	⊕⊕⊕⊕ ^{1,2} Lav	To studier (n=317) fant at annen behandling var fordelaktig men resultatet var ikke statistisk signifikant.
Smertevarighet	-	-		217 (1)	⊕⊕⊕⊕ ^{2,4} Lav	En studie (n=217) fant at gruppeundervisning var fordelaktig men resultatet var ikke statistisk signifikant.
Ryggbevegelighet	-	-		100 (1)	⊕⊕⊕⊕ ^{2,3} Svært lav	En studie (n=100) fant at annen behandling var fordelaktig men resultatet var ikke statistisk signifikant.
Sykefravær	-	-		317 (2)	⊕⊕⊕⊕ ^{1,2,4} Svært lav	En studie (n=217) fant at gruppeundervisning var fordelaktig, en studie (n=100) fant at annen behandling var fordelaktig men ingen av disse resultatene var statistisk signifikante.
Funksjonell status	-	-	-	0		Ingen av studiene rapporterte dette endepunktet
Kunnskap	-	-	-	0		Ingen av studiene rapporterte dette endepunktet
Bruk av helsetjenester/ kostnader	-	-	-	0		Ingen av studiene rapporterte dette endepunktet

¹ Mangelfullt rapportert men en studie var vurdert av forfatterne som 5 på en skala fra 0 til 10, den andre var vurdert til 9,5
² Antall deltakere var få
³ Mangelfullt rapportert men var vurdert av forfatterne som 5 på en skala fra 0 til 10
⁴ Det er stor usikkerhet knyttet til effektestimater

Hva sier dokumentasjonen?

Gruppeundervisning til pasienter med akutte ryggsmarter sammenlignet med annen behandling:

- Det er usikkert om smertevarighet og smertintensitet påvirkes
- Kvaliteten på dokumentasjonen er for lav til å avgjøre om det er effekt på ryggbevegelighet og sykefravær
- Vi mangler dokumentasjon om funksjonell status, kunnskap og bruk av helsetjenester/ kostnader

GRUPPEUNDERVISNING TIL PERSONER OM RØYKING/ RØYKESLUTT

En systematisk oversikt av høy kvalitet, Stead med flere 2008 (29), hadde vurdert gruppeundervisning om røykestopp til personer som røykte, og hadde følgende sammenligninger:

- Gruppeundervisning sammenlignet med individuell undervisning
- Gruppeundervisning sammenlignet med selvhjelpsgrupper
- Gruppeundervisning sammenlignet med ingen intervensjon
- Gruppeundervisning inkludert nikotinerstatning sammenlignet med nikotinerstatning alene

Oversikten inneholdt også flere sammenligninger, blant annet sammenligning av gruppeundervisning med individuell undervisning med annet innhold. Denne valgte vi å ekskludere da gruppeundervisning sammenlignet med individuell undervisning men med eller det samme innholdet var best egnet for vår problemstilling.

Gruppeundervisning sammenlignet med individuell undervisning for røykeslutt

Stead med flere 2008 (29) vurderte gruppeundervisning sammenlignet med individuell undervisning for røykeslutt, tre studier var inkludert i denne sammenligningen. Studiene var utført i Spania, USA og Nord-Irland. Snittalder på deltakerne varierte fra 41 til 61 år, og deltakerne i én av studiene hadde hjerte-karsykdom. Innhold av tiltakene er dårlig beskrevet, men ble ledet av en spesialutdannet terapeut. Varigheten og intensiteten av tiltakene varierte fra fire én times sesjoner over 2 uker til 7 sesjoner over 3 måneder.

Kvaliteten på dokumentasjonen

Dokumentasjonsgrunnlaget for effektvurdering av gruppeundervisning sammenlignet med individuell undervisning for røykeslutt, ble vurdert som lav. Den lave kvaliteten skyldes at det var få inkluderte studier med et lite antall deltakere og med risiko for skjevheter. Resultatene og kvalitetsvurderingene er oppsummert i tabell 22 og fullstendig GRADE evidence profile er vist i vedlegg 5.

Tabell 22. Oppsummeringstabell av dokumentasjonsgrunnlaget for effekt av gruppeundervisning sammenlignet med individuell undervisning for røykeslutt

Gruppeundervisning sammenlignet med individuell undervisning (samme innhold) for røykeslutt						
Pasient eller populasjon: Røykere						
Setting: Spania, USA og Nord-Irland						
Intervensjon: Gruppeundervisning						
Sammenligning: Individuell undervisning (samme innhold)						
Endepunkter	Sammenligning av risiko i de to gruppene (95% CI)		Relativ effekt (95% CI)	Antall deltagere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentar
	Antatt risiko	Tilsvarende risiko				
	Individuell undervisning (samme innhold)	Gruppeundervisning				
Helseatferd (røykeslutt) Oppfølging: 6- 12 måneder	106 per 1000	132 per 1000 (76 til 230)	RR 1.25 (0.72 til 2.17)	347 (3)	⊕⊕⊕⊖ Lav ^{1,2}	
Livskvalitet	-	-	-	-		Ingen av studiene rapporterte dette endepunktet
Kunnskap	-	-	-	-		Ingen av studiene rapporterte dette endepunktet
Mestring	-	-	-	-		Ingen av studiene rapporterte dette endepunktet
Pasient tilfredshet	-	-	-	-		Ingen av studiene rapporterte dette endepunktet
Helse	-	-	-	-		Ingen av studiene rapporterte dette endepunktet
Bruk av helsetjenester/ kostnader	-	-	-	-		Ingen av studiene rapporterte dette endepunktet

¹ Det er uklart om deltakerene ble skjult fordelt på studiegruppene
² Antall deltakere var få

Hva sier dokumentasjonen?

Gruppeundervisning for røykeslutt sammenlignet med individuell undervisning:

- Det er usikkert om antall som slutter å røyke påvirkes
- Vi mangler dokumentasjon om livskvalitet, kunnskap, mestring, pasienttilfredshet, helse og bruk av helsetjenester/ kostnader

Gruppeundervisning sammenlignet med selvhjelpsgrupper for røykeslutt

Stead med flere 2008 (29) vurderte gruppeundervisning sammenlignet med selvhjelpsgrupper for røykeslutt, ni studier var inkludert i denne sammenligningen. Studiene var utført i USA. Snittalder på deltakerne varierte fra 32 til 43 år, hvorav deltakerne i to av studiene hadde hjerte- karsykdom. Innholdet av tiltakene er dårlig beskrevet, men ble ledet av en spesialutdannet terapeut som regel med bakgrunn som sykepleier eller psykolog. Varigheten og intensiteten av tiltakene varierte også stort både i antallet sesjoner og over hvor lang tid tiltakene varte.

Kvaliteten på dokumentasjonen

Dokumentasjonsgrunnlaget for effektvurdering av gruppeundervisning sammenlignet med selvhjelpsgrupper for røykeslutt, ble vurdert som høy. Selv om studien ble vurdert til å ha noen metodiske svakheter var effektstørrelsen stor. Resultatene og kvalitetsvurderingene er oppsummert i tabell 23 og fullstendig GRADE evidence profile er vist i vedlegg 5.

Tabell 23. Oppsummeringstabell av dokumentasjonsgrunnlaget for effekt av gruppeundervisning sammenlignet med selvhjelpsgrupper for røykeslutt

Gruppeundervisning sammenlignet med selvhjelpsgrupper (samme innhold) for røykeslutt						
Pasient eller populasjon: Røykere						
Setting: USA						
Intervensjon: Gruppeundervisning						
Sammenligning: Selvhjelpsprogram (samme innhold)						
Endepunkter	Sammenligning av risiko i de to gruppene (95% CI)		Relativ effekt (95% CI)	Antall deltagere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentar
	Antatt risiko	Tilsvarende risiko				
	Selvhjelpsprogram	gruppeundervisning				
Helseatferd (røykeslutt) Oppfølging: 6- 12 måneder	55 per 1000	145 per 1000 (107 til 196)	RR 2.64 (1.95 til 3.56)	2391 (8)	⊕⊕⊕⊕ Høy ^{1,2}	
Livskvalitet	-	-	-	-		Ingen av studiene rapporterte dette endepunktet
Kunnskap	-	-	-	-		Ingen av studiene rapporterte dette endepunktet
Mestring	-	-	-	-		Ingen av studiene rapporterte dette endepunktet
Pasient tilfredshet	-	-	-	-		Ingen av studiene rapporterte dette endepunktet
Helse	-	-	-	-		Ingen av studiene rapporterte dette endepunktet
Bruk av helsetjenester/ kostnader	-	-	-	-		Ingen av studiene rapporterte dette endepunktet

¹ Det er uklart om deltakerene ble skjult fordelt på studiegruppene

² Stor effekt(RR >2.0)

Hva sier dokumentasjonen?

Gruppeundervisning om røykeslutt sammenlignet med selvhjelpsgrupper:

- Fører til at flere slutter å røyke
- Vi mangler dokumentasjon om livskvalitet, kunnskap, mestring, pasient tilfredshet, helse og bruk av helsetjenester/ kostnader

Gruppeundervisning sammenlignet med ingen intervensjon

Stead med flere 2008 (29) vurderte gruppeundervisning sammenlignet med ingen intervensjon for røykeslutt, åtte studier var inkludert i denne sammenligningen. Studiene var utført i USA, Frankrike, Canada, Hong Kong og Kina. Snittalder på deltakerne varierte fra 36 til >50 år, hvorav deltakerne i én av studiene hadde et alkoholproblem. Innholdet av tiltakene er beskrevet i varierende grad, men ble som oftest ledet av en spesialutdannet terapeut som regel med bakgrunn som sykepleier

eller psykolog. Varigheten og intensiteten av tiltakene varierte også stort både i antallet sesjoner og over hvor lang tid tiltakene varte.

Kvaliteten på dokumentasjonen

Dokumentasjonsgrunnlaget for effektvurdering av gruppeundervisning sammenlignet med ingen intervensjon for røykeslutt, ble vurdert som middels. Selv om studien ble vurdert til ha noen metodiske svakheter og noe heterogenitet som kan så tvil om usikkerhet rundt størrelsen på effekten, så effektstørrelsen stor. Resultatene og kvalitetsvurderingene er oppsummert i tabell 24 og fullstendig GRADE evidence profile er vist i vedlegg 5.

Tabell 24. Oppsummeringstabell av dokumentasjonsgrunnlaget for effekt av gruppeundervisning sammenlignet med ingen intervensjon for røykeslutt

Gruppeundervisning sammenlignet med ingen intervensjon for røykeslutt						
Pasient eller populasjon: Røykere						
Setting: USA, Frankrike, Canada, Hong Kong og Kina						
Intervensjon: Gruppeundervisning						
Sammenligning: Ingen intervensjon						
Endepunkter	Sammenligning av risiko i de to gruppene (95% CI)		Relativ effekt (95% CI)	Antall deltagere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentar
	Antatt risiko	Tilsvarende risiko				
	ingen intervensjon	Gruppeundervisning				
Helseatferd (røykeslutt) Oppfølging: 6-12 måneder	65 per 1000	176 per 1000 (120 til 258)	RR 2.71 (1.84 til 3.97)	1040 (8)	⊕⊕⊕⊖ Middels ^{1,2,3}	
Livskvalitet	-	-	-	-		Ingen av studiene rapporterte dette endepunktet
Kunnskap	-	-	-	-		Ingen av studiene rapporterte dette endepunktet
Mestring	-	-	-	-		Ingen av studiene rapporterte dette endepunktet
Pasient tilfredshet	-	-	-	-		Ingen av studiene rapporterte dette endepunktet
Helse	-	-	-	-		Ingen av studiene rapporterte dette endepunktet
Bruk av helsetjenester	-	-	-	-		Ingen av studiene rapporterte dette endepunktet

¹ Det er uklart om deltakerene ble skjult fordelt på studiegruppene
² Stor heterogenitet på tvers av studiene
³ Stor effekt (RR >2.0)

Hva sier dokumentasjonen?

Gruppeundervisning om røykeslutt sammenlignet med ingen intervensjon:

- Fører trolig til at flere slutter å røyke
- Vi mangler dokumentasjon om livskvalitet, kunnskap, mestring, pasient tilfredshet, helse og bruk av helsetjenester/ kostnader

Gruppeundervisning inkludert nikotinerstatning sammenlignet med nikotinerstatning alene for røykeslutt

Stead med flere 2008 (29) vurderte gruppeundervisning pluss nikotinerstatning sammenlignet med nikotinerstatning alene for røykeslutt, tre studier var inkludert i

denne sammenligningen. Studiene var utført i USA og Brasil. Snittalder på deltakerne varierte fra 38 til 44 år. Innholdet av tiltakene er beskrevet i varierende grad, men ble som oftest ledet av en spesialutdannet terapeut som regel med bakgrunn som sykepleier eller psykolog. Varigheten og intensiteten av tiltakene varierte fra ukentlige sesjoner over 8 uker til 5 sesjoner over 4 uker.

Kvaliteten på dokumentasjonen

Dokumentasjonsgrunnlaget for effektvurdering av gruppeundervisning sammenlignet med nikotinerstatning alene for røykeslutt, ble vurdert som middels. Dette skyldes at det var noe risiko for skjevheter grunnet metodiske svakheter. Resultatene og kvalitetsvurderingene er oppsummert i tabell 25 og fullstendig GRADE evidence profile er vist i vedlegg 5.

Tabell 25. Oppsummeringstabell av dokumentasjonsgrunnlaget for effekt av gruppeundervisning sammenlignet med nikotinerstatning alene for røykeslutt

Gruppeundervisning med nikotinerstatning sammenlignet med nikotinerstatning alene for røykeslutt						
Pasient eller populasjon: Røykere						
Setting: USA og Brasil						
Intervensjon: Gruppeundervisning med nikotinerstatning						
Sammenligning: Nikotinerstatning alene						
Endepunkter	Sammenligning av risiko i de to gruppene (95% CI)		Relativ effekt (95% CI)	Antall delta-deltagere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentar
	Antatt risiko	Tilsvarende risiko				
	Nikotinerstatning alene	Gruppeundervisning med nikotinerstatning				
Helseatferd (røykeslutt) Oppfølging: 26-52 uker	278 per 1000	300 per 1000 (245 til 364)	RR 1.08 (0.88 til 1.31)	1051 (3)	⊕⊕⊕⊖ Middels ¹	
Livskvalitet	-	-	-	-		Ingen av studiene rapporterte dette endepunktet
Kunnskap	-	-	-	-		Ingen av studiene rapporterte dette endepunktet
Mestring	-	-	-	-		Ingen av studiene rapporterte dette endepunktet
Pasient tilfredshet	-	-	-	-		Ingen av studiene rapporterte dette endepunktet
Helse	-	-	-	-		Ingen av studiene rapporterte dette endepunktet
Bruk av helsetjenester/ kostnader	-	-	-	-		Ingen av studiene rapporterte dette endepunktet

¹ Det er uklart om deltakerene ble skjult fordelt på studiegruppene

Hva sier dokumentasjonen?

Gruppeundervisning om røykeslutt sammenlignet med nikotinerstatning alene:

- Gir trolig liten eller ingen forskjell i antall som slutter å røyke
- Vi mangler dokumentasjon om livskvalitet, kunnskap, mestring, pasient tilfredshet, helse og bruk av helsetjenester/ kostnader

GRUPPEUNDERVISNING OM FØDSELSFORBEREDELSE

Det var én systematisk oversikt av høy kvalitet, Gagnon med flere 2007 (30), som hadde vurdert gruppebasert fødselsforberedelse, følgende sammenligning var inkludert

- Gruppeundervisning sammenlignet med vanlig praksis

Fødselsforberedende gruppeundervisning sammenlignet med vanlig praksis

Kun én relevant studie var inkludert i den systematiske oversikten. Studien var utført i Teheran, Iran og vurderte effekten av gruppeundervisning sammenlignet med vanlig praksis. Undervisningen tok for seg fødselsforberedende teknikker, omsorg for det nyfødte barn, kosthold og øvelser. Kvinnene gjennomgikk 7 sesjoner som hver besto av 90 minutters gruppeundervisning.

Kvaliteten på dokumentasjonen

Kvaliteten på dokumentasjonen om effekt av gruppeundervisning sammenlignet med vanlig praksis for gravide kvinner er av svært lav kvalitet. Den lave kvaliteten skyldes at dokumentasjonsgrunnlaget besto av bare én studie med få deltakere, og at denne studien hadde høy risiko for skjevheter. Fordi denne ene studien var utført i Iran er det også usikkert til i hvilken grad resultatene kan overføres til norske forhold. Det var ikke benyttet blinding i studien og randomiseringsprosedyren (tilfeldig fordeling på intervensjonsgruppa og kontrollgruppa) var ikke beskrevet. Resultatene og kvalitetsvurderingene er oppsummert i tabell 26 og fullstendig GRADE evidence profile er vist i vedlegg 5.

Tabell 26. Oppsummeringstabell av dokumentasjonsgrunnlaget for effekt av fødselsforberedende gruppeundervisning sammenlignet med vanlig praksis

Fødselsforberedende gruppeundervisning sammenlignet med vanlig praksis						
Pasient eller populasjon: Gravide kvinner i 20-uke						
Setting: Teheran, Iran						
Intervensjon: Gruppeundervisning						
Sammenligning: Vanlig praksis						
Endepunkter	Sammenligning av risiko i de to gruppene (95% CI)		Relativ effekt (95% CI)	Antall deltagere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentar
	Antatt risiko	Tilsvarende risiko				
	Vanlig praksis	Gruppeundervisning				
Smerter i rygg og bekken under fødsel	660 per 1000	462 per 1000 (356 til 594)	RR 0.70 (0.54 til 0.9)	200 (1)	⊕⊕⊕⊕ svært lav ^{1,2,5}	
Varighet fødsel		Gjennomsnitt varighet av fødsel i intervensjonsgruppa var 1.1 lavere (1.64 til 0.56 lavere)		200 (1)	⊕⊕⊕⊕ svært lav ^{1,2,5}	
Fødselsvekt	Gjennomsnitt fødselsvekt i kontrollgruppa var 3196	Gjennomsnitt fødselsvekt i intervensjonsgruppa var 14.00 høyere (55.11 lavere til 83.11 høyere)		200 (1)	⊕⊕⊕⊕ svært lav ^{1,2,3,5}	
Vaginal fødsel	900 per 1000	972 per 1000 (900 til 1000)	RR 1.08 (1 til 1.16)	200 (1)	⊕⊕⊕⊕ svært lav ^{1,2,5}	
Livskvalitet (øk antall daglig aktiviteter)	320 per 1000	410 per 1000 (282 til 592)	RR 1.28 (0.88 til 1.85)	200 (1)	⊕⊕⊕⊕ svært lav ^{1,2,5}	
Pasienttilfredshet	-	-	-	0 (0)		Ingen av studiene rapporterte dette endepunktet
Bruk av helsetjenester/ kostnader	-	-	-	0 (0)		Ingen av studiene rapporterte dette endepunktet

¹ Uklar randomiseringsprosedyre og om deltakerne var blindet

² Antall deltagere var få

³ Det er stor usikkerhet knyttet til det sammenslåtte estimatet som viser både fordeler og ulemper av gruppeundervisning på utfallet

⁵ Bare en studie fra Teheran, Iran. Overføringsverdi til norske forhold er ukjent

Hva sier dokumentasjonen?

Fødselsforberedende gruppeundervisning sammenlignet med vanlig praksis:

- Kvaliteten på dokumentasjonen er for lav til å avgjøre om det påvirker smerter i rygg og bekken under fødsel, varigheten av fødsler, fødselsvekt, vaginal fødsel og livskvalitet (mors daglige aktivitet)
- Vi mangler dokumentasjon om pasienttilfredshet og bruk av helsetjenester

LEKMANNsledet GRUPPEUNDERVISNING FOR KRONISK SYKDOM

Det var én systematisk oversikt av høy kvalitet, Foster med flere 2009 (23) som hadde vurdert lekmannsledet gruppebasert undervisning for pasienter med ulike typer kroniske lidelse, og følgende sammenligning var inkludert:

- Gruppeundervisning sammenlignet med vanlig praksis

Lekmannsledet gruppeundervisning for pasienter med kronisk sykdom sammenlignet med vanlig praksis

Det var 6 studier med 3235 deltakere som vurderte lekmannsledet gruppeundervisning av pasienter med ulike typer kronisk sykdom med vanlig praksis. Kroniske sykdommer omfatter: artrose i kne eller hofta, hjertesykdom, KOLS, slag, diabetes, kronisk smerte, fatigue, psykisk helse og nevrologiske tilstander. Studiene var utført i Kina, Storbritannia og USA. Gjennomsnittsalderen på deltakerne var mellom 48 og 70 år, og det var en overvekt av kvinner.

Dette er en av to sammenligninger fra denne oversikten som er inkludert i rapporten, se side 33 i denne rapporten (under Revmatisme) for mer informasjon om innholdet i intervensjonene. Sammenligningen som er presentert her oppsummerer kunnskapen om to programmer "Chronic Disease Self-Management Program (CDSMP)" og en annen versjon av samme program "The Expert Patient Programme" (EPP). Alle studiene sammenlignet lekmannsledet gruppeundervisning med vanlig praksis.

Kvaliteten på dokumentasjonen

Dokumentasjonsgrunnlaget for effektvurdering av lekmannsledet gruppeundervisning av pasienter med ulike typer kronisk sykdom sammenlignet med vanlig praksis er av lav kvalitet. Den lave kvaliteten skyldes at det var stor risiko for skjevheter grunnet metodiske svakheter. Resultatene og kvalitetsvurderingene er oppsummert i tabell 27 og fullstendig GRADE evidence profile er vist i vedlegg 5.

Tabell 27. Oppsummeringstabell av dokumentasjonsgrunnlaget for effekt lek-mannsledet gruppeundervisning sammenlignet med vanlig praksis for kronisk sykdom

Lekmannsledet gruppeundervisning sammenlignet med vanlig praksis for kronisk sykdom					
Pasient eller populasjon: Pasienter med ulike typer kroniske sykdom Settings: Kina, Storbritannia og USA Intervensjon: Lekmannsledet gruppeundervisning Sammenligning: Vanlig praksis					
Endepunkter	Sammenligning av risiko i de tilgruppene (95% CI)		Relativ Antall deltakere (studier) (95% CI)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentar
	Antatt risiko	Tilsvarende risiko			
	Vanlig praksis	Gruppeundervisning			
Smerte Oppfølging: opp til 6 måneder		Gjennomsnittlig smerte hos intervensjonsgruppa var 0.10 standard avvik lavere (0.17 til 0.03 lavere)	3175 (6)	⊕⊕⊕⊖ lav ¹	
Mestring av smerte, symptom eller tilstand Oppfølging: opp til 6 måneder		Gjennomsnittlig mestring av smerte, symptomer eller tilstand hos intervensjonsgruppa var 0.26 standard avvik lavere (0.43 til 0.09 lavere)	2246 (5)	⊕⊕⊕⊖ lav ²	
Funksjonshemming, nedsatt funksjonsdyktighet Oppfølging: opp til 6 måneder		Gjennomsnittlig funksjonshemming/ nedsatt funksjonsdyktighet hos intervensjonsgruppa var 0.20 standard avvik lavere (0.30 til 0.11 lavere)	1787 (3)	⊕⊕⊕⊖ lav ⁴	
Opplevd uro knyttet til egen helse (Health distress) Oppfølging: opp til 6 måneder		Gjennomsnittlig uro knyttet til egen helse i intervensjonsgruppa var 0.25 standard avvik lavere (0.34 til 0.15 lavere)	2593 (4)	⊕⊕⊕⊖ lav ³	
Aerobic trening Oppfølging: opp til 6 måneder		Gjennomsnittlig aerobic trening i intervensjonsgruppa var 0.19 standard avvik lavere (0.27 til 0.11 lavere)	2640 (4)	⊕⊕⊕⊖ lav ³	
Bruk av helsetjenester (besøk allmennlege) Oppfølging: opp til 6 måneder		Gjennomsnittlig bruk av helsetjenester i intervensjons gruppa var 0.04 standard avvik lavere (0.11 lavere til 0.03 høyere)	3121 (5)	⊕⊕⊕⊖ lav ²	
Kommunikasjon med helsepersonell Oppfølging: opp til 6 måneder		Gjennomsnittlig kommunikasjon med helsepersonell i intervensjonsgruppa var 0.13 standard avvik lavere (0.24 til 0.01 lavere)	3308 (5)	⊕⊕⊕⊖ lav ²	

¹ To studier av middels kvalitet, fire studier med usikkerhet knyttet til kvaliteten
² To studier av middels kvalitet, tre studier med usikkerhet knyttet til kvaliteten
³ En studie av middels kvalitet, tre studier med usikkerhet knyttet til kvaliteten
⁴ Alle studier har usikkerhet knyttet til kvaliteten

Hva sier dokumentasjonen?

Lekmannsledet gruppeundervisning av pasienter med ulike typer kronisk sykdom sammenlignet med vanlig praksis:

- Gir muligens bedre mestring, mindre funksjonshemming/ nedsatt funksjonsdyktighet, mindre opplevd uro knyttet til egen helse og mer trening

- Gir muligens noe mindre smerte samt noe bedre kommunikasjon med helsepersonell
- Gir muligens liten eller ingen når det gjelder bruk av helsetjenester (allmennlegebesøk)

Diskusjon

I denne rapporten har vi søkt etter og inkludert systematiske oversikter som har vurdert effekten av gruppeundervisning til pasienter og pårørende på tvers av og uavhengig av sykdom eller diagnose.

HOVEDFUNN

Totalt sett ble 15 systematiske oversikter inkludert, disse omhandlet informasjon om 25 ulike diagnoser. Kvaliteten på dokumentasjonsgrunnlaget varierer fra høy til svært lav. I de tilfellene hvor dokumentasjonen er gradert ned skyldes dette gjerne at studiene er små, at resultatene spriker (brede konfidensintervall), metodiske svakheter i design og utførelse av studiene slik som frafall av deltakerne. Sistnevnte er særlig gjeldende for studiene som vurderte effektene av gruppeundervisning for pasienter med schizofreni, men her er det verdt å nevne at frafallet gjelder for både kontroll og intervensjonsgruppene.

Når det gjelder gruppeundervisning (vanlig lengde) for pasienter med schizofreni, sammenlignet med vanlig praksis, gruppeundervisning basert på selvhjelp, kognitiv-atferdsterapi, og støttegruppe, for pasienter med revmatisme, gruppeundervisning med fokus på mestring av smerte og stress for pasienter med nakkesmerter sammenlignet med vanlig praksis, gruppeundervisning for pasienter med nakkesmerter sammenlignet med ingen behandling, gruppeundervisning sammenlignet med ingen behandling/placebo for pasienter med kroniske rygg smerter, fødselsforberedende gruppeundervisning sammenlignet vanlig praksis for gravide kvinner, er det stor usikkerhet rundt estimatene og vanskelig å konkludere grunnet svært lav kvalitet på dokumentasjonen.

De inkluderte oversiktene viser at gruppeundervisning generelt sett ser ut til å ha en positiv effekt på en rekke psykososiale utfall på tvers av diagnosegruppene. Noen studier inkluderte også andre helse relaterte utfall, men her varierer retningen på effektene mellom diagnose og målgruppene. Gruppeundervisning ser ut til å ha en positiv effekt på pasienter med diabetes type 2 når det gjelder langtidsblodsukker, til å gi mindre fatigue (pasienter med kreft), mindre smerte (kvinner med brystkreft, grupper med ulike typer kronisk sykdom), og kortere varighet av smerte (pasienter med rygg smerter) sammenlignet med ingen behandling/ vanlig praksis. Gruppeun-

dervisning ser derimot ikke ut til å gjøre noen forskjell på overlevelse (pasienter med ulike typer kreftsykdom) sammenlignet med vanlig praksis/ ingen behandling.

Gruppeundervisning ser også ut til å øke kunnskap (pasienter med schizofreni og diabetes type 2), være fordelaktig i forhold til pasienttilfredshet (pasienter med diabetes type 2, gi en reduksjon i sykefravær (pasienter med akutte ryggmerter), mer trening og bedre funksjonsdyktighet (grupper med ulike typer kronisk sykdom). Når det gjelder bruk av helsetjenester ble det ikke funnet noen statistisk signifikant forskjell på reinnleggelses på sykehus (pasienter med schizofreni) eller besøk hos allmennlegen (pasienter med artritt). En oversikt fant derimot at kommunikasjonen med helsepersonell ble forbedret (pasienter med artritt og for grupper med ulike typer kronisk sykdom). Ingen av oversiktene rapporterte effekter på kostnader.

Når det gjelder livskvalitet så spriker resultatene på tvers av målgrupper uten at dette lar seg enkelt forklare. For pasienter med diabetes type 2 og for kvinner med brystkreft med spredning så fant man ingen statistisk signifikant forskjell, men for pasienter med ulike typer kreftsykdom så ser gruppeundervisning ut til å være fordelaktig.

Det er også variasjon i resultatene når man ser på effekter av gruppeundervisning på helseatferd. Ved sammenligning av gruppeundervisning med selvhjelpsgrupper og ingen intervensjon så kommer gruppeundervisning fordelaktig ut i forhold til røykeslutt. Videre ser man positive effekter for pasienter med schizofreni av intensiv gruppeundervisning på riktig legemiddelbruk, men derimot ingen statistisk signifikant forskjell mellom gruppene i oversikten som vurderte gruppebasert kognitivatferdsterapi (begge sammenlignet med vanlig praksis). For pasienter med diabetes type 2 fant man ingen statistisk signifikant forskjell mellom gruppene på egenkontroll av blodsukker sammenlignet med vanlig praksis.

Variasjonen på tvers av målgrupper og intervensjoner

Kunnskapsgrunlaget for denne rapporten favner bredt, og resultatene varierer i retning og styrke. Slik variasjon kan skyldes enn rekke faktorer: innholdet i undervisningen og kvaliteten på studiene, hvordan utfallsmålene er målt og egnetheten av gruppebaserte undervisningstiltak med utgangspunkt i hvilken pasientgruppe eller diagnose tiltakene er rettet mot som for eksempel alvorligheten av sykdommen og sykdommens natur, samt andre kontekstuelle faktorer.

Denne rapporten omfatter en rekke svært forskjellige diagnoser. Videre er det stor variasjon i hva de ulike tiltakene inneholder når det gjelder teoretisk/ konseptuelt rammeverk, og i hvordan tiltakene er utført, hvem som leder gruppene samt frekvens og varighet av tiltakene. Dessverre gir ikke de inkluderte studiene tilstrekkelig informasjon til at man kan gjøre noen meningsfull sammenligning på tvers. Dette er dessverre også konklusjonen til andre overlappende og komplementære oversikter over oversikter av pasientundervisning (37), (38). En oversikt som omfattet effekter

av alle typer pasientundervisning konkluderer med at innholdet, utførelsen, teori-grunnlaget og pasientgruppene er gjennomgående dårlig beskrevet i studiene (Cooper med flere 2001). Men forfatterne antyder at selv om kunnskapen er mangelfull på dette området, ser det ut til at intervensjoner som bruker en kombinasjon av psykologiske terapier, opplæringstiltak og atferdsendingsøvelser gir størst effekt (38). I en oversikt over oversikter på effekter av gruppeundervisning for pasienter med kronisk sykdom utført av den danske Sundhedsstyrelsen 2009 blir intervensjoner hvor det legges vekt på at deltakelse og empowerment, samt intervensjoner basert på self-efficacy og self-management teorier fremhevet som fordelaktige (39).

To systematiske oversikter av høy kvalitet hadde vurdert gruppeundervisning til pasienter med schizofreni, hvorav den ene av disse inkluderte kun tiltak som hadde utgangspunkt i kognitivatferdsterapi. Dette kunne i utgangspunktet gitt mulighet for å sammenligne på tvers av oversikter innen den samme diagnosegruppen, dessverre er effektestimaterne ikke gjengitt i oversikten som fokuserte på kognitivatferdsterapi og det er derfor ikke mulig å trekke noen konklusjon på bakgrunn av dette. Det samme er tilfellet med oversikten som vurderte gruppeundervisning for pasienter med revmatisme som også kategorisert tiltakene på bakgrunn av innhold, men grunnet den svært lave kvaliteten på dokumentasjonen er det vanskelig å konkludere på bakgrunn av dette.

Tre systematiske oversikter av høy kvalitet hadde vurdert gruppeundervisning til pasienter med ulike typer kreftsykdom, en av disse inkluderte studier som omfattet *nettbasert* gruppeundervisning. Igjen hadde det vært interessant med en sammenlikning på tvers av oversikter innen diagnosegruppen, men heller ikke denne oversikten rapporterer effektestimater på en slik måte eller inkluderer alle utfall at en slik sammenlikning er mulig.

Kun én oversikt rapporterer nok informasjon og med god nok kvalitet på kunnskapsgrunnlaget til at vi kan konkludere om en eventuell forskjell i effekt på bakgrunn av intensitet av undervisningen. Oversikten sammenligner intensiv gruppeundervisning med kortvarig gruppeundervisning for pasienter med diabetes type 2 og fant ingen statistisk signifikant forskjell mellom gruppene.

En oversikt som vurderte effekter av lekmannsleddet gruppeundervisning inkluderte også tre studier som sammenlignet lekmannsleddet undervisning med undervisning levert av helsepersonell. Forfatterne av oversikten konkluderer med at det ikke var noen store forskjeller i forhold til læringsutbytte knyttet til hvem som leverte undervisningen (23).

Gruppeundervisning sammenlignet med annen behandling

Gruppeundervisning er ikke nødvendigvis bedre (eller verre) enn andre behandlingsformer. I denne oversikten over oversikter ble det inkludert sammenligninger som viste at gruppeundervisning kan være like bra som eller mindre effektivt enn annen behandling. Eksempelvis ble gruppeundervisning sammenlignet med annen

behandling for pasienter med kronisk ryggmerter funnet å være mindre effektivt på ryggbevegelse.

Ved sammenligning av gruppeundervisning med individuell undervisning med samme innhold, og gruppeundervisning og nikotinerstatning sammenlignet med nikotinerstatning alene for røykeslutt så finner man ingen statistisk signifikant forskjell mellom gruppene på røykeslutt. I hvilken grad disse sammenligningene skiller seg fra hverandre når det gjelder andre utfall som gjerne er tenkt som primærutfall av gruppeundervisning, eksempelvis mestring og kunnskap, er uklart da disse ikke var inkludert i oversiktene.

Mangelfull kunnskap om pasienttilfredshet, bruk av helsetjenester og kostnader

Mens de fleste av studiene som var inkludert i de systematiske oversiktene vurderte effekter på helse relaterte utfall, er det dessverre mangelfull dokumentasjon om tilfredshet med tiltaket, deltakernes bruk av (andre) helsetjenester og kostnader forbundet med dette samt ved selve tiltaket. Større evne til egenomsorg og mestring kan teoretisk sett redusere bruk av andre helsetjenester. Videre, ved planlegging av nye tiltak er kunnskap om kostnader forbundet med utviklingen og utføringen av slike tiltak viktig kunnskap. Gitt at det for eksempel ved røykeslutt er like effektivt med gruppeundervisning som ved individuell undervisning, så kan en kostnadsvurdering gi grunnlag for valg av undervisningsform. Pasienttilfredshet er selvsagt også en viktig del av denne vurderingen, men er dessverre også mangelfullt rapportert av de inkluderte oversiktene.

Den tidligere nevnte oversikten over oversikter på effekter av gruppeundervisning for kroniske pasienter omfatter også økonomiske modelleringer av kostnader ved undervisning basert på fire danske konkrete eksempler (39). Her vurderes de samfunnsøkonomiske omkostninger pr. person til 5.900-8.600 danske kroner pr. deltager med diabetes og 4.500-11.350 kr. pr. deltaker med KOLS. Når etterfølgende forløp med fysisk trening medberegnes øker kostnadene til ytterligere 5.000-13.000 kr. pr. deltaker. Når det gjelder de mulige økonomiske gevinstene av pasientundervisning på bruk av helsetjenester som et resultat av eventuell bedring av pasientenes helsetilstand, var dette ikke mulig å beregne på grunn av manglende vitenskapelig dokumentasjon om helseutfall (39). Men forfatterne understreker at en bedring av helse relaterte utfall, som for eksempel ved forbedret kontroll av langtidsblodsukker for pasienter med type 2-diabetes kan dette teoretisk sett gi mindre bruk av helsetjenester ved at man forhindrer komplikasjoner. Fordi det var mangelfull kunnskap om effekter på helseutfall var det heller ikke mulig å beregne kostnads- effektivitet av pasientundervisning (39).

Denne rapporten i relasjon til andre publikasjoner

Det er publisert en ny dansk rapport om gruppeundervisning. Sundhedsstyrelsen 2009 (32) vurderte effekten av gruppeundervisning til pasienter og pårørende til pasienter med diabetes type 2 og pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS). Resultatene for diabetes type 2 bygger på de samme studiene som er inkludert i vår rapport og konkluderer likt. Den danske rapporten ble publisert en eller to uker etter vårt systematiske litteratursøk derfor ble deres oversikt over effekten av gruppeundervisning til KOLS pasienter ikke vurdert i vår rapport. Rapporten fant ingen oversikt over gruppeundervisning for pasienter med KOLS, men oppsummerer effekter på bakgrunn av enkeltstudier. Forfatterne konkluderer med at kunnskapsgrunnlaget er svakt men at litteraturen viser en forbedring på daglige aktiviteter, psykososiale utfall, mestring (self-efficacy), angst og opplevelse av sykdommen på kort sikt. På lengre sikt fant man at gruppebasert undervisning bidrar med færre KOLS-relaterte dødsfall, reduksjon i legebesøk, større tilfredshet ved legebesøk og større grad av egenomsorg ved alvorlig forverring av KOLS. Rapporten understreker videre at slik undervisning for pasienter med KOLS ikke skal gjennomføres alene men kombineres med rehabilitering.

Det kan være fristende å tenke at med en ny dansk rapport er det ikke nødvendig med en norsk en også. Men for å inkludere de andre pasientpopulasjonene så ville vi ha måttet utføre denne rapporten selv om vi hadde funnet den danske rapporten allerede i søket vårt.

Styrker og svakheter ved oversikter over oversikter

Vi har systematisk søkt i relevante databaser og vurdert litteraturen basert på eksplisitte inklusjons- og eksklusjonskriterier etter systematiske oversikter. Vi har kritisk vurdert de systematiske oversiktene, og vi har vurdert kvaliteten på dokumentasjonen for de viktige utfallene ved GRADE.

En oversikt over oversikter er best egnet som metode for kunnskapsoppsummering når det eksisterer én eller flere tilgjengelige oppdaterte systematiske oversikter som kan besvare spørsmålene som stilles. Når så er tilfelle vil man raskt kunne finne svar. En annen fordel med denne måten å få oversikt over litteraturen på er at man på relativt kort tid får et overblikk over mengden med allerede systematisk oppsummert dokumentasjon som er tilgjengelig om et tema.

En utfordring med oversikter over oversikter er at sjeldent vil alle relevante spørsmål/ tiltak være besvart/ vurdert i en systematisk oversikt av høy kvalitet, da kan fokus lett bli flyttet fra de viktigste spørsmålene over til dem som allerede har blitt søkt besvart ved en systematisk oversikt. Hva/ hvilke spørsmål som er mest viktig vil variere med både tid og sted, og ikke minst med hvilket perspektiv den som stiller spørsmålet har.

Det kan også være nyttig å avdekke at det *ikke* finnes oppsummert dokumentasjon som svarer på spørsmålene som stilles, om så er tilfelle.

En ulempe ved både oversikter over oversikter og systematiske oversikter generelt, er at de raskt kan bli foreldet. På områder der det pågår intensiv forskning og utviklingsaktivitet er muligheten stor for at ny viten kan endre konklusjoner som bygger på eldre forskningsresultater.

En ulempe ved oversikter over oversikter er ”avstanden” som lett kan oppstå mellom originalstudiene via oversiktene og til rapporten. Når vi baserer oss på systematiske oversikter går vi ikke til originalartiklene og innhenter informasjon, men vi baserer oss på informasjon som blir presentert i oversiktene. På den måten blir vi avhengige av at oversiktsforfatterne har hentet ut all relevant informasjon på en fornuftig måte. Det er økt mulighet for rapporteringsfeil og at en studie blir feilaktig nedvurdert fordi det da blir usikkert om for eksempel randomiseringen var generert helt tilfeldig, om tildelingen til gruppene faktisk var skjult, hvem som eventuelt var blindet til tiltaket og så videre. Det er ikke nødvendigvis slik at det som ikke er rapportert ikke er gjort.

Vi har kun inkluderte systematiske oversikter som er publisert på engelsk eller skandinavisk. Søkestrategien var uten begrensninger i språk slik at relevante systematiske oversikter publisert på andre språk også ville blitt identifisert, og vi skulle dermed blitt oppmerksomme på dem selv uten å inkludere dem.

Hva betyr det at dokumentasjonen er vurdert å være av lav og svært lav kvalitet?

Når dokumentasjonen om effekten av en intervensjon er vurdert til å være av lav eller svært lav kvalitet betyr det at vi er usikre på hva effekten av intervensjonen virkelig er. Dette betyr ikke at vi kan konkludere at en intervensjon ikke virker. Studiene har vært for små eller for dårlige til å overbevise oss om hvorvidt en effekt er, eller ikke er, tilstede. Vi kan altså ikke si med sikkerhet hva effekten av gruppeundervisning er for mange av de inkluderte populasjonene.

Konklusjon

De inkluderte oversiktene viser at gruppeundervisning generelt sett ser ut til å ha en positiv effekt på en rekke psykologiske utfall som psykisk helse, mestring, relasjoner, og også på kunnskap og pasienttilfredshet. Gruppeundervisning ser også ut til å kunne redusere sykefravær for pasienter med akutte ryggsmarter.

Når det gjelder andre helseutfall, varierer resultatene mellom målgruppene. Gruppeundervisning ser ut til å ha en positiv effekt på pasienter med diabetes type 2 når det gjelder langtidsblodsukker, ser også ut til å gi mindre fatigue hos pasienter med kreft, mindre smerte hos kvinner med brystkreft og kortere varighet av smerte for pasienter med ryggsmarter sammenlignet med ingen behandling/ vanlig praksis. Gruppeundervisning ser derimot ikke ut til å gjøre noen forskjell på overlevelse hos pasienter med ulike typer kreftsykdom og kvinner med brystkreft med spredning sammenlignet med vanlig praksis/ ingen behandling.

Effekter av gruppeundervisning på livskvalitet, helseatferd og bruk av helsetjenester varierer også. For pasienter med diabetes type 2 fant man ingen statistisk signifikant forskjell mellom gruppene på livskvalitet, for pasienter med ulike typer kreft fant man positive effekter av gruppeundervisning, mens det for kvinner med brystkreft med spredning ikke utgjorde noen statistisk signifikant forskjell mellom gruppene (begge sammenliknet med vanlig praksis). Ved sammenligning av gruppeundervisning med selvhjelpsgrupper og ingen intervensjon er gruppeundervisning bedre i forhold til røykeslutt. For pasienter med schizofreni er resultatene mostridende hvor man fant positive effekter av intensiv gruppeundervisning på riktig legemiddelbruk og bruk av helsetjenester, men ingen statistisk signifikant forskjell på disse utfallene mellom gruppene i oversikten som vurderte gruppebasert kognitiv atferdsterapi (begge sammenlignet med vanlig praksis).

Ingen av oversiktene rapporterte data på kostnader

Gruppeundervisning er ikke nødvendigvis bedre enn andre behandlingsformer. Eksempelvis ble gruppeundervisning sammenlignet med fysisk trening for pasienter med kronisk ryggsmarter funnet mindre effektiv når det gjelder ryggbevegelighet. Ved sammenligning av gruppeundervisning med individuell undervisning med samme innhold, og gruppeundervisning og nikotinerstatning sammenlignet med

nikotinerstatning alene for røykeslutt så finner man ingen statistisk signifikant forskjell mellom gruppene på røykeslutt.

En sammenligning undersøkte forskjellen mellom intensiv og kortvarig gruppeundervisning for pasienter med diabetes type 2, og fant ingen statistisk signifikant forskjell mellom gruppene.

BEHOV FOR VIDERE FORSKNING

Det var kun et fåtall av de inkluderte oversiktene som presenterte resultater på alle endepunktene det er viktig å belyse. For å helhetlig kunne vurdere effekter av et tiltak som gruppeundervisning bør alle viktige konsekvenser være gjort rede for. Viktige endepunkter bør være sykdomskunnskap, pasienttilfredshet og bruk av helsetjenester/ kostnader så vel som psykisk og fysisk helse. Dette bør i større grad undersøkes i videre forskning.

Andre relevante utfall kan være å undersøke effekter på relasjoner mellom pasient og helsepersonell fordi man kan oppnå større gjensidig forståelse og innsikt, samt påvirkning på pasientens deltakelse i arbeidslivet eller i andre meningsfulle aktiviteter.

Videre er det ofte mangelfullt beskrevet hva som er innholdet i de ulike intervensjonene, hvem som har ledet gruppene og hvordan de er utført. For å få innsikt i dette, og for eventuelt å kunne sammenlikne undervisningsformer og på den måten kunne gi et optimalt tilbud til deltakerne, bør slik informasjon inkluderes i vitenskapelige publikasjoner på en mer utfyllende måte.

Referanser

Reference List

- (1) World Health Organisation. Therapeutic Patient Education: continuing education programmes for healthcare providers in the field of prevention of chronic diseases. Report of a WHO Working Group. EUR/ICP/QCPH 01 01 03 Rev.2. 1998. Copenhagen, World Health Organization, Regional Office for Europe.
Ref Type: Report
- (2) HOD (Helse- og omsorgsdepartementet). LOV-1999-07-02-64 Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). 1-1-2001.
Ref Type: Bill/Resolution
- (3) HOD (Helse- og omsorgsdepartementet). LOV-1999-07-02-63 Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven). 1-1-2001.
Ref Type: Bill/Resolution
- (4) Detmer D, Singleton P, MacLeod A, Wait S, Taylor M, Ridgwell J. The informed patient: Study Report. 2003. Cambridge, University of Cambridge.
Ref Type: Report
- (5) Coulter A, Ellins J. Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. *British Medical Journal* 2007; 335(7609):24-27.
- (6) Marks R, Allegrante JP, Lorig K. A review and synthesis of research evidence for self-efficacy-enhancing interventions for reducing chronic disability: implications for health education practice (part II). *Health Promot Pract* 2005; 6(2):148-156.
- (7) Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA* 2002; 288(19):2469-2475.
- (8) Willaing I, Folmann N, Gisselbæk AB. Patientskoler og gruppebasert pasientundervisning – en litteraturgennemgang med fokus på metoder og effekter. 2005. København, Viden- og dokumentationsenheden, Sundhedsstyrelsen.
Ref Type: Report
- (9) HOD (Helse- og omsorgsdepartementet). LOV-1999-07-02-61 Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. 1-1-2001.
Ref Type: Bill/Resolution
- (10) Steinsbekk A. Måling av effekt av pasientopplæring. *Tidsskr Nor Legeforen* 2008;(128):2316-8.

- (11) Lorig K. Patient education. A practical approach. 3. utg. ed. Thousand Oaks, CA: Sage, 2001.
- (12) Coulter A, Ellins J. *Patient-focused interventions: a review of the evidence*. 2006. London, Picker Institute Europe.
Ref Type: Report
- (13) Coulter A, Ellins J. Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. *British Medical Journal* 2007; 335(7609):24-27.
- (14) Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA* 2002; 288(19):2469-2475.
- (15) Lorig KR, Hurwicz ML, Sobel D, Hobbs M, Ritter PL. A national dissemination of an evidence-based self-management program: a process evaluation study. *Patient Educ Couns* 2005; 59(1):69-79.
- (16) Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Vist GE, Falck-Ytter Y, Schunemann HJ. What is "quality of evidence" and why is it important to clinicians? *BMJ* 2008; 336(7651):995-998.
- (17) Duke Sally-Anne S, Colagiuri S, Colagiuri R. Individual patient education for people with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database of Systematic Reviews: Reviews*. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009 Issue 1. Chichester (UK): John Wiley & Sons, Ltd, 2009.
- (18) Loveman E, Frampton GK, Clegg AJ. The clinical effectiveness of diabetes education models for Type 2 diabetes: a systematic review. *Health Technol Assess* 2008; 12(9):1-116.
- (19) Deakin TA, McShane CE, Cade JE, Williams R. Group based training for self-management strategies in people with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database of Systematic Reviews: Reviews*. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005 Issue 2. Chichester (UK): John Wiley & Sons, Ltd, 2005.
- (20) Lawrence R, Bradshaw T, Mairs H. Group cognitive behavioural therapy for schizophrenia: a systematic review of the literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2006; 13(6):673-681.
- (21) Pekkala E, Merinder L. Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;(2):CD002831.
- (22) Savelkoul M, de Witte L, Post M. Stimulating active coping in patients with rheumatic diseases: a systematic review of controlled group intervention studies (DARE structured abstract). *Patient Educ Couns* 2003; 50:133-143.
- (23) Foster G, Taylor S, Eldridge S, Ramsay J. Self-management education programmes by lay leaders for people with chronic conditions. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007;(4).
- (24) Edwards Adrian GK, Hulbert-Williams N, Neal RD. Psychological interventions for women with metastatic breast cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews: Reviews*. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008 Issue 3. Chichester (UK): John Wiley & Sons, Ltd, 2008.
- (25) Jacobsen PB, Donovan KA, Vadaparampil ST, Small BJ. Systematic review and meta-analysis of psychological and activity-based interventions

for cancer-related fatigue (Provisional abstract). *Health Psychol* 2007; 26:660-667.

- (26) Klemm P, Bunnell D, Cullen M, Soneji R, Gibbons P, Holecek A. Online cancer support groups: a review of the research literature (DARE structured abstract). *Computers, informatics, nursing : CIN* 2003; 21:136-142.
- (27) Zabalegui A, Sanchez S, Sanchez PD, Juando C. Nursing and cancer support groups (DARE structured abstract). *J Adv Nurs* 2005; 51:369-381.
- (28) Cohen JE, Goel V, Frank JW, Bombardier C, Peloso P, Guillemin F. Group education interventions for people with low back pain: an overview of the literature (DARE structured abstract). *Spine* 1994; 19:1214-1222.
- (29) Stead LF, Perera R, Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews: Reviews. Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006 Issue 3. Chichester (UK): John Wiley & Sons, Ltd, 2006.
- (30) Gagnon AJ, Sandall J. Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both. *Cochrane Database of Systematic Reviews: Reviews. Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007 Issue 3. Chichester (UK): John Wiley & Sons, Ltd, 2007.
- (31) Loveman E, Frampton GK, Clegg AJ. The clinical effectiveness of diabetes education models for Type 2 diabetes: a systematic review. *Health Technol Assess* 2008; 12(9):1-116.
- (32) Loveman E, Frampton GK, Clegg AJ. The clinical effectiveness of diabetes education models for Type 2 diabetes: a systematic review. *Health Technol Assess* 2008; 12(9):1-116.
- (33) Loveman E, Frampton GK, Clegg AJ. The clinical effectiveness of diabetes education models for Type 2 diabetes: a systematic review. *Health Technol Assess* 2008; 12(9):1-116.
- (34) Loveman E, Frampton GK, Clegg AJ. The clinical effectiveness of diabetes education models for Type 2 diabetes: a systematic review. *Health Technol Assess* 2008; 12(9):1-116.
- (35) Loveman E, Frampton GK, Clegg AJ. The clinical effectiveness of diabetes education models for Type 2 diabetes: a systematic review. *Health Technol Assess* 2008; 12(9):1-116.
- (36) Lawrence R, Bradshaw T, Mairs H. Group cognitive behavioural therapy for schizophrenia: a systematic review of the literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2006; 13(6):673-681.
- (37) SBU. Patientutbildning vid diabetes: en systematisk litteraturoversikt. 195. 2009.

Ref Type: Report

- (38) Cooper H, Booth K, Fear S, Gill G. Chronic disease patient education: lessons from meta-analyses. *Patient Educ Couns* 2001; 44(2):107-117.
- (39) Sundhedsstyrelsen M&MT. Patientuddannelse - en medicinsk teknologivurdering. København: Sundhedsstyrelsen, Monitorering & Medicinsk Teknologivurdering 2009; 11(3).

Vedlegg 1

SØKESTRATEGIER

Søk: Astrid Nøstberg

Database: Ovid MEDLINE(R) 1950 to October Week 3 2009

Dato: 27.10.2009

Antall treff: 558

Kommentar: Vi har valgt å bruke SR-fileret som ligger i Ovid Medline (Clinical queries – Reviews (optimized))

Søkestermer
1. (group-based-teaching or group-based-learning or group-based-education).tw.
2. ((teaching or instruction* or education or information or support or learning) adj1 group*).tw.
3. 1 or 2
4. limit 3 to "reviews (optimized)"

Database: EMBASE 1980 to 2009 Week 43

Dato: 27.10.2009

Antall treff: 612

Kommentar: Vi har valgt å bruke SR-fileret som ligger i Ovid Embase (Clinical queries – Reviews (2 or more terms min difference))

Søkestermer
1. (group-based-teaching or group-based-learning or group-based-education).tw.
2. ((teaching or instruction* or education or information or support or learning) adj1 group*).tw.
3. 1 or 2
4. limit 3 to "reviews (2 or more terms min difference)"

Database: PsycINFO 1806 to October Week 3 2009

Dato: 27.10.2009

Antall treff: 187

Kommentar: Vi har valgt å bruke SR-fileret som ligger i Ovid PsycINFO (Clinical Queries – Reviews (high specificity)). Vi valgte high specificity-fileret framfor min difference-fileret pga. den store treffmengden dette siste fileret gav.

Søketermer
1. group instruction/
2. (group-based-teaching or group-based-learning or group-based-education).tw.
3. ((teaching or instruction* or education or information or support or learning) adj1 group*).tw.
4. or/1-3
5. limit 4 to "reviews (high specificity)"

Database: The Cochrane Library 2009, Issue 4

Dato: 27.10.2009

Antall treff: CDSR 28 treff, DARE 22 treff, CENTRAL 2243 treff, Methods studies 30 treff, HTA 2 treff, Economic evaluations 11 treff og Cochrane groups 1 treff

Totalt antall treff: 2337

Kommentarer: Vi tar kun med treff fra CDSR og DARE siden vi bare ønsker systematiske oversikter.

Søketermer
#1 (group-based-teaching or group-based-learning or group-based-education):ti,ab,kw 8
#2 ((teaching or instruction* or education or information or support or learning) NEAR/2 group*):ti,ab,kw 2337
#3 (#1 OR #2) 2337

Database: CSA Eric

Dato: 27.10.2009

Antall treff: Journals 68 treff, Peer-reviewd journals 35 treff, Conferences 14 treff, Books 20 treff

Totalt antall treff: 135

Kommentarer: Ikke mulig å avgrense til systematiske oversikter, men tar bare med treff fra Journals- og Peer-reviewd journals-basene.

Søketermer
("group-based-teaching" OR "group-based teaching" OR "group based teaching") or((DE=("health personnel" or "allied health personnel" or "emergency medical technicians" or "home health aides" or "mental health workers" or "school psychologists" or "nurses" or "school nurses" or "physicians" or "foreign medical graduates" or "psychologists")) and((DE="small group instruction") or(DE="group dynamics") or(DE="group guidance") or((teaching or instruction*) within 2 group*)))

søkestrategi i CINAHL, EBSCO host

Søk: Astrid Austvoll-Dahlgren

Database: CINAHL

Dato: 04.11.2009

Antall treff: 19 treff

Søkestermer
#1 (MH "Systematic Review") Search modes - Boolean/Phrase
#2 (("group learning") or (MH "Support Groups") or (MH "Group Exercise") or ("group teaching") or ("group education") or (MH "Group Processes"))
#3 (#1 AND #2) 19

Vedlegg 2

SJEKKLISTE FOR SYSTEMATISKE OVERSIKTER

Navn og dato:

Forfatter og årstall:

Tittel på den systematiske oversikten:

1 Ble det foretatt et litteratursøk? Ja Nei

Noter dato for litteratursøket: _____ (måned, år)

2. Var det klare inklusjonskriterier av primærstudiene? Ja Nei
(Er det klart beskrevet hvilke kriterier som ble brukt til å bestemme hvilke studier som skulle inkluderes eller ikke?)

Om Nei til spørsmål 1 og 2, så er det ikke en systematisk oversikt og da ekskluderes oversikten og vurderes ikke videre.

3. Var søket så bra og omfattende at det er sannsynlig at alle relevante studier er funnet?

Ja Uklart Nei

4. Ble det beskyttet mot seleksjonsskjevheter ved utvelgelse av studier?

Ja Uklart Nei

5. Har forfatteren klart beskrevet kriteriene de brukte for å vurdere validiteten av de inkluderte studiene?

Ja Uklart Nei

6. Hvilke studiedesign er det på de studiene som er inkludert i oversikten?

RCT, CCT Observasjonsstudier Annet

7. Er kvaliteten på de inkluderte studiene vurdert ved hjelp av relevante kriterier?

Ja

Uklart

Nei

8. Er metodene som er brukt til å sammenfatte resultatene (for å konkludere) klart beskrevet? (Spørsmålet gjelder både for meta-analyser og kvalitative/beskrivende oppsummeringer)

Ja

Uklart

Nei

9. Ble resultatene fra de ulike studiene sammenfattet forsvarlig i forhold til problemstillingen?

Ja

Uklart

Nei

10. Støttes forfatterens konklusjoner av data som er inkludert i oversikten?

Ja

Nei

Hvordan vil du rangere den vitenskapelige kvaliteten i denne oversikten?

Høy kvalitet

Middels kvalitet

Lav kvalitet

Vedlegg 3

TABLE OF INCLUDED SYSTEMATIC REVIEWS

Reference: Duke et al 2009	
Title: Individual patient education for people with type 2 diabetes mellitus	
Date of literature search: April 2007.	
Quality of the systematic review according to checklist: High	
Study designs included: RCT	
Patients	Adults diagnosed with type 2 diabetes
Intervention	Individual, face to face patient education
Comparisons and subgroups	Group education No specific intervention or usual care
Outcomes measured	Metabolic control (measured by glycated haemoglobin A1c), diabetes complications, health service utilisation and health care costs. Quality of life, diabetes knowledge, patient self care behaviour, physical and metabolic measures.

Reference: Loveman et al 2008	
Title: The clinical effectiveness of diabetes education models for Type 2 diabetes: a systematic review	
Date of literature search: January 2007.	
Quality of the systematic review according to checklist: High	
Study designs included: RCT and CCT	
Patients	Adults diagnosed with type 2 diabetes
Intervention	Educational interventions
Comparisons and subgroups	Compares group and individual education
Outcomes measured	Diabetic control, diabetic complications, quality of life and cognitive measures

Reference: Deakin et al 2005	
Title: Group based training for self-management strategies in people with type 2 diabetes mellitus	
Date of literature search: February 2003.	
Quality of the systematic review according to checklist: High	
Study designs included: RCT and CCT	
Patients	Adults with diagnosed type 2 diabetes
Intervention	Group based educational programs
Comparisons and subgroups	Compared with those undergoing routine treatment, waiting list or no intervention
Outcomes measured	Metabolic control: glycated haemoglobin and fasting blood glucose,

ured	diabetes knowledge, quality of life and empowerment/ self-efficacy
-------------	--

Reference: Pekkala & Merinder 2006 Title: Psychoeducation for schizophrenia	
Date of literature search: June 1999	
Quality of the systematic review according to checklist: High	
Study designs included: RCT	
Patients	Patients with schizophrenia
Intervention	Group based educational interventions
Comparisons and subgroups	Treatment as usual
Outcomes measured	Mental health, quality of life, knowledge, coping, patient self-care, patient satisfaction and health care utilisation

Reference: Lawrence et al 2006 Title: Group cognitive behavioural therapy for schizophrenia: a systematic review of the literature	
Date of literature search: Unclear, newest reference is dated 2005	
Quality of the systematic review according to checklist: High	
Study designs included: RCT	
Patients	Patients with schizophrenia
Intervention	Group cognitive behavioural therapy
Comparisons and subgroups	Treatment as usual or waiting list
Outcomes measured	Mental health, coping, patient self-care and health care utilisation

Reference: Savelkoul et al 2003 Title: Stimulating active coping in patients with rheumatic diseases: a systematic review of controlled group intervention studies	
Date of literature search: August 2000	
Quality of the systematic review according to checklist: High	
Study designs included:	
Patients	Patients with rheumatism
Intervention	Group education (self-management based, cognitive behavioural therapy based and educational support group based)
Comparisons and subgroups	Treatment as usual or placebo
Outcomes measured	Functional health status, coping, life satisfaction and social support

Reference: Foster et al 2009 Title: Self-management education programmes by lay leaders for people with chronic conditions	
Date of literature search: July 2006	
Quality of the systematic review according to checklist: High	
Study designs included: RCT	
Patients	Patients with arthritis and other chronic disease
Intervention	Lay led group education
Comparisons and subgroups	Treatment as usual
Outcomes measured	Health, health behaviour, health care use, self-efficacy, and communication with health personell,

Reference: Zabelgui et al 2005 Title: Nursing and cancer support groups	
Date of literature search: Unclear, newest reference is dated 2000	
Quality of the systematic review according to checklist: High Study designs included: RCT	
Patients	Patients with cancer
Intervention	Group education
Comparisons and subgroups	Treatment as usual
Outcomes measured	Survival, depression, anxiety, coping, quality of life and marital relationship

Reference: Klemm et al 2003 Title: Online cancer support groups: a review of the research literature	
Date of literature search: 2002	
Quality of the systematic review according to checklist: High Study designs included: Observational	
Patients	Patient with cancer (women with breast cancer)
Intervention	Online educational support groups
Comparisons and subgroups	None
Outcomes measured	Patient satisfaction

Reference: Edwards et al 2008 Title: Psychological interventions for women with metastatic breast cancer	
Date of literature search: September 2007	
Quality of the systematic review according to checklist: High Study designs included: RCT	
Patients	Women with metastatic breast cancer
Intervention	Psychological interventions
Comparisons and subgroups	Treatment as usual
Outcomes measured	Survival, mental health, quality of life and pain

Reference: Jacobsen et al 2007 Title: Systematic review and meta-analysis of psychological and activity-based interventions for cancer-related fatigue	
Date of literature search: November 2005	
Quality of the systematic review according to checklist: High Study designs included:	
Patients	Patients with cancer-related fatigue
Intervention	Group psychological and activity-based interventions
Comparisons and subgroups	No treatment
Outcomes measured	Fatigue and quality of life

Reference: Haines et al 2009 Title: Patient education for neck pain with or without radiculopathy	
Date of literature search: June 2008	
Quality of the systematic review according to checklist: High	

Study designs included: RCT	
Patients	Patients with neck pain
Intervention	Group education with focus on pain and stress management and neck-school
Comparisons and subgroups	Treatment as usual and no treatment
Outcomes measured	Pain, quality of life, knowledge and health care utilisation

Reference: Cohen et al 1994 Title: Group education interventions for people with low back pain: an overview of the literature	
Date of literature search: July 1992	
Quality of the systematic review according to checklist: High	
Study designs included:	
Patients	Patients with chronic and acute low back pain
Intervention	Group education
Comparisons and subgroups	No treatment, placebo and other treatment
Outcomes measured	Pain intensity, pain duration, spinal mobility, sick leave, functional status and knowledge

Reference: Stead et al 2008 Title: Group behaviour therapy programmes for smoking cessation	
Date of literature search: June 2008	
Quality of the systematic review according to checklist: High	
Study designs included:	
Patients	Smokers
Intervention	Group education for smoking cessation
Comparisons and subgroups	Self help programme, individual education, no intervention and nicotine replacement therapy
Outcomes measured	Smoking cessation

Reference: Gagnon et al 2007 Title: Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both	
Date of literature search: April 2006	
Quality of the systematic review according to checklist: High	
Study designs included:	
Patients	Pregnant women in their 20 th week of pregnancy
Intervention	Group antenatal education
Comparisons and subgroups	Treatment as usual
Outcomes measured	Back or pelvic pain during labour, length of labour, birthweight, vaginal delivery, and quality of life

Vedlegg 4

TABLE OF EXCLUDED STUDIES

Reference	Cause for exclusion of study
Acton 2001	This study has a different question than group education
Adkins 1999	This is not a systematic review
Bjornsen 2005	This is not a systematic review, omtale
Boivin 2003	This study has a different question than group education
Bottomly 1997	This is not a systematic review
Boutin 2007	This review has moderate quality according to our checklist
Brereton 2007	This study has a different question than group education
Brodaty 2003	This study has a different question than group education
Carter 2004	This is not a systematic review, omtale
Clark 2003	This is not a systematic review
Cohen 2007	This is not a systematic review
Couldridge 2001	This review has moderate quality according to our checklist
Cuijpers 1992	This is not a systematic review
Cuijpers 1996	This is not a systematic review
Daro 1994	This is not a systematic review
Dunn 2003	This study has a different question than group education
Eakin 2002	This study has a different question than group education
Edelman 2000	This review has low quality according to our checklist
Ernst 2006	This study has a different question than group education
Finfgeld 2000	This is not a systematic review
Fisher 2007	This review has moderate quality according to our checklist
Fried 2008	This is not a systematic review

Galetke 2008	This is not a systematic review
Gallagher-Thompson 2007	This study has a different question than group education
Gatty 2003	This review has low quality according to our checklist
Goodwin 2005	This is not a systematic review
Gottlieb 2007	This review has moderate quality according to our checklist
Gross 1998	This review has been replaced by Haines
Haber 2004	This is not a systematic review, omtale
Hataway 1986	This review has low quality according to our checklist
Higgins 2004	This review has low quality according to our checklist
Hill 1997	This is not a systematic review
Hulscher 2006	This review is withdrawn from the Cochrane Database of Systematic Reviews because it was out of date
Jordans 2009	This review has moderate quality according to our checklist
Killick 1992	This is not a systematic review
Klemm 2003	This review has moderate quality according to our checklist
Kownacki 1999	This study has a different question than group education
Kurz 2005	This is not a systematic review
Leshem 2003	This is not a systematic review. No search strategy or clear inclusion/exclusion criteria were presented.
Lindeman 1988	This review has low quality according to our checklist
Lu 2008	This review did not include comparison with group education
McFarland 2000	This is not a systematic review
McLean 1995	This is not a systematic review
Module 7 1993	This is not a systematic review
Mullen 1985	Reanalyses of unknown studies, this is not a systematic review
Pickett 1998	This is not a systematic review
Pistrang 2008	This review has a different question
Rains 2005	This study has a different question than group education
Rehse 2003	This study did not concern the effect of group education
Rose 2009	This is not a systematic review
Smaldone 2005	This is not a systematic review, omtale
Sood 2007	This study did not concern the effect of group education
Spirig 1998	This is not a systematic review
Taal 1997	This review has low quality according to our checklist
Thaver 2009	This is a protocol for a Cochrane systematic review that will likely meet inclusion criteria when completed and published
Thaxton 2005	This review has low quality according to our checklist

Thompson 1978	This is not a systematic review
Thompson 1998	Withdrawn from the Cochrane Database of Systematic Reviews
Van Dam 2003	This study did not concern the effect of group education
Van Dam 2005	The comparison in this systematic review is also included in the more up-to-date systematic review Loveman 2008
Warner 2008	This is not a systematic review, omtale
Wantland 2004	This study has a different question than group education
Wens 2008	This is a subgroup analysis of a systematic review already published elsewhere
Wilson 1997	This is not a systematic review
Yamaoka 2005	This study has a different question than group education
Zabalegui 2005b	Dobbel publication of Zabalegui 2005 which is included
Zabaleta 2007	Relevant comparison already surpassed by newer systematic review

Vedlegg 5

Author(s): AA, AS & GEV

Date: 2010-02-10

Question: Should group education vs individual education be used for diabetes type 2?

Settings: Diabetes centres and primary care in Australia, Spain, USA

Bibliography: Duke 2009

Quality assessment							Summary of findings					Importance
No of studies	Design	Limitations	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	No of patients		Effect		Quality	
							group education	individual education	Relative (95% CI)	Absolute		
Metabolic control 12 months (follow-up 12 to 18 months; measured with: score; Better indicated by lower values)												
2	randomised trials	very serious	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious	none	58	54	-	MD 0.03 higher (0.02 lower to 0.08 higher)	⊕○○○ VERY LOW	
Quality of life (follow-up mean 6 months; measured with: SF-36 ; Better indicated by higher values)												
1	randomised trials	very serious ¹	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious ²	none	0	0	-	MD 0 higher (0 to 0 higher)	⊕○○○ VERY LOW	
Metabolic control (measured with HbA1c change score) (follow-up 6-9 months; Better indicated by lower values)												

2	randomised trials	very serious ¹	no serious inconsistency	no serious indirectness	no serious imprecision	none	70	78	-	MD 0.81 lower (0.34 to 1.29 higher)	⊕⊕⊕ LOW	
Knowledge about diabetes (follow-up mean 6 months; measured with: One study used 14 point scale and one used 15 point scale; Better indicated by lower values)												
2	randomised trials	very serious ¹	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious ²	none	70	78	-	MD 0 higher (0 to 0 higher)	⊕⊕⊕ VERY LOW	
Coping (mestring) (Better indicated by lower values)												
0	no evidence available	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Patient self care behaviour (helseadferd) (follow-up mean 6 months; Better indicated by higher values)												
1	randomised trials	very serious ¹	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious ²	none	43	49	-	MD 0 higher (0 to 0 higher)	⊕⊕⊕ VERY LOW	
Patient satisfaction (Better indicated by lower values)												
0	no evidence available	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cost (health care utilisation) (Better indicated by lower values)												
0	no evidence available	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

¹ Unclear randomisation procedure, allocation concealment and blinding. Large losses to follow up and no intention to treat analysis

² Participants are few and small or unclear effect sizes

Author(s): GEV and AS

Date: 2010-02-10

Question: Should group education vs usual care/ waiting list/ no intervention be used for diabetic type 2?

Settings: Argentina, Italia, Spania, Sverige, UK, USA, Austria

Bibliography: Deakin 2005 with additional information from two studies in Loveman 2008

Quality assessment							Summary of findings				Quality	Importance
No of studies	Design	Limitations	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	No of patients		Effect			
							group education	usual care	Relative (95% CI)	Absolute		
Metabolic control (measured as HbA1c at 12 to 14 months) (follow-up 12 to 14 months; Better indicated by lower values)												
9	randomised trials	very serious ¹	no serious inconsistency ²	no serious indirectness	no serious imprecision	none	603	581	-	MD 0.60 lower (0.88 to 0.32 lower)	⊕⊕⊕ MODERATE	
Quality of life (follow-up 12 to 14 months; measured with: overall quality of life and another scale from a diabetes trial; Better indicated by lower values)												
2	randomised trials	serious ³	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious ⁴	none	143	138	-	-	⊕⊕⊕ LOW	

Knowledge about diabetes (follow-up 4 to 6 months; Better indicated by lower values)												
3	randomised trials	very serious ⁵	no serious inconsistency	no serious indirectness	no serious imprecision	none	213	219	-	SMD 0.95 higher (0.72 to 1.18 higher)	⊕⊕OO LOW	
Coping (measured as empowerment/ self-efficacy) (follow-up mean 14 months; measured with: The diabetes empowerment scale; Better indicated by higher values)												
1	randomised trials	no serious limitations	no serious inconsistency	no serious indirectness	very serious ⁴	none	150	141	-	MD 0.3 higher (0.04 to 0.6 higher)	⊕⊕OO LOW	
Patient self care behaviour (measured as self-management of blood glucose) (follow-up mean 14 months; Better indicated by lower values)												
2	randomised trials	no serious limitations	no serious inconsistency	no serious indirectness	very serious ⁴	none	249	220	-	-	⊕⊕OO LOW	
Patient satisfaction (measured as treatment satisfaction) (follow-up mean 14 months; Better indicated by higher values)												
1	randomised trials	no serious limitations	no serious inconsistency	no serious indirectness	very serious ⁴	none	157	157	-	MD 3.7 higher (1.5 to 6 higher)	⊕⊕OO LOW	
Costs (health care utilization)												
2	no methodology chosen	-	-	-	-	-	-	-	-	One study estimated that group education demanded 196 minutes compared to 150 minutes. The second study reported use of 52 contact-hours over one year		

¹ Most of the studies had unclear random generation, and unclear allocation concealment. Three of the studies did not use ITT. The study with most weight in the analysis had lost 25% in the intervention group and 45% in the control group

² The analysis of seven studies in Deakin 2005 were consistent, when adding the new studies, we introduced heterogeneity, but clear conclusion remained and we did not downgrade..

³ One study of good quality, but the other study had unclear allocation concealment and no blinding

⁴ Imprecision: total population size is small

⁵ Two of the three studies had unclear randomization generation, all unclear allocation concealment, one of them had used ITT

Author(s): AA, AS & GEV

Date: 2010-02-10

Question: Should intensive group education vs brief group education be used for diabetic type 2?

Settings: Secondary care in Korea and community care in the USA

Bibliography: Loveman 2008

Quality assessment							Summary of findings				Importance
							No of patients		Effect		
No of studies	Design	Limitations	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	intensive group education	brief group education	Relative (95% CI)	Absolute	
Metabolic control (measured as HbA1c at 1 year) (follow-up mean 1 years; Better indicated by lower values)											
2	randomised trials	very serious ¹	no serious inconsistency	no serious indirectness ²	no serious imprecision	none	263	283	-	MD 0.25 lower (0.56 lower to 0.06 higher)	⊕⊕OO LOW

Quality of life (Better indicated by lower values)												
0	no evidence available	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Knowledge about diabetes (Better indicated by lower values)												
0	no evidence available	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Coping (Better indicated by lower values)												
0	no evidence available	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Patient self care behaviour (Better indicated by lower values)												
0	no evidence available	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Patient satisfaction (Better indicated by lower values)												
0	no evidence available	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cost (health care utilization) (Better indicated by lower values)												
0	no evidence available	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

¹ One study had unclear randomization, allocation concealment and no intention to treat analysis. The other failed allocation concealment and did not perform intention to treat analysis

² Participants were Mexican-American in one study and Koreans in the other

Author(s): AA and GEV

Date: 2010-03-04

Question: Should group education standard length vs standard care be used for schizophrenia?

Settings: Not reported

Bibliography: Pekkela 2006

Quality assessment							Summary of findings				Quality	Importance
							No of patients		Effect			
No of studies	Design	Limitations	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	group education standard length	standard care	Relative (95% CI)	Absolute		
Mental health (follow-up 2 months; measured with: Brief psychiatric rating scale; Better indicated by lower values)												
1	randomised trials	very serious ^{1,2}	no serious inconsistency	no serious indirectness	very serious ³	none	9	10	-	MD 0.06 lower (53 lower to 0.41 higher)	⊕000 VERY LOW	

Quality of life (follow-up 6 months; measured with: Heinrich's scale; range of scores: 0-126; Better indicated by lower values)												
1	randomised trials	very serious ^{1,2}	no serious inconsistency	no serious indirectness	Very serious ^{3,4}	none	53	61	-	MD 8.20 lower (14.78 to 1.62 lower)	⊕○○○ VERY LOW	
Knowledge about schizophrenia (follow-up 2 months; measured with: Knowledge of schizophreniad medication (SKQ); Better indicated by lower values)												
1	randomised trials	very serious ^{1,2}	no serious inconsistency	no serious indirectness	very serious ^{3,4}	none	9	10	-	MD 16.26 lower (22.72 to 9.8 lower)	⊕○○○ VERY LOW	
Coping (measured as sosial function) (follow-up 2 months; measured with: Social functions (SAS-II); Better indicated by lower values)												
1	randomised trials	very serious ^{1,2}	no serious inconsistency	no serious indirectness	very serious ³	none	9	10	-	MD 00.10 lower (0.37 lower to 0.17 higher)	⊕○○○ VERY LOW	
Patient self care (measured as medication use) (Better indicated by lower values)												
1	randomised trials	very serious ^{1,2}	no serious inconsistency	no serious indirectness	very serious ^{3,4}	none	7/41 (17.1%)	2/41 (4.9%)	RR 3.50 (0.77 to 15.85)	122 more per 1000 (from 11 fewer to 724 more)	⊕○○○ VERY LOW	
Patient satisfaction (measured as drop outs)												
4	randomised trials	serious ¹	no serious inconsistency	no serious indirectness	very serious ^{3,4}	none	35/140 (25%)	25/140 (17.9%)	RR 1.39 (0.89 to 2.18)	70 more per 1000 (from 20 fewer to 211 more)	⊕○○○ VERY LOW	
Health care utilisation (Rehospitalisations) (follow-up 18 months)												
1	randomised trials	very serious ^{1,2}	no serious inconsistency	no serious indirectness	very serious ³	none	9/41 (22%)	16/41 (39%)	RR 0.56 (0.28 to 1.12)	172 fewer per 1000 (from 281 fewer to 47 more)	⊕○○○ VERY LOW	

¹ Allocation concealment unclear

² Analysis of drop-outs inadequately described

³ Imprecision: total population size is small

⁴ Imprecision: there is considerable uncertainty associated with the effect estimate

Author(s): AA and GEV

Date: 2010-03-16

Question: Should brief group education vs standard care be used for schizophrenia?

Settings: Not reported
 Bibliography: Pekkala 2002

Quality assessment							Summary of findings				Quality	Importance
No of studies	Design	Limitations	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	No of patients		Effect			
							brief group education	standard care	Relative (95% CI)	Absolute		
Mental health (follow-up 12 months; measured with: BPRS; Better indicated by lower values)												
1	randomised trials	serious ¹	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious ²	none	79	80	-	MD 6 lower (9.15 to 2.85 lower)	⊕⊕OO LOW	
Quality of life (Better indicated by lower values)												
0	no evidence available	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Knowledge about schizophrenia (follow-up 4 months; measured with: KQ; Better indicated by lower values)												
1	randomised trials	serious ¹	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious ²	none	51	24	-	MD 12 lower (17.67 to 6.33 lower)	⊕⊕OO LOW	
Coping (follow-up 12 months; measured with: Global functioning average endpoint scores (GAF/ GAS); Better indicated by lower values)												
3	randomised trials	very serious ^{1,3}	serious ⁴	no serious indirectness	serious ²	none	127	133	-	MD 5.23 lower (8.76 to 1.71 lower)	⊕OOO VERY LOW	
Patient self care (measured as medication use) (follow-up 12 months; Better indicated by lower values)												
1	randomised trials	serious ¹	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious ²	none	81	82	-	MD 0.40 lower (0.62 to 0.18 lower)	⊕⊕OO LOW	
Patient satisfaction (measured as drop outs) (Any reason)												
4	randomised trials	very serious ^{1,3}	serious ⁴	no serious indirectness	very serious ^{2,5}	none	69/241 (28.6%)	63/216 (29.2%)	RR 0.97 (0.73 to 1.3)	9 fewer per 1000 (from 79 fewer to 87 more)	⊕OOO VERY LOW	
Health care utilisation (relapse/ readmission) (follow-up 1-12 months)												
5	randomised trials	very serious ^{1,3}	no serious inconsistency	no serious indirectness	no serious imprecision	none	153/326 (46.9%)	162/296 (54.7%)	RR 0.85 (0.74 to 0.98)	82 fewer per 1000 (from 11 fewer to 142 fewer)	⊕⊕OO LOW	

¹ Allocation concealment unclear

² Imprecision: total population size is small

³ Analysis of drop-outs inadequately described

⁴ Heterogeneity across studies

⁵ Imprecision: there is considerable uncertainty associated with the effect estimate

Author(s): AA and GEV

Date: 2010-03-20

Question: Should group based cognitive behavioural therapy based education vs standard care (including waiting list) be used for schizophrenia?

Settings: Australia, Germany and England

Bibliography: Lawrence 2006

Quality assessment							Summary of findings				Quality	Importance
No of studies	Design	Limitations	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	No of patients		Effect			
							group based CBT	standard care (including waiting list)	Relative (95% CI)	Absolute		
Mental health												
2	randomised trials	very serious ^{1,2,3}	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious ⁴	none	49 ¹	-	Both studies found statistical significant improvements in the intervention group		⊕○○○ VERY LOW	
Quality of life												
0	no evidence available	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Knowledge about schizophrenia												
0	no evidence available	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Coping (measured as social functioning)												
1	randomised trials	very serious ^{1,3,5}	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious ⁴	none	70 ¹	-	One study found statistical significant improvements in intervention group		⊕○○○ VERY LOW	
Patient self care (measured as medication use) (follow-up 6- 24 months)												
1	randomised trials	serious ³	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious ⁴	none	88 ¹	-	One study found no statistical significant difference between groups, but intervention group showed higher compliance ratings		⊕⊕○○ LOW	
Patient satisfaction (measured as drop-outs)												
0	no evidence available	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Health care utilisation (relapse/ rehospitalisation) (follow-up 6- 24 months)												
1	randomised trials	serious ³	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious ⁴	none	88 ¹	-	One study found no statistical significant difference between groups in relapse. No readmissions to hospital in intervention group compared to five in control group		⊕⊕○○ LOW	

¹ Analysis of drop-outs inadequately described, only total N reported.

² Participants in one study not randomised

³ Only partial or no allocation concealment

⁴ Total population size is small

⁵ Allocation concealment not done

Author(s): AA and GEV

Date: 2010-08-23

Question: Should group education (self-management) vs treatment as usual/ placebo intervention be used for rheumatism?

Settings: Not reported

Bibliography: Savelkoul 2003

Quality assessment							Summary of findings					Importance	
No of studies	Design	Limitations	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	No of patients		Effect		Quality		
							group education (self-management)	treatment as usual/ placebo intervention	Relative (95% CI)	Absolute			
Functional health status (global quality of life)													
6	randomised trials	very serious ¹	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious ³	none	(total n= 1178)	-	-	-	Four studies found improvements in the intervention groups (n= 443), five studies found no statistical significant difference between study groups (n=735).	⊕○○○ VERY LOW	
Pain													
0	no evidence available	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Coping													
1	randomised trials	very serious ¹	no serious inconsistency ²	no serious indirectness	serious ²	none	(total n=68)	-	-	-	One study found improvements in the intervention group (n=68) (p<0,05).	⊕○○○ VERY LOW	
Life satisfaction													
1	randomised trials	very serious ¹	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious ²	none	(total n=75)	-	-	-	One study found no statistical significant difference between study groups (n=75).	⊕○○○ VERY LOW	
Knowledge													
0	no evidence available	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Social support													

2	randomised trials	very serious ¹	no serious inconsistency	no serious indirectness	very serious ^{2,3}	none					One study found improvements in the intervention group (n=68) (p>0,05), one study found no statistical significant difference between study groups (n=96).	⊕○○○ VERY LOW	
Health care utilisation/ costs													
0	no evidence available	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

¹ Missing data and/ or inadequate allocation concealment, randomisation procedure, blinding, loss to follow up and other confounders

² Total population size is small and inadequately reported effect sizes

³ Imprecision: there is considerable uncertainty associated with the effect estimate

Author(s): AA and GEV

Date: 2010-08-23

Question: Should group education (cognitiv behavioural therapy) vs treatment as usual/ placebo treatment be used for rheumatism?

Settings: Not reported

Bibliography: Savelkoul 2003

Quality assessment							Summary of findings					Importance	
No of studies	Design	Limitations	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	No of patients		Effect		Quality		
							group education (cognitiv behavioural therapy)	treatment as usual/ placebo treatment	Relative (95% CI)	Absolute			
Functional health status (global quality of life)													
1	randomised trials	very serious ¹	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious ²	none	(total n=38)	-	-	-	One study found improvements in the intervention group (n=38) (p<0,05).	⊕○○○ VERY LOW	
Pain													
0	no evidence available	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Coping													
0	no evidence available	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Life satisfaction												
0	no evidence available	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Knowledge												
0	no evidence available	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Social support												
2	randomised trials	very serious ¹	no serious inconsistency	no serious indirectness	no serious imprecision ²	none	(total n=401)	-	-	-	Two studies found no statistical significant difference between study groups (n=401).	⊕⊕⊕⊕ LOW
Health care utilisation/ costs												
0	no evidence available	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

¹ Missing data and or inadequate allocation concealment, randomisation procedure, blinding, loss to follow up and other confounders

² Total population size is small and inadequately reported effect sizes

Author(s): AA and GEV

Date: 2010-08-23

Question: Should group education (education support groups) vs treatment as usual/ placebo treatment be used for rheumatism?

Settings: Not reported

Bibliography: Savelkoul 2003

Quality assessment							Summary of findings				Importance	
No of studies	Design	Limitations	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	No of patients		Effect			Quality
							group education (education support groups)	treatment as usual/ placebo treatment	Relative (95% CI)	Absolute		
Functional health status												
3	randomised trials	very serious ¹	no serious inconsistency	no serious indirectness	Very serious ^{2,3}	none	(total n=130)	-	-	-	One study found improvements in the intervention group (n=10), (p<0,05), two studies found no statistical significant	⊕⊕⊕⊕ VERY LOW

										difference between study groups (n=120)		
Pain												
0	no evidence available	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Coping												
2	randomised trials	very serious ¹	no serious inconsistency	no serious indirectness	very serious ^{2,3}	none	(total n=60)	-	-	-	One study found improvements in the intervention group (n=10) (p<0,05), one study found no statistical significant difference between study groups (n=50)	⊕○○○ VERY LOW
Life satisfaction												
1	randomised trials	very serious ¹	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious ²	none	(total n=70)				One study found no statistical significant difference between study groups (n=70)	⊕○○○ VERY LOW
Knowledge												
0	no evidence available	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Social support												
1	randomised trials	very serious ¹	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious ²	none	(total n=50)				One study found no statistical significant difference between study groups (n=50)	⊕○○○ VERY LOW
Health care utilisation/ costs												
0	no evidence available	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

¹ Missing data and or inadequate allocation concealment, randomisation procedure, blinding, loss to follow up and other confounders

² Total population size is small and inadequately reported effect sizes

³ Imprecision: there is considerable uncertainty associated with the effect estimate

Author(s): AA and GEV

Date: 2011-02-07

Question: Should group self-management interventions vs treatment as usual be used for arthritis?

Settings: UK and USA

Bibliography: Foster 2009

Quality assessment							Summary of findings					Importance
No of studies	Design	Limitations	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	No of patients		Effect		Quality	
							group self-management interventions	treatment as usual	Relative (95% CI)	Absolute		
Pain (follow-up 6 months; Better indicated by lower values)												
4	randomised trials	serious ¹	serious ²	no serious indirectness	no serious imprecision	none	800	650	-	SMD 0.10 lower (0.29 lower to 0.09 higher)	⊕⊕○○ LOW	
Self-efficacy/ management of pain, symptom/ condition (follow-up 6 months; Better indicated by lower values)												
3	randomised trials	serious ³	no serious inconsistency	no serious indirectness	no serious imprecision	none	786	635	-	SMD 0.35 lower (0.46 to 0.24 lower)	⊕⊕⊕○ MODERATE	
Disability/impaired physical function (follow-up mean 6 months; Better indicated by lower values)												
4	randomised trials	serious ¹	serious ²	no serious indirectness	no serious imprecision	none	806	670	-	SMD 0.05 lower (0.20 lower to 0.09 higher)	⊕⊕○○ LOW	
Depression (follow-up 6 months; Better indicated by lower values)												
3	randomised trials	serious ³	serious ²	no serious indirectness	no serious imprecision	none	788	638	-	SMD 0.22 lower (0.34 to 0.09 lower)	⊕⊕○○ LOW	
Aerobic exercise (follow-up 6 months; Better indicated by lower values)												
2	randomised trials	very serious ⁴	serious ²	no serious indirectness	serious ⁵	none	216	126	-	SMD 0.38 lower (1.09 lower to 0.32 higher)	⊕○○○ VERY LOW	
Use of health care services (GP visits) (follow-up 6 months; Better indicated by lower values)												
3	randomised trials	serious ⁶	serious ⁷	no serious indirectness	no serious imprecision	none	302	204	-	SMD 0.04 higher (0.14 lower to 0.22 higher)	⊕⊕○○ LOW	
Communication with health professionals (follow-up 6 months; Better indicated by lower values)												
1	randomised trials	no serious limitations	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious ⁸	none	311	233	-	SMD 0.28 lower (0.45 to 0.10 lower)	□□□□ MODERATE	

¹ Two studies of high quality, two studies of uncertain quality

² Uncertainty about the magnitude of effect

³ Two studies of high quality, one study of uncertain quality

⁴ Two studies of uncertain quality

⁵ Few participants and confidence interval includes both no effect as well as important benefits

⁶ Two studies had uncertain quality, one study had high quality

⁷ Uncertainty about direction of effect, point estimates are compatible with benefit and harm

⁸ Only one study included with few participants included

Author(s): AA and GEV

Date: 2010-05-24

Question: Should group education vs treatment as usual be used for patients with cancer?

Settings: Unclear

Bibliography: Zabelgui 2005

Quality assessment							Summary of findings					Importance
No of studies	Design	Limitations	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	No of patients		Effect		Quality	
							group education	treatment as usual	Relative (95% CI)	Absolute		
Survival (measured with: months of surviving since beginning in study; Better indicated by higher values)												
3	randomised trials	no serious limitations	no serious inconsistency ¹	no serious indirectness	serious ²	none	142	134	-	SMD 0.22 higher (0.24 lower to 0.68 higher)	⊕⊕⊕○ MODERATE	
Depression (follow-up mean 14 weeks; measured with: Profile of mood states, subscale depression-dejection; Better indicated by lower values)												
7	randomised trials	no serious limitations	serious ³	no serious indirectness	no serious imprecision	none	(total n=543)	-	-	SMD 1.04 lower (1.76 to 0.31 lower)	⊕⊕⊕○ MODERATE	
Anxiety (follow-up mean 14 weeks; measured with: Profile of mood states, subscale strain-anxiety; Better indicated by lower values)												
7	randomised trials	no serious limitations	serious ³	no serious indirectness	no serious imprecision	none	(total n=543)	-	-	SMD 1.02 lower (2.25 to 0.09 lower)	⊕⊕⊕○ MODERATE	
Coping (adaption) (follow-up mean 14 weeks; Better indicated by lower values)												
8	randomised trials	no serious limitations	serious ³	no serious indirectness	no serious imprecision	none	(total n=819)	-	-	SMD 0.61 lower (1.04 to 0.18 lower)	⊕⊕⊕○ MODERATE	
Quality of life (follow-up mean 14 weeks; Better indicated by lower values)												
6	randomised trials	no serious limitations	serious ³	no serious indirectness	no serious imprecision	Upgraded based on large effect ⁴	269	273	-	SMD 1.14 lower (1.89 to 0.38 lower)	⊕⊕⊕○ MODERATE	
Marital relationship (follow-up mean 14 weeks; Better indicated by lower values)												
2	randomised trials	no serious limitations	no serious inconsistency	no serious indirectness	no serious imprecision ⁵	none	(total n=116)	-	-	SMD 1.63 lower (2.16 to 1.09 lower)	⊕⊕⊕⊕ HIGH	
Health care utilisation/ costs												
0	no evidence available	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

¹ Not reported

² Total population size is small

³ The Chi-squared test for heterogeneity showed there is significant heterogeneity

⁴ >0.70 represents a large effect

⁵ Total population size is small but with large effect

Author(s): AA and GEV

Date: 2010-06-01

Question: Should online group education vs treatment as usual be used for patients with cancer?

Settings: Unclear

Bibliography: Klemm 2003

Quality assessment							Summary of findings				Importance	
No of studies	Design	Limitations	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	No of patients		Effect			Quality
							online group education	treatment as usual	Relative (95% CI)	Absolute		
Patient satisfaction (Better indicated by higher values)												
1	observational studies	no serious limitations	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious ¹	none	20	0	-	Rated as very valuable	⊕○○○ VERY LOW	
Survival												
0	no evidence available	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mental health												
0	no evidence available	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Patient satisfaction												
0	no evidence available	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Coping												
0	no evidence available	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Quality of life												
0	no evidence available	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Health care utilisation/ costs												
0	no evidence available	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

¹ Total population size is small

Author(s): AS and AA

Date: 2010-05-20

Question: Should group psychological interventions vs usual care be used for women with metastatic breast cancer?

Settings: Canada, Australia, USA

Bibliography: Edwards 2008

Quality assessment							Summary of findings				Quality	Importance
No of studies	Design	Limitations	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	No of patients		Effect			
							group psychological interventions	Usual care	Relative (95% CI)	Absolute		
Survival (follow-up mean 1 years; Still alive)												
4	randomised trials	serious ¹	serious ²	no serious indirectness	no serious imprecision	none	206/300 (68.7%)	148/211 (70.1%)	OR 1.13 (0.73 to 1.74)	25 more per 1000 (from 70 fewer to 102 more)	⊕⊕OO LOW	
Mental health (Profile of Mood States) (follow-up 10-12 months; Better indicated by lower values)												
2	randomised trials	serious ¹	serious ²	no serious indirectness	serious ³	none	118	59	-	MD 29.28 lower (32.9 to 26.37 lower)	⊕OOO VERY LOW	
Quality of Life (follow-up mean 12 months; measured with: EORTC QoL-C30; Better indicated by lower values)												
1	randomised trials	no serious limitations	no serious inconsistency ³	no serious indirectness	serious ³	none	145	70	-	MD 0.9 higher (5.51 lower to 7.31 higher)	⊕⊕⊕O MODERATE	
Patient satisfaction												
0	no evidence available	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Coping												
0	no evidence available	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pain (follow-up mean 1 years; measured with: VAS; range of scores: 0-10; Better indicated by lower values)												
2	randomised trials	serious ¹	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious ³	none	129	68	-	MD 0.75 lower (0.86 to 0.63 lower)	⊕⊕OO LOW	
Health care utilisation/ costs												
0	no evidence available	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

¹ Unclear allocation concealment

² Moderat to high hetrogeneity

³ Total population size is small, with small or varying effect sizes

Author(s): AA and GEV

Date: 2010-06-24

Question: Should Group education vs No treatment be used for cancer related fatigue?

Settings: Not reported

Bibliography: Jacobsen 2007

Quality assessment							Summary of findings				Quality	Importance	
No of studies	Design	Limitations	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	No of patients		Effect				
							Group education	No treatment	Relative (95% CI)	Absolute			
Fatigue (Better indicated by higher values)													
9	randomised trials	serious ¹	no serious inconsistency	no serious indirectness	no serious imprecision	none	473	368	-	SMD 0.15 higher (0.1 to 0.28 higher)	⊕⊕⊕○ MODERATE		
Quality of life (measured as vigor) (Better indicated by higher values)													
7	randomised trials	serious ¹	no serious inconsistency	no serious indirectness	no serious imprecision	none	281	264	-	SMD 0.16 higher (0.01 lower to 0.33 higher)	⊕⊕⊕○ MODERATE		
Knowledge													
0	no evidence available	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Patient satisfaction													
0	no evidence available	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Coping													
0	no evidence available	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Health care utilisation/ cost													
0	no evidence available	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

¹ Inadequately reported, but 82% were rated as fair quality

Author(s): AA and GEV

Date: 2010-06-23

Question: Should group education with focus on stress coping skills vs treatment as usual be used for patients with neck pain?

Settings: Not reported

Bibliography: Haines 2009

Quality assessment							Summary of findings					Quality	Importance
No of studies	Design	Limitations	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	No of patients		Effect				
							Group education with focus on stress coping skills	Treatment as usual	Relative (95% CI)	Absolute			
Pain (follow-up 7 weeks; Not reported)													
1	randomised trials	very serious ¹	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious ²	none	41/56 (73.2%)	45/57 (78.9%)	RR 0.93 (0.75 to 1.14)	55 fewer per 1000 (from 197 fewer to 111 more)	⊕○○○ VERY LOW		
Quality of life													
0	no evidence available	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Knowledge													
0	no evidence available	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Coping													
0	no evidence available	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Patient self care													
0	no evidence available	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Patient satisfaction													
0	no evidence available	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Health care utilisation/ costs													
0	no evidence available	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

¹ Allocation concealment, appropriate randomisation and intention-to-treat analysis not reported or not done.

² Total population size is small

Author(s): AA and GEV

Date: 2010-06-23

Question: Should group education (neck school) vs no treatment be used for patients with neck pain?

Settings: Not reported

Bibliography: Haines 2009

Quality assessment							Summary of findings					Importance
No of studies	Design	Limitations	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	No of patients		Effect		Quality	
							group education (neck school)	no treatment	Relative (95% CI)	Absolute		
Pain (follow-up 4 weeks; measured with: Visual analogue scale (VAS) for pain; Better indicated by lower values)												
1	randomised trials	very serious ¹	no serious inconsistency	no serious indirectness	very serious ²	none	23	21	-	SMD 0.09 higher (0.50 lower to 0.68 higher)	⊕○○○ VERY LOW	
Quality of life (sick days) (follow-up 6 months)												
1	randomised trials	very serious ¹	no serious inconsistency	no serious indirectness	very serious ²	none	Total n not reported	-	-	No statistical significant difference between study groups.	⊕○○○ VERY LOW	
Knowledge about ergonomics												
1	randomised trials	very serious ¹	no serious inconsistency	no serious indirectness	very serious ²	none	Total n not reported	-	-	No statistical significant difference between study groups.	⊕○○○ VERY LOW	
Coping												
0	no evidence available	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Patient self care												
0	no evidence available	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Patient satisfaction												
0	no evidence available	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Health care utilisation (follow-up 4 weeks)												
1	randomised trials	very serious ¹	no serious inconsistency	no serious indirectness	very serious ²	none	6/26 (23.1%)	3/25 (12%)	RR 1.92 (0.54 to 6.87)	110 more per 1000 (from 55 fewer to 704 more)	⊕○○○ VERY LOW	

¹ Allocation concealment, appropriate randomisation and intention-to-treat analysis not reported or not done.

² Total population size is small and there are wide confidence intervals or no confidence intervals reported.

Author(s): AA and GEV

Date: 2010-06-25

Question: Should group education vs no treatment/ placebo be used for chronic low back pain?

Settings: Netherlands, Finland, Israel and Sweden

Bibliography: Cohen 1994

Quality assessment							Summary of findings					Importance	
No of studies	Design	Limitations	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	No of patients		Relative (95% CI)	Effect			Quality
							Group education	No treatment/ placebo		Absolute			
Pain intensity													
4	randomised trials	very serious ¹	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious ³	none	(total n=486)	-	-	One study found improvements in the intervention group (n=48)(p<0.05), two studies found no difference between study groups (n=398). One study found improvements in the treatment/placebo group although these were not statistical significant		⊕000 VERY LOW	
Pain duration													
1	randomised trials	very serious ¹	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious ²	none	(total n=45)	-	-	One study found improvements in the intervention group although these were not statistical significant (n=45).		⊕000 VERY LOW	
Spinal mobility													
2	randomised trials	very serious ¹	no serious inconsistency	no serious indirectness	very serious ^{2,3}	none	(total n=190)	-	-	One study found no difference between study groups (n=48), one study found improvements in the intervention group although these were not statistical significant (n=142).		⊕000 VERY LOW	
Sick leave													
0	no evidence available	-	-	-	-	-	-	-	-	-		-	-
Functional status													
4	randomised trials	very serious ¹	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious ³	none	(total n=486)	-	-	One study found improvements in the intervention group although these were not statistical significant (n=48), three studies found no difference between study groups (n=438).		⊕000 VERY LOW	
Knowledge													
0	no evidence available	-	-	-	-	-	-	-	-	-		-	-
Health care utilisation													
0	no evidence	-	-	-	-	-	-	-	-	-		-	-

	available											
--	-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

¹ Poorly reported but half of the studies were rated as below 5 on a scale from 0 to 10. The other half was between 5 and 7.

² Total population size is small.

³ Imprecision: there is considerable uncertainty associated with the effect estimate

Author(s): AA and GEV

Date: 2010-06-25

Question: Should group education vs other treatment be used for chronic low back pain?

Settings: Israel, Netherlands, Sweden, England and Norway

Bibliography: Cohen 1994

Quality assessment							Summary of findings				Importance	
No of studies	Design	Limitations	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	No of patients		Effect			Quality
							Group education	Other treatment	Relative (95% CI)	Absolute		
Pain intensity												
3	randomised trials	very serious ¹	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious ²	none	(total n=182)			Three studies found no difference between study groups (n=182).	⊕○○○ VERY LOW	
Pain duration												
1	randomised trials	very serious ³	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious ²	none	(total n=45)			One study found no difference between study groups (n=45).	⊕○○○ VERY LOW	
Spinal mobility												
1	randomised trials	serious ⁴	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious ²	none	(total n=142)	-	-	One study found improvements in the group that received other treatment (calisthenics) (p<0,05) (n=142)	⊕⊕○○ LOW	
Sick leave												
0	no evidence available	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Functional status												
2	randomised trials	very serious ³	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious ²	none	(total n=137)	-	-	One study found no difference between study groups (n=45), one study found improvements in the intervention group although these were not statistical significant en studie (n=92)	⊕○○○ VERY LOW	

Knowledge												
1	randomised trials	very serious ³	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious ²	none	(total n=92)	-	-	-	One study found no difference between study groups (n=92)	⊕○○○ VERY LOW
Health care utilisation/ costs												
0	no evidence available	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

¹ Poorly reported but half of the studies were rated as below 5 on a scale from 0 to 10, the other half as between 5 and 7.

² Total population size is small

³ Poorly reported but rated as 5 or lower on a scale from 0 to 10

⁴ Poorly reported but rated as between 5-7 on a scale from 0 to 10.

Author(s): AA and GEV

Date: 2010-06-25

Question: Should group education vs no treatment/placebo be used for acute low back pain?

Settings: Sweden and USA

Bibliography: Cohen 1994

Quality assessment							Summary of findings					Importance
No of studies	Design	Limitations	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	No of patients		Effect		Quality	
							Group education	No treatment/placebo	Relative (95% CI)	Absolute		
Pain intensity												
2	randomised trials	Serious limitations	no serious inconsistency	no serious indirectness	Serious imprecision	none	(total n=464)	-	-	-	Two studies found improvements in the intervention group, but the results were not statistically significant (n=464)	⊕⊕○○ LOW
Pain duration												
1	randomised trials	no serious limitations	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious ¹	none	(total n=217)	-	-	-	One study found improvements in the intervention group (p<0,05) (n=217)	⊕⊕○○ LOW
Spinal mobility												
0	no evidence available	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sick leave												

1	randomised trials	no serious limitations	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious ¹	none	(total n=217)	-	-	-	One study found improvements in the intervention group (p<0,05) (n=217)	⊕⊕⊕⊕ LOW	
Functional status													
0	no evidence available	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Knowledge													
0	no evidence available	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Health care utilisation													
0	no evidence available	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

¹ Total population size is small. ² Poorly reported quality evaluations and uncertainty regarding estimates and confidence intervals

Author(s): AA and GEV

Date: 2010-06-25

Question: Should group education vs other treatment be used for acute low back pain?

Settings: Sweden

Bibliography: Cohen 1994

Quality assessment							Summary of findings				Quality	Importance	
No of studies	Design	Limitations	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	No of patients		Effect				
							Group education	Other treatment	Relative (95% CI)	Absolute			
Pain intensity													
2	randomised trials	serious ¹	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious ²	none	(total n=317)	-	-	-	Two studies found improvements in the group that received other treatment but the results were not statistical significant (n=317).	⊕⊕⊕⊕ LOW	
Pain duration													
1	randomised trials	serious ¹	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious ²	none	(total n=217)	-	-	-	One study found improvements in the intervention group but the results were not statistical significant (n=217).	⊕⊕⊕⊕ LOW	
Spinal mobility													

1	randomised trials	very serious ³	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious ²	none	(total n=100)			One study found improvements in the group that received other treatment but the results were not statistically significant (n=100).	⊕○○○ VERY LOW	
Sick leave												
2	randomised trials	serious ¹	no serious inconsistency	no serious indirectness	very serious ^{2,4}	none	(total n=317)			One study found improvements in the intervention group (n=217), one study found improvements in the group that received other treatment (n=100). However, none of these results were statistically significant.	⊕○○○ VERY LOW	
Functional status												
0	no evidence available	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Knowledge												
0	no evidence available	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Health care utilisation/ costs												
0	no evidence available	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

¹ Poorly reported but one study were rated as below 5 on a scale from 0 to 10, the other study as 9, 5.

² Total population size is small

³ Poorly reported but rated as below 5 on a scale from 0 to 10.

⁴ Imprecision: there is considerable uncertainty associated with the effect estimate

Author(s): AA and GEV

Date: 2010-03-21

Question: Should group programme vs individual therapy (same content) be used for smoking cessation?

Settings: Spaine, USA and Northern Irland

Bibliography: Stead 2005

Quality assessment							Summary of findings				Importance	
No of studies	Design	Limitations	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	No of patients		Effect			Quality
							group programme	individual therapy (same content)	Relative (95% CI)	Absolute		
Patient self care (measured as smoking cessation) (follow-up 6- 12 months)												
3	randomised trials	serious ¹	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious ²	none	25/186 (13.4%)	17/161 (10.6%)	RR 1.25 (0.72 to 2.17)	26 more per 1000 (from 30 fewer to 124 more)	⊕⊕○○ LOW	
Quality of life												
0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Knowledge												
0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Coping												
0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Patient satisfaction												
0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
0	no evidence available	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Health care utilisation/ costs												
0	no evidence available	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

¹ Allocation concealment unclear

² Total population size is small

Author(s): AA and GEV

Date: 2010-03-21

Question: Should group programmes vs self help programme (same content) be used for smoking cessation?

Settings: USA

Bibliography: Stead 2005

Quality assessment							Summary of findings					Importance
No of studies	Design	Limitations	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	No of patients		Effect		Quality	
							group programmes	self help programme (same content)	Relative (95% CI)	Absolute		
Patient self care (measured as smoking cessation) (follow-up 6- 12 months)												
8	randomised trials	serious ¹	no serious inconsistency	no serious indirectness	no serious imprecision	strong association ²	158/1357 (11.6%)	57/1034 (5.5%)	RR 2.64 (1.95 to 3.56)	90 more per 1000 (from 52 more to 141 more)	⊕⊕⊕⊕ HIGH	
Quality of life												
0	no evidence available	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Knowledge												
0	no evidence available	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Coping												
0	no evidence available	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Patient satisfaction												
0	no evidence available	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Health												
0	no evidence available	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Health care utilisation/ costs												
0	no evidence available	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

¹ Allocation concealment unclear

² The effect was large (RR >2.0) with no plausible confounders

Author(s): AA and GEV

Date: 2010-03-21

Question: Should group programmes vs no intervention be used for smoking cessation?

Settings: USA, France, Canada, Hong Kong and China

Bibliography: Stead 2005

Quality assessment							Summary of findings				Importance
							No of patients		Effect		
No of studies	Design	Limitations	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	group programmes	no intervention	Relative (95% CI)	Absolute	
Patient self care (measured as smoking cessation) (follow-up 6-12 months)											
8	randomised trials	serious ¹	serious ²	no serious indirectness	no serious imprecision	strong association ³	115/594 (19.4%)	29/446 (6.5%)	RR 2.71 (1.84 to 3.97)	111 more per 1000 (from 55 more to 193 more)	⊕⊕⊕○ MODERATE
Quality of life											
0	no evidence available	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Knowledge											
0	no evidence available	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Coping											
0	no evidence available	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Patient satisfaction											
0	no evidence available	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Health											
0	no evidence available	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Health care utilisation/ costs											
0	no evidence available	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

¹ Allocation concealment unclear

² Large heterogeneity, uncertainty about magnitude of effect

³ The effect was large (RR >2.0) with no plausible confounders

Author(s): AA and GEV

Date: 2010-03-21

Question: Should group programmes with nicotine replacement therapy vs nicotine replacement therapy alone be used for smoking cessation?

Settings: USA and Brasil

Bibliography: Stead 2005

Quality assessment							Summary of findings					Importance
No of studies	Design	Limitations	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	No of patients		Effect		Quality	
							group programmes with nicotine replacement therapy	nicotine replacement therapy alone	Relative (95% CI)	Absolute		
Patient self care (measured as smoking cessation) (follow-up 26-52 weeks)												
3	randomised trials	serious ¹	no serious inconsistency	no serious indirectness	no serious imprecision	none	198/638 (31%)	115/413 (27.8%)	RR 1.08 (0.88 to 1.31)	22 more per 1000 (from 33 fewer to 86 more)	⊕⊕⊕○ MODERATE	
Quality of life												
0	no evidence available	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Knowledge												
0	no evidence available	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Coping												
0	no evidence available	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Patient satisfaction												
0	no evidence available	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Health												
0	no evidence available	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Health care utilisation/ costs												
0	no evidence available	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

¹ Allocation concealment unclear

Author(s): AA and GEV, Date: 2010-04-19

Question: Should group maternal education vs routine care be used for child birth and parenthood?

Settings: Teheran, Iran

Bibliography: Gagnon 2007

Quality assessment							Summary of findings					Importance
No of studies	Design	Limitations	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	No of patients		Effect		Quality	
							group maternal education	routine care	Relative (95% CI)	Absolute		
Back or pelvic pain during labour												
1	randomised trials	serious ¹	no serious inconsistency	serious ²	serious ³	none	46/100 (46%)	66/100 (66%)	RR 0.70 (0.54 to 0.9)	198 fewer per 1000 (from 66 fewer to 304 fewer)	⊕○○○ VERY LOW	
Length of labour (Better indicated by lower values)												
1	randomised trials	serious ¹	no serious inconsistency	serious ²	serious ³	none	100	100	-	MD 1.1 lower (1.64 to 0.56 lower)	⊕○○○ VERY LOW	
Birthweight (Better indicated by higher values)												
1	randomised trials	serious ¹	no serious inconsistency	serious ²	very serious ^{3,4}	none	100	100	-	MD 14.00 higher (55.11 lower to 83.11 higher)	⊕○○○ VERY LOW	
Vaginal delivery												
1	randomised trials	serious ¹	no serious inconsistency	serious ²	serious ³	none	97/100 (97%)	90/100 (90%)	RR 1.08 (1 to 1.16)	72 more per 1000 (from 0 more to 144 more)	⊕○○○ VERY LOW	
Quality of life (increased daily activity)												
1	randomised trials	serious ¹	no serious inconsistency	serious ²	serious ³	none	41/100 (41%)	32/100 (32%)	RR 1.28 (0.88 to 1.85)	90 more per 1000 (from 38 fewer to 272 more)	⊕○○○ VERY LOW	
Patient satisfaction												
0	no evidence available	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Health care utilisation/ costs												
0	no evidence available	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

¹ Allocation concealment and randomisation procedure unclear

² Only one study from Teheheran, Iran

³ Total population size is small

⁴ The estimate includes both appreciable harm and benefit

Author(s): AA and GEV

Date: 2011-02-07

Question: Should group self- management vs treatment as usual be used for chronic conditions?

Settings: China, UK, USA,

Bibliography: Foster 2009

Quality assessment							Summary of findings				Quality	Importance
No of studies	Design	Limitations	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	No of patients		Effect			
							group self- management	treatment as usual	Relative (95% CI)	Absolute		
Pain (follow-up 6 months; Better indicated by lower values)												
6	randomised trials	very serious ¹	no serious inconsistency	no serious indirectness	no serious imprecision	none	1750	1425	-	SMD 0.10 lower (0.17 to 0.03 lower)	⊕⊕○○ LOW	
Self-efficacy/ management of pain, symptom/ condition (follow-up 6 months; Better indicated by lower values)												
5	randomised trials	very serious ²	no serious inconsistency	no serious indirectness	no serious imprecision	none	1145	1101	-	SMD 0.26 lower (0.43 to 0.09 lower)	⊕⊕○○ LOW	
Health distress (follow-up 6 months; Better indicated by lower values)												
4	randomised trials	very serious ³	no serious inconsistency	no serious indirectness	no serious imprecision	none	1458	1135	-	SMD 0.25 lower (0.34 to 0.15 lower)	⊕⊕○○ LOW	
Disability/ impaired physical function (follow-up 6 months; Better indicated by lower values)												
3	randomised trials	very serious ⁴	no serious inconsistency	no serious indirectness	no serious imprecision	none	1027	760	-	SMD 0.20 lower (0.30 to 0.11 lower)	⊕⊕○○ LOW	
Aerobic exercise (follow-up 6 months; Better indicated by lower values)												
4	randomised trials	very serious ³	no serious inconsistency	no serious indirectness	no serious imprecision	none	1479	1161	-	SMD 0.19 lower (0.27 to 0.11 lower)	⊕⊕○○ LOW	
Use of health care services (GP visits) (follow-up 6 months; Better indicated by lower values)												
5	randomised trials	very serious ²	no serious inconsistency	no serious indirectness	no serious imprecision	none	1719	1402	-	SMD 0.04 lower (0.11 lower to 0.03 higher)	⊕⊕○○ LOW	
Communication with health professionals (follow-up 6 months; Better indicated by lower values)												
5	randomised trials	very serious ²	no serious inconsistency	no serious indirectness	no serious imprecision	none	1678	1630	-	SMD 0.13 lower (0.24 to 0.01 lower)	⊕⊕○○ LOW	

¹ Two studies of intermediate quality, four studies of uncertain quality

² Two studies of intermediate quality, three studies of uncertain quality

³ One study of intermediate quality, three studies with uncertain quality

⁴ All studies had uncertain quality