

KOLS, helsekompetanse og egenomsorg

Den eldre pasient i primærhelsetjenesten, en scoping review

Maria Elisabeth Harr

Avansert geriatrisk sykepleie
30 studiepoeng

Institutt for helse og samfunn, Avdeling for folkehelsevitenskap

Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet



Tittel: KOLS, helsekompetanse og egenomsorg

Forfatterens navn: Maria Elisabeth Harr

Akademisk tittel: Sykepleier

Arbeidsted: Evenes omsorgssenter, Bjellgamveien 5, 8534 Liland i Ofoten

For- og etternavn: Maria Elisabeth Harr

E-postadresse: harrmaria@hotmail.com

Telefonnummer: +4798823559

Antall tegn: 8680

Antall ord: 3091

Antall figurer: 1

Antall tabeller: 2

Antall vedlegg: 3



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTETET
Institutt for helse og samfunn, Avdeling for folkehelsevitenskap.
Boks 1130 Blindern, 0318 Oslo

| | |
|--|----------------------------|
| Navn: Maria Elisabeth Harr | Dato: 06.11.2023 |
| Tittel og undertittel: KOLS, helsekompetanse og egenomsorg - Den eldre pasient i primærhelsetjenesten | |
| Sammendrag: Bakgrunn Det blir stadig flere eldre mennesker. Dermed stiger også antallet syke og sårbare. Mange pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) mottar tjenester i primærhelsetjenesten, hvor symptombelastningen medfører at mange trenger støtte til å finne måter å styrke sin egenomsorg på. Sykdommen kan medføre symptomer som blant annet pustløshet, angst, energiløshet, depresjon, smerte og søvnproblemer. Hensikt Hensikten med denne studien var å identifisere innhold i eksisterende helsekompetanseintervensjoner med fokus på å styrke egenomsorg hos eldre personer med KOLS. Problemstilling: Hvilke komponenter er beskrevet i eksisterende helsekompetanseintervensjoner, og hvilken betydning har komponentene for å styrke egenomsorg hos eldre med KOLS? Metode I denne studien ble det gjennomført en scoping review etter metodikken beskrevet av Joanna Briggs Institute (JBI). Denne metoden har som mål å skaffe en bred beskrivelse av litteraturen innenfor det temaet som er valgt. Søket ble gjennomført i PubMed og CINAHL. Resultat Syv studier ble inkludert og totalt ble 791 pasienter med KOLS inkludert. Alle de inkluderte studiene inneholder intervensjoner som ble utført av helsepersonell i primærhelsetjenesten. Studiene viser viktigheten ved det relasjonelle og individuelle aspektet i helsekompetanseintervensjoner. Vurderingsverktøy ble benyttet før og etter intervensjonene for å adressere problemområder og utvikle intervensjonene, symptomkartlegging og måle effekten av de ulike intervensjonene. Konklusjon Det eksisterer helsekompetanseintervensjoner som fokuserer på å styrke egenomsorg hos pasienter med KOLS. Studien viser at helsekompetanseperspektivet i intervensjoner for pasienter med KOLS er av stor betydning og at de individuelle og relasjonelle aspektene er viktige elementer i utformingen av disse. I tillegg er helsepersonells bruk av validerte vurderingsverktøy av betydning for styrking av egenomsorg hos eldre personer med KOLS. | |
| Nøkkelord: Systematisk litteratursøk, individuelle aspekt, relasjonelle aspekt, validerte vurderingsverktøy | |



| | |
|---|----------------------------|
| Name: Maria Elisabeth Harr | Date: 06.11.2023 |
| Title and subtitle: COPD, health literacy and selfcare - The elderly patient in primary care | |
| <u>Abstract:</u> Background The number of elderly people is ever increasing, thus increasing the number of people who are vulnerable and ill. Among them, there are many patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) who are given primary health care services and need support to strengthen their own self-care, as the disease's symptoms make the latter challenging. COPD is known to inflict symptoms such as dyspnea, anxiety, lethargy, depression, pain, and sleeping disorders. Purpose The purpose of this study was to identify the content of existing health literacy interventions with focusing on strengthening self-care in older people with COPD. Research problem: Which components are described in health literacy interventions, and what significance do the components have for strengthening self-care in elderly people with COPD? Method This study has conducted a scoping review according to the Joanna Briggs Institute manual. This method aims to obtain a broad description of the literature within the chosen topic. The search was performed in PubMed and CINAHL. Results Seven studies were included, comprising 791 patients diagnosed with COPD. All of the included studies contain interventions which were performed by professionals from the primary healthcare. The studies demonstrate the importance of relational and individual aspects in healthcare interventions. Surveys were used prior and after the interventions to address the issues, develop the interventions, assess symptoms, and measure the effect of the interventions. Conclusion There exist health literacy interventions which focus on fostering self-care of COPD patients. The present study demonstrates that health literacy interventions targeting COPD patients are significant, moreover that individual and relational aspects are essential in their design. Furthermore, healthcare professionals' utilization of validated assessment forms is of significance for improving self-care for elderly COPD patients. | |
| Key words: Systematic literature search, individual aspects, relational aspects, validated assessment forms | |

| | |
|---|----|
| Introduksjon | 2 |
| Hensikt | 3 |
| Metode | 3 |
| Litteratursøk | 4 |
| Tabell 1. PCC-skjema | 4 |
| Inklusjons- og eksklusjonskriterier | 4 |
| Utvelgelsesprosessen | 5 |
| Figur 1. Utvelgelsesprosess | 5 |
| Datakartlegging og analyse | 6 |
| Ethiske overveielser | 6 |
| Resultat | 7 |
| Presentasjon av studiene | 7 |
| Verktøy som anvendes i studiene | 8 |
| Individuelle pasientbehov | 9 |
| Relasjonelle aspekter med helsepersonell | 9 |
| Diskusjon | 10 |
| Verktøy | 10 |
| Individuelle pasientbehov og helsekompetanse | 11 |
| Relasjonelle aspekter med helsepersonell i et helsekompetanseperspektiv | 11 |
| Studiens styrker og svakheter | 12 |
| Konklusjon | 12 |
| Litteraturliste | 13 |
| Hva studien tilfører av ny kunnskap | 17 |
| Vedlegg | 18 |
| <i>Tabell 2: Sammendragstabell</i> | 18 |
| Sjekkliste PRISMA-ScR | 23 |
| Forfatterveiledning Sykepleien Forskning | 25 |

Sammendrag:

III

Nøkkelord: Scoping review, individuelle aspekt, relasjonelle aspekt, verktøy III

Sammendrag:

Bakgrunn

Det blir stadig flere eldre mennesker. Dermed stiger også antallet syke og sårbare. Mange pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) mottar tjenester i primærhelsetjenesten, hvor symptombelastningen medfører at mange trenger støtte til å finne måter å styrke sin egenomsorg på. Sykdommen kan medføre symptomer som blant annet pustløshet, angst, energiløshet, depresjon, smerte og søvnproblemer.

Hensikt

Hensikten med denne studien var å identifisere innhold i eksisterende helsekompetanseintervensjoner med fokus på å styrke egenomsorg hos eldre personer med KOLS. Problemstilling: Hvilke komponenter er beskrevet i eksisterende helsekompetanseintervensjoner, og hvilken betydning har komponentene for å styrke egenomsorg hos eldre med KOLS?

Metode

I denne studien ble det gjennomført en scoping review etter metodikken beskrevet av Joanna Briggs Institute (JBI). Denne metoden har som mål å skaffe en bred beskrivelse av litteraturen innenfor det temaet som er valgt. Søket ble gjennomført i PubMed og CINAHL.

Resultat

Syv studier ble inkludert og totalt ble 791 pasienter med KOLS inkludert. Alle de inkluderte studiene inneholder intervensjoner som ble utført av helsepersonell i primærhelsetjenesten. Studiene viser viktigheten ved det relasjonelle og individuelle aspektet i helsekompetanseintervensjoner. Vurderingsverktøy ble benyttet før og etter intervensjonene for å adressere problemområder og utvikle intervensjonene, symptomkartlegging og måle effekten av de ulike intervensjonene.

Konklusjon

Det eksisterer helsekompetanseintervensjoner som fokuserer på å styrke egenomsorg hos pasienter med KOLS. Studien viser at helsekompetanseperspektivet i intervensjoner for pasienter med KOLS er av stor betydning og at de individuelle og relasjonelle aspektene er

viktige elementer i utformingen av disse. I tillegg er helsepersonells bruk av validerte vurderingsverktøy av betydning for styrking av egenomsorg hos eldre personer med KOLS.

Introduksjon

Mange eldre lever med kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS). Belastningen av å ha sykdommen fører til at denne gruppen ofte opplever å ha redusert livskvalitet, spesielt knyttet til alvorlighetsgrad av sykdommen og personens alder (1).

Det er et nasjonalt mål å skape pasientens helsetjeneste, som innebærer at pasienten skal få mulighet til å være aktiv deltaker i egen helse og behandling. Det å bli lyttet til, sette egne mål og ta samvalg med helsepersonell om hvilke tiltak som skal iverksettes, er viktig for bruk av egne ressurser for å mestre hverdagen (2). Det er et politisk mål at eldre skal ha mulighet til å være mest mulig selvhjulpne og klare seg selv i størst mulig grad. Helse- og omsorgstjenesten forventes å vurdere den enkeltes behov og potensial for rehabilitering og egenomsorg før det iverksettes tiltak som kompenserer for tap av funksjonsevne (3).

Den norske definisjonen av helsekompetanse er ifølge Helsedirektoratet:

Helsekompetanse er personers evne til å finne, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse. Det gjelder både beslutninger knyttet til livsstilsvalg, sykdomsforebyggende tiltak, egenmestring av sykdom og bruk av helse- og omsorgstjenesten (2).

Egenomsorg er evnen til å ta vare på seg selv gjennom bevissthet, selvkontroll og selv tillit for å oppnå, opprettholde eller fremme best mulig helse og velvære (4). I forskningen er det vist at livskvalitet og helsekompetanse for personer med KOLS er mer enn kun lungefunksjon (5). Det som ble funnet å være mer korrelert med helsekompetanse enn de mye brukte spirometriske verdiene, var faktorer som dyspné, depresjon, angst og treningstoleranse, noe som tyder på at helsekompetanse bør måles i tillegg til lungefunksjon hos pasienter med KOLS (5). Det er få studier som har satt søkelys på helsekompetanse, enten som mål eller som et resultat av KOLS-intervensjoner (6, 7). Viktigheten av denne typen studier gjelder spesielt å kartlegge psykologiske faktorer med tanke på å bestemme mulige behov for å øke helsekompetanse hos personer med KOLS (6, 7).

KOLS assosieres ofte med høy symptombyrde, symptomplager og dårlig funksjonsstatus. Det er få studier som har undersøkt sykdommen fra pasientens perspektiv – hvor det spesifikt henvises til omsorgsbehov, og studier som har utforsket synspunkter fra et pasient- eller omsorgsperspektiv (8).

For at det skal kunne tas i bruk av helsepersonell er det et behov for større innsikt i hvilke intervensjoner som finnes og hvilke komponenter de inneholder. Økt kompetanse og forståelse hos helsepersonell kan bidra til å forbedre sykepleietjenesten i primærhelsetjenesten, der de fleste kronisk syke oppholder seg. Det er viktig å øke forståelsen av sammenhengen mellom KOLS, helsekompetanse og egenomsorg og hva som er viktig for pasientene selv i slike intervensjoner.

Hensikt

Hensikten med denne studien var å identifisere innhold i eksisterende helsekompetanseintervensjoner med fokus på å styrke egenomsorg hos eldre personer med KOLS. Problemstilling: Hvilke komponenter er beskrevet i eksisterende helsekompetanseintervensjoner, og hvilken betydning har komponentene for å styrke egenomsorg hos eldre med KOLS?

Metode

I utviklingen av studien anvendes metodikken til Joanna Briggs Institute (9). Scoping review ble anvendt for å få en bred oversikt over feltet, samt for å lettere identifisere relevante temaer med tanke på problemstillingen (10). Det er tatt utgangspunkt i to begrunnelser for å benytte scoping review som metode: Å klargjøre sentrale begreper og definisjoner i litteraturen og å undersøke hvordan forskning utføres på et bestemt tema eller felt (11, 12). Scoping review er et nyttig verktøy for å gi en oversikt over litteraturen (10). Nåværende litteratur benyttes til å trekke konklusjoner om det samlede forholdet, dermed blir forskningen oppsummert og kan formidles videre (11). Bruk av «PRISMA scoping reviews extension» benyttes for planmessighet, orden og åpenhet i prosessen (13).

På bakgrunn av hva de ulike intervensjonene inneholder, ble det i de utvalgte studiene søkt etter hva intervensjonene har fokus på når det gjelder pasientenes egenomsorg i et helsekompetanseperspektiv, med bakgrunn i hva pasientene ytrer som viktig. Studiene ble sammenlignet og det ble identifisert relevante temaer. Kunnskapen fra denne studien vil bidra til større innsikt i temaet.

Litteratursøk

I litteratursøket ble databasene PubMed og CINAHL anvendt, da de er rettet mot fagområdet og indekserer medisinsk og helsefaglig forskning og fordi disse databasene primært inneholder litteratur på engelsk (14). Litteratursøket ble utarbeidet i samarbeid med bibliotekar ved Universitetet i Oslo og gjennomført i januar 2023. For klarhet i studien anvendes et PCC-skjema (15).

Tabell 1. PCC-skjema

Eksempel fra søk i PubMed

| PCC | Participant | Concept | Context |
|---------------------|--|--|-----------------------------------|
| Tema | Personer med KOLS | Helsekompetanse, intervensjon | Egenomssorg |
| Søkeord | COPD (MeSH) Chronic and obstructive and pulmonary and disease | Health literacy (MeSH), health intervention, health interventive, health interventional, health methods, | Selfcare (MeSH), Self and care |
| Avgrensning | Publisert i vitenskapelig tidsskrift mellom 2010–2023, fulltekst | | |
| Søkeresultat | 53 artikler | | |

Ved søk i PubMed og CINAHL ble søkeordene health literacy, intervention, COPD og selfcare benyttet. Treffene ble begrenset til artikler tilgjengelig i fulltekst, publisert mellom 2010–2023, og ble begrenset til fagfellevurderte studier, fordi det er en viktig kvalitetssikring av vitenskapelige artikler (14,15).

Inklusjons- og eksklusjonskriterier

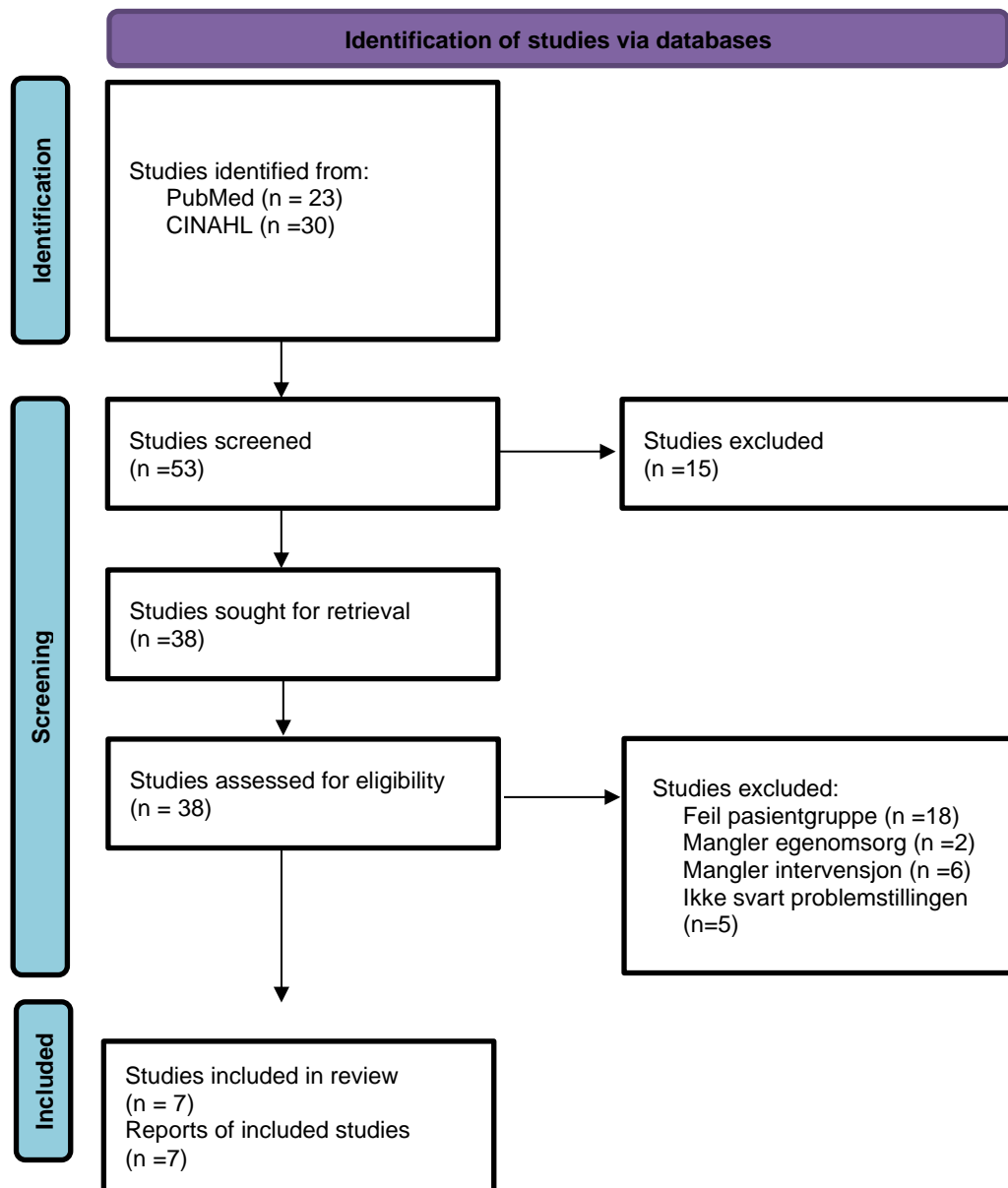
Inklusjonskriteriene er intervensjoner for helsekompetanse som tar sikte på å styrke, støtte og øke helsekompetansen til pasientene. Pasienter som er diagnostisert med KOLS ble valgt for å sikre at utvalget av pasienter lider av den samme sykdommen. Videre ble personer over 50 år inkludert, da de fleste som har KOLS er eldre. Det ble valgt engelske og norske artikler for å forstå studiene samt artikler som er publisert innenfor de siste 12 år, da det var ønskelig å sette søkelys på nyere forskning. Eksklusjonskriterier er studier som handler om andre kroniske sykdommer, da denne studien først og fremst handler om pasienter med KOLS.

Personer under 50 år ble ekskludert da de ikke hører til inklusjonskriteriene, andre språk enn norsk og engelsk ble ekskludert fordi forfatteren ikke kan lese andre språk.

Utvelgelsesprosessen

Søket resulterte i 53 artikler som ble importert i Covidence. Etter screening av tittel og sammendrag ble 38 artikler inkludert (14,9). 31 artikler ble ekskludert grunnet feil pasientgruppe (n=18), ikke fokus på egenomsorg (n=2), ingen intervensjon (n=6) og ikke svart på problemstillingen (n=5). For oversikt og struktur benyttes PRISMA flow chart (16). Utvelgelsesprosessen resulterte i syv artikler. Resultatet av utvelgelsen er illustrert i Figur 1.

Figur 1. Utvelgelsesprosess



PRISMA 2020 flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases.

Datakartlegging og analyse

De syv artiklene ble systematisert i en tabell basert på retningslinjene fra JBI (15, 17). Denne tabellen inkluderer følgende nøkkelinformasjon:

- 1- Forfatter(e), år, land
- 2- Hensikt
- 3- Design og metode
- 4- Utvalg
- 5- Intervensjon
- 6- Intervensjons innhold
- 7- Konklusjon

Gjennomføringen av denne prosessen ledet til tre hovedtemaer som er resultatet av min studie. Analysen som førte fram til disse tre temaene har fokus på relevante elementer for praksishverdagen i primærhelsetjenesten. På bakgrunn av hva de ulike intervensjonene inneholder, har jeg i de utvalgte studiene kartlagt om det eksisterer faktorer som kan anvendes av helsepersonell i relasjon til pasientene for å styrke deres egenomsorg. I søket etter disse faktorene i studiene har jeg trukket fram relevante temaer i forhold til helsekompetanseperspektivet og anvendt disse i resultatkapitlet og deretter i drøftingskapitlet. Kriteriene i denne prosessen er hva pasientene ytrer som viktig og hvordan studiene har fremmet pasientens perspektiv, samt om det er elementer i studiene som fremmer pasientens perspektiv. Dette i tråd med hensikten med denne studien. Kriterier for at faktorer kan anvendes av helsepersonell er om det er brukt validerte verktøy i intervensjonene som omhandler helsekompetanse og egenomsorg.

Etiske overveielser

Det er ikke nødvendig å søke godkjenning av denne studien hos Norsk senter for forskningsdata eller Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskning, på bakgrunn av at forfatteren ikke har en direkte relasjon med deltakerne, da studien har som formål å oppsummere tidligere forskning. Nytt prosjektet har for helsetjenesten, er økt kompetanse om et relativt nytt tema som kan bidra til økt kompetanse både hos pasienten og den framtidige helsetjenesten.

Det finnes ingen risiko for pasienter, da de ikke har vært direkte deltakere i prosjektet.

Resultat

I denne scoping reviewen ble syv studier inkludert. Totalt ble 791 pasienter med KOLS inkludert i disse studiene.

Alle de utvalgte studiene inneholder intervensjoner som ble utført i primærhelsetjenesten. Studien ble utført i Sverige, Danmark, Nederland, Australia, USA og Canada. Studienes lengde varierte, fra 4 måneder til 4 år.

I studiene ble fire av intervensjonene levert av sykepleiere i pasientenes hjem, én av farmasøyt gjennom videokonferanse og to av ett tverrfaglig helseteam der én var i tilknytning til pasientens hjem og én lokalisert ved et sykehjem.

Presentasjon av studiene

Studiene har ulike kvantitative design, slik som randomisert kontrollert studie (18,22), kvalitetsforbedring (20), pre-test/post-test (19,21,24) og prospektiv kohortstudie (23).

En randomisert kontrollstudie undersøkte bruken av Patient Report Informing Self-Management Support (PRISMS) sammenlignet med vanlig behandling, utført av KOLS-sykepleier i samhandling med pasienter med KOLS (18). En av studiene ble utviklet i samarbeid med den danske storskala randomiserte kontrollerte studien Telecare North, der deltakerne i studien fikk opplæring av helsepersonell i å bruke Telekit-systemet som inneholder blodtrykksmåler, saturasjonsmåler og en presisjonshelseskala som registreres av pasientene på et nettbrett (22). Videre et kvalitetsforbedringsprosjekt der de involverte en implementering av en KOLS-selvbehandlingspakke levert av hjemmesykepleiere (20). En studie implementerte Edmonton Southside Primary Care Network, et evidensbasert pulmonalt rehabiliteringsprogram i pasientens hjem (19). I en pre-test/post-teststudie ble det utført internettbaserte videokonferanser av en farmasøyt, med fokus på inhalatoropplæring, egeneffektivitet, livskvalitet og etterlevelse, ved å bruke teach to-goal-metodikk (21).

En enkeltgruppestudie skreddersydde og leverte et utdanningsprogram for egenbehandling av KOLS i sammenheng med multimorbiditet, basert på Health Belief Model (24).

En prospektiv kohortstudie undersøkte pasientinformasjonsbehovet og helsekompetanse hos eldre personer med KOLS indisert for et spesifikt geriatrisk rehabiliteringsprogram (23).

Fokus i studiene er gjennomgående hvordan intervensjonene kan tilpasses den enkelte pasient og de fremmer ulike verktøy for å måle helsekompetanse og egenomsorg, samt om intervensjonene faktisk er til nytte for pasientene.

Verktøy som anvendes i studiene

I studiene ble ulike kartleggingsverktøy for å måle helsekompetanse brukt på to ulike måter, både for å måle effekten av intervensjonene og som en del av intervensjonen i seg selv. Fire studier målte helsetilstand med COPD Assessment test (CAT) score, som er et helsestatusinstrument med åtte elementer for pasienter med KOLS (18, 19, 20, 24).

PRISMS-skjemaet består av 17 elementer som pasienter med KOLS ofte opplever som problemer (13); å være trøtt, stress og bekymring, kortpustethet, smerter og søvnproblemer, klare å jobbe, støtte fra familie og venner, støtte fra helsevesenet, lære om tilstanden, kunne slappe av, trene, kunne gjøre ting de liker, seksuelle problemer, sunt kosthold, røykeslutt, administrere medisiner og måle symptomer hjemme. Kvaliteten på omsorgen ble vurdert med Kvalitet fra pasientens perspektiv (QPP) (18).

For å vurdere effekten av intervensjon i forhold til forbedring av livskvalitet, helsekompetanse og redusert sykehusbesøk ble det målt om det var endring i funksjonskapasitet med seks minutters gangavstand (6MWD), livskvalitet (St. George's respiratory questionnaire), helse og livskvalitet (EQ-5D-5L), CAT og underkroppsstyrke (30-STST) (18).

TOFHLA-testen (Test of functional health literacy assessment) ble også anvendt for å måle helsekompetanse med tanke på helsestatus, her med tanke på deltakernes teknologiske kommunikasjonsferdigheter. Dette for å undersøke hvordan helsekompetanse og spesifikke teknologiske kommunikasjonsferdigheter påvirket bruken av Telekit. Et domene som inkluderer pasientperspektivet, ble brukt som inspirasjon i utviklingen av spørsmålene (22).

Informasjonsbehov ble målt med Lung Information Needs Questionnaire (LINQ) som er delt inn i seks domener: forståelse av KOLS, medisiner, unngåelse av eksaserbasjoner, røyking, trening og ernæring. COPD Questionnaire (CCQ) ble anvendt for måling av helsekompetanse, med tre domener; symptomer, funksjonell tilstand og mental tilstand. Barthel-indeksen ble brukt til å vurdere funksjonskapasitet (23).

Livskvalitet, med spørreskjemaet Chronic respiratory disease questionnaire, ble brukt for å måle de fire domeneene, dyspné, tretthet, emosjonell funksjon og mestring (21). Alkoholbruk ble vurdert med AUDIT-C og helsekompetanse ved hjelp av et validert screeningspørsmål, som studien ikke spesifiserer. Komorbiditet med Charlson komorbiditetsindeks og MMSE-skala ble brukt for å evaluere om kognitiv svikt påvirket studieresultatene (21).

Individuelle pasientbehov

Det som blir trukket fram som viktig i forhold til håndtering av KOLS med tanke på egenomsorg, er at det er komplekst og studiene viser at det er flere aspekter man må ha innsikt i for å kunne hjelpe. Studiene påpeker at det å leve med KOLS byr på mange utfordringer. Fem av studiene tok utgangspunkt i hver pasients behov for utarbeidelse av individuelt tilpassede intervensjoner (18,19,20,24,22). Disse fire første intervensjonene er levert av sykepleiere og den siste av helsepersonell, uten at det er videre spesifisert. Pasienter er forskjellige når det gjelder dybde og type informasjon de søker, dermed er pasientinformasjonsbehovet ulikt (19).

For å adressere barrierer pasientene sto overfor, brukte sykepleierne motiverende intervju (24).

For å identifisere pasientenes helseprioriteringer ble det brukt en mal basert på Health Belief Model, som letter utviklingen av skreddersydde strategier for pasientene for å støtte selvbehandling av KOLS i sammenheng med multimorbiditet (22). Mange deltakere i denne studien opplevde en økt følelse av sikkerhet, mer kontroll, større frihet og større bevissthet om KOLS-symptomene.

Pasientens KOLS-symptomer og oksygenmetningsnivåer ble sporet gjennom en daglig symptomlogg. En handlingsplan bistod pasientene i håndteringen av symptomer og ga pasientrettet håndtering av eksaserbasjoner, kategorisert i soner basert på alvorlighetsgrad. Avhengig av symptomenes alvorlighetsgrad instruerte handlingsplanen pasienten i å iverksette passende tiltak. Ved påfølgende sykepleiebesøk ble denne gjennomgått (20).

Relasjonelle aspekter med helsepersonell

Alle studiene tematiserer det relasjonelle aspektet. For eksempel er et av hovedfunnene fra en av studiene at pasienter i intervensjonsgruppen var signifikant mer fornøyde med det personlige oppmerksomhetsaspektet ved omsorgskvalitet enn de som ikke var med i intervensjonen (18). Pasienten kan skrive alt de ønsker å diskutere, som ikke er nevnt på intervensjonens skjema. Et godt forhold med KOLS-pasienter er viktig, og god

kommunikasjon er nødvendig for å lykkes. Studien framhever at pasienten må involveres i en aktiv diskusjon, noe som vil føre til økt egeneffektivitet for behandling av KOLS, med tanke på effekt (18).

Studiene framhever også at i sitt hjem er der pasienten føler seg mest komfortable med å presentere og diskutere sine personlige og familiemessige helse- og medisinske bekymringer (19). Det argumenteres også for at pasientempowerment og ansikt-til-ansikt-møter skaper en behagelig atmosfære og følelse av tillit i møte med helsepersonell (22).

Diskusjon

Resultater i en scoping review etter Joanna Briggs Institute manual bør diskuteres i sammenheng med gjeldende litteratur, praksis og politikk (12).

Hensikten med denne studien var å identifisere innhold i eksisterende helsekompetanseintervensjoner med fokus på å styrke egenomsorg hos eldre personer med KOLS. Problemstilling: Hvilke komponenter er beskrevet i eksisterende helsekompetanseintervensjoner, og hvilken betydning har komponentene for å styrke egenomsorg hos eldre med KOLS?

Verktøy

PRISMS-skjemaet tilbyr en metode for å organisere støttende selvledelse ved å la pasienten bestemme hva som er viktig å diskutere vedrørende sykdommen eller symptomene. De symptomene pasientene ønsket mest støtte med var åndenød og tretthet. Dette er til god hjelp for å strukturere støtten til egenomsorg (18). Hovedsymptomet ved KOLS er vanligvis tung pust i hvile eller ved anstrengelse. Internasjonalt brukes modifisert medical Research Council dyspnea scale (mMRC). Dette for at personer med KOLS skal kunne gradere sin tungpust (30).

Symptombelastning målt med CAT og CCQ er en sterk anbefaling, også i den norske KOLS-veilederen og av Legeforeningen, da de er validerte skjemaer for personer med KOLS og kan hjelpe pasienten til å mestre sin sykdom på en bedre måte (2, 30). Å gi programtilgang i primærhelsetjenesten forbedrer selvbehandling av KOLS og forbedring av pasientens livskvalitet (19). Ifølge studien (19) ble det også avdekket nedgang i akuttmottaksbesøk.

En studie (6) som undersøkte sammenhenger mellom utvalgte demografiske og kliniske variabler, psykologisk velvære og helsekompetanse blant 158 personer med KOLS, brukte Health Literacy Questionnaire for å måle helsekompetanse. Psykologisk velvære var de

sterkeste assosierte variablene med helsekompetanse. Studien framhever viktigheten av å spesifikt se på psykologiske faktorer for å bestemme potensielle behov for helsekompetanse blant personer med KOLS.

Individuelle pasientbehov og helsekompetanse

Denne studien viser at det i forskningen finnes helsekompetanseintervensjoner, som har som mål å styrke egenomsorg hos pasienter med KOLS. Det vises en individuell tilnærming i studiene. Denne ressursfokuserende tilnærmingen er et prioritert område da den tar utgangspunkt i den enkeltes ressurser, ferdigheter og kompetanse (2). Dette perspektivet kan anvendes i all oppfølging av pasienter i primærhelsetjenesten, da personlig oppmerksomhet i omsorgen er avgjørende for god kommunikasjon, relasjoner og pasientmedvirkning (2). For eksempel bidro handlingsplanen i den ene studien til at pasienter ble utdannet av sykepleier til å iverksette passende tiltak jf. selvledelsesplan, ved KOLS-forverring (20). Dette er i tråd med helsekompetanseperspektivet, der et individrettet tiltak for å styrke pasientens helsekompetanse er i fokus, i dette tilfellet knyttet til selvbehandling av KOLS (2). I tillegg viser studien (3) til at individrettede tjenester med å arbeide personsentrert også betyr at tiltakene blir mer målrettede og treffsikre. Dette innebærer at eldre må ivaretas som hele mennesker. Politiske prioriteringer framhever at mennesket skal verdsettes uavhengig av alder eller kognitiv funksjon (3).

Tidligere studier har vist at leger ofte overser helsekompetanse i rutinemessig pasientbehandling og overvurderer pasientenes helsekompetanse og feilaktig antar at helseinformasjon og instruksjoner er forstått (25, 26). Sykepleiere forutsettes å være opptatt av pasienters perspektiv og preferanser (27). Økt fokus på helsekompetanse kan bidra til bedring av den enkeltes evne til å ta gode helsefremmende og sykdomsforebyggende valg. Det kan føre til blant annet riktig bruk av helsetjenesten, forebygging av mulige tilbakefall eller følgesykdommer, hindre sykehusinnleggelse og sikre riktig medisinerings (3).

Relasjonelle aspekter med helsepersonell i et helsekompetanse perspektiv

God kommunikasjon som medfører at pasienten opplever god kontakt med sykepleier, kan bidra til at pasienten uttrykker sine plager og bekymringer, og opplever seg trygg og ivaretatt (28). Teach back-metoden (21) er en nyttig måte for å hjelpe pasienter til å forstå behandlingsregimer og sykdomstegn (28). En systematisk oversiktsartikkel om effekten av teach back-metoden (29) viste samlet sett at denne metoden førte til positive effekter og avslørte forbedrede resultater vedrørende sykdomsspesifikk kunnskap, overholdelse,

selveffektivitet og inhalatorteknikk, i tillegg til forbedret egenomsorg og reduserte reinnleggelser i sykehus.

Pasienter med KOLS hadde behov for mer informasjon om sin tilstand og opplevde at å ha mer informasjon om tilstanden ville forbedre dem for framtiden og gjøre dem bedre i stand til å planlegge framover (8).

Studiens styrker og svakheter

Denne studien tok for seg et tema av stor relevans for dagens og framtidens primærhelsetjeneste. En forsker har gjort utvelgelse og analyse, noe som er i tråd med rammen for gjennomføring av masteroppgaven. Søket ble gjennomført i samarbeid med bibliotekar, noe som også kvalitetssikret søkestrategien. Studien inkluderte kun utvalgte artikler skrevet på engelsk da forfatteren ikke kan flere språk.

Konklusjon

Hensikten med denne studien var å identifisere innhold i eksisterende helsekompetanseintervensjoner med fokus på å styrke egenomsorg hos eldre personer med KOLS.

Hovedtrekk fra oppgaven viser at helsekompetanseperspektivet i intervensjoner for pasienter med KOLS er av stor betydning, og at de individuelle og relasjonelle aspektene er viktige elementer i utformingen av disse. Denne kunnskapen er av relevans i møte med pasienter. I tillegg er helsepersonells bruk av disse validerte verktøyene av betydning for styrking av egenomsorg hos eldre personer med KOLS.

Dette manuskriptet ble utformet som en del av utdanningsprogrammet Master i Geriatrisk Sykepleie ved Universitetet i Oslo. Veilederne har bistått med ikke-finansiell støtte i utarbeidelsen av dette manuskriptet.

Litteraturliste

1. Ståhl E, Lindberg A, Jansson SA. Et al. Helserelatert livskvalitet er relatert til alvorlighetsgraden av KOLS- sykdommen. *Health Qual Life Outcomes*. 2005; 3, 56
<https://doi.org/10.1186/1477-7525-3-56>
2. Helsedirektoratet. Helsekompetanse – kunnskap og tiltak [Internett]. (Oppdatert 16. februar 2021, lest 10. mai 2023). Tilgjengelig fra
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/helsekompetanse/helsekompetanse>
3. Meld. St. 15 (2017-2018). Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-1520172018/id2599850/?ch=1>
4. Martínez N, Connelly CD, Pérez A, Calero P. Self-care: A concept analysis. *Int J Nurs Sci*. 2021 Sep 5;8(4):418-425: <http://doi.org/10.1016/j.ijnss.2021.08.007>. PMID: 34631992; PMCID: PMC8488814
5. Tsiligianni I, Kocks J, Tzanakis N, Siafakas N, van der Molen T. Factors that influence disease-specific quality of life or health status in patients with COPD: a review and meta-analysis of Pearson correlations. *Primary care respiratory journal: journal of the General Practice Airways Group*. 2011; 20(3), 257–268.
<https://doi.org/10.4104/pcrj.2011.00029>
6. Wahl AK, Osborne RH, Larsen MH, Andersen MH, Holter IA, Borge CR. Exploring health literacy needs in Chronic obstructive pulmonary disease (COPD): Associations between demographic, clinical variables, psychological well-being and health literacy. *Heart Lung*. 2021;50(3):417-424. doi:10.1016/j.hrtlng.2021.02.007
7. Borge CR, Larsen MH, Osborne RH. et al. *How to co-design a healthcare-informed intervention based on a needs assessment study in chronic obstructive pulmonary disease* *BMJ Open* 2022; 12: e063022. doi:10.1136/bmjopen-2022-063022
8. Gardiner CA, Gott MB, Payne SC, Small ND, Barnes SE, Halpin DF. et al. Exploring the care needs of patients with advanced COPD: An overview of the literature. *Respiratory Medicine*. 2010;104, 159e165. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2009.09.007>
9. Peters, Micah DJ BHSc, MA(Q), PhD 1; Godfrey, Christina M. RN PhD 2 ; Khalil, Hanan BPharm, MPharm, PhD 3 ; McInerney, Patricia PhD 4 ; Parker, Deborah 5 ; Soares, Cassia Baldini RN, MPH, PhD 6 . *Guidelines for conducting systematic scoping*

- reviews. *International Journal of Evidence-Based Healthcare* 13(3) :p 141-146, september 2015. | DOI: 10.1097/XEB.00000000000000050
10. Munn, Z., Peters, M.D.J., Stern, C. *et al.* Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Med Res Methodol* 18, 143 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0611-x>
 11. Hilary Arksey & Lisa O'Malley (2005) Scoping studies: towards a methodological framework, *International Journal of Social Research Methodology*, 8:1, 19-32, DOI:[10.1080/1364557032000119616](https://doi.org/10.1080/1364557032000119616)
 12. Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. JBI, 2020. Available from <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
 13. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine* 2018; 169(7): 467-473.
 14. Persson M. *Hvordan skrive en litteraturgjennomgang?: En praktisk guide*. Universitetsforlaget; 2002.
 15. Peters, Micah DJ BHSc, MA(Q), PhD 1; Godfrey, Christina M. RN PhD 2; Khalil, Hanan BPharm, MPharm, PhD 3; McInerney, Patricia PhD 4; Parker, Deborah 5; Soares, Cassia Baldini RN, MPH, PhD 6 . *Guidelines for conducting systematic scoping reviews*. *International Journal of Evidence-Based Healthcare* 13(3): p 141-146, september 2015. | DOI: 10.1097/XEB.00000000000000050
 16. Page M J, McKenzie J E, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow C D et al. PRISMA 2020-The Statement: An updated guideline for reporting Systematic reviews *BMJ* 2021; 372 :n71 <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
 17. Polit DF, Beck CT. *Nursing Research; Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 11th Edition, Wolters Kluwer Health, Philadelphia; 2021.
 18. Zakrisson AB, Arne M, Lisspers K, Lundh L, Sandelowsky H, Ställberg B, Thors Adolfsson E, Theander K. Improved quality of care by using the PRISMS form to support self-management in patients with COPD: A Randomised Controlled Trial. *Journal of clinical nursing*. 2020; 29(13-14), 2410–2419. <https://doi.org/10.1111/jocn.15253>

19. Yurchak S, Rawlinson A, Schaub J, Shpilkerman YI, Makarowski C, Goddard K, Bhutani M, Comeau AC. A primary care medical home approach to pulmonary rehabilitation. *Canadian journal of respiratory therapy: CJRT = Revue canadienne de la therapie respiratoire: RCTR*, 2021; 57, 161–166. <https://doi.org/10.29390/cjrt2021-040>
20. McGill, Carmen DNP, APRN, AGPCNP-BC. Reducing COPD rehospitalizations. Home health services now 38(2):p 80-85, mars/april 2020; [http://DOI: 10.1097/NHH.0000000000000839](http://DOI:10.1097/NHH.0000000000000839)
21. Thomas RM, Locke ER, Woo DM, Nguyen EHK, Press VG, Layouni TA, Trittschuh EH, Reiber GE, Fan VS. Inhaler Training Delivered by Internet-Based Home Videoconferencing Improves Technique and Quality of Life. *Respiratory care*. 2017; 62(11), 1412–1422. <https://doi.org/10.4187/respcare.05445>
22. Lilholt PH, Hæsum LK, Ehlers LH, Hejlesen OK. Specific technological communication skills and functional health literacy have no influence on self-reported benefits from enrollment in the TeleCare North trial. *International journal of medical informatics*. 2016; 91, 60–66. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2016.04.010>
23. Wouters TJ, van Dam van Isselt EF, Achterberg WP. Information needs of older patients living with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) indicated for a specific geriatric rehabilitation programme: a prospective cohort study. *International journal of palliative nursing*. 2020; 26(5), 238–245. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2020.26.5.238>
24. Ansari S, Hosseinzadeh H, Dennis S, Zwar N. Activating primary care COPD patients with multi-morbidity through tailored self-management support. *NPJ primary care respiratory medicine*. 2020; 30(1), 12. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41533-020-01715>
25. Rogers ES, Wallace LS, Weiss BD. Feiloppfatninger av medisinsk forståelse hos pasienter med lav leseferdighet: implikasjoner for kreftforebygging. *Kreftkontroll*. 2006;13(3):225-229.
26. Kelly PA, Haidet P. Legeoverestimering av pasientkunnskap: en potensiell kilde til ulikheter i helsevesenet. *Patient Educ Couns*. 2007;66(1):119-122.
27. Jenum A, Pettersen K. Hva betyr lav «health literacy» for sykepleiernes helse­ kommunikasjon? *Sykepleien Forskning*. 2014; 9(3):272-280: <http://doi.org/10.4220/sykepleienf.2014.0145>
28. Jakobsen J, Bergland Å, Hillestad AH, Smebye KL. Avansert klinisk allmennsykepleie i kommunale helse og omsorgstjenester. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2022.

29. Ha Dinh TT, Bonner A, Clark R, Ramsbotham J, Hines S. The effectiveness of the teach-back method on adherence and self-management in health education for people with chronic disease: a systematic review. *JBI database of systematic reviews and implementation reports* 2016; 14(1), 210–247. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-20162296>
30. Legeforeningen. (2023, 10. Mai). Norsk forening for lungemedisin. <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-forening-forlungemedisin/fag/veiledere/retningslinjer-for-kols/?chapter=3>

Hva studien tilfører av ny kunnskap

- Helsekompetanseintervensjoner for pasienter med KOLS handler om mer enn måling av lungefunksjon
- Det individuelle og relasjonelle aspektet er viktig for pasientene
- Synliggjøring av ulike validerte verktøy i KOLS-intervensjoner

Vedlegg

Tabell 2: Sammendragstabell

| Forfatter, år, land | Hensikt | Design og metode | Utvalg | Intervensjon | Intervensjons-innhold | Konklusjon |
|----------------------------------|---|---|---|---|---|--|
| Zakrisson et al. (2020), Sverige | Undersøke effektene av kvaliteten på omsorgen til skjemaet Patient Report Informing Self-Management Support (PRISMS) sammenlignet med vanlig behandling blant pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) | Et multisenter randomisert kontrollert studie med et posttestdesign, i henhold til CONSORT-sjekklisten, i en intervensjonsgruppe (n = 94) og en kontrollgruppe (n = 108). | 202 pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) | I tillegg til vanlig pleie, fylte intervensjonsgruppen ut PRISMS-skjemaet for å angi områder hvor de ønsket selvledelses-støtte før konsultasjonen med KOLS-sykepleier. Dette skjemaet består av 17 elementer som pasienter med KOLS ofte opplever som problemer. Kontrollgruppen fikk vanlig omsorg. | PRISMS-skjemaet består av 17 elementer som dekker vanlige problemer for pasienter med KOLS. Pasienten bruker en 10 cm visuell analog skala for å indikere i hvilken grad hvert element forårsaker problemer, fra «ingen problem» (=0) til «stort problem» (=10) | PRISMS-skjemaet forbedret pasienttilfredshet med kvaliteten på omsorgen når det gjaldt personlig oppmerksomhet, som er en viktig faktor for pasientmedvirkning og bedre relasjoner og kommunikasjon. |
| Yurchak et al. (2021), Canada | Forbedre livskvaliteten for pasienter som lever med kronisk | Pretest-posttest. Edmonton Southside Primary Care Network implementerte et | 209 pasienter som lever med kronisk obstruktiv | Pulmonal rehabilitering (PR) er en evidensbasert, ikke-farmakologisk | Pust for helse program. Utdanningsmodulen til programmet besto av seks ukentlige | Levering av et PR-program i en primærhelsetjeneste var effektivt og kan bidra til |

| | | | | | | |
|---------------------------|--|--|---|---|--|--|
| | obstruktiv lungesykdom (KOLS). | evidensbasert PR-program innenfor rammen av pasientens medisinske hjem. En primærmedisinsk hjemmetilnærming til lungerehabilitering | lungesykdom (KOLS). | intervensjon rettet mot å forbedre livskvalitet og helsekompetanse for pasienter som lever med kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS). | organiserte gruppeøkter på 60 minutter. Under disse gruppeøktene ble det gitt opplæring om flere aspekter ved vellykkede selvledelsesteknikker, som sunt kosthold, best mulig aktivitetsnivå og energisparende teknikker. | å løse problemet med tilgjengelighet. Evaluering etter programmet viste forbedring i 6-minutters gangavstand, underkroppsstyrke, helsekompetanse og livskvalitet, samt en reduksjon i akuttmottaksbesøk 1 år etter program avslutning. |
| McGill et al. (2020), USA | Implementere en KOLS-selvbehandlingspakke for å redusere sykehusinnleggelseser | Dette prosjektet ble sertifisert som et kvalitetsforbedringsprosjekt av Institutional Review Board ved Medical University of South Carolina. Pre- og postintervensjonsdata ble samlet inn ved bruk av journal. Kvantitative data for å sammenligne prosentandelen av KOLS-reinnleggelser før og etter intervensjonen | Pasienter med KOLS ble henvist etter utskrivning fra sykehus. Utvalget inkluderte 33 pasienter med KOLS-diagnose. | Implementering av en KOLS-selvbehandlingsplan levert av hjemmesykepleiere. | <u>Selvledelsesplan</u> for å identifisere pasientspesifikke læringsbehov. <u>Utdanningsmaterie</u> ll knyttet til selvbehandling av KOLS. <u>Vurderingstest</u> som vurderer alvorlighetsgraden av KOLS-symptomer og reinnleggesrisiko. | Individuelt tilpassede KOLS-intervensjoner viste seg å ha positiv innvirkning på reinnleggelser i denne populasjonen. |
| Thomas et al. (2017), USA | Det ble undersøkt om inhalatortrening kunne gis ved bruk av internettbasert | I denne pre-postpilotstudien hadde deltakere med KOLS tre månedlige internettbaserte | Deltakere med KOLS. Totalt 41 deltakere fullførte minst | Tre månedlige internettbaserte videokonferansebesøk hos en farmasøyt som ga | Teach-to-goal (TTG) er en pedagogisk metode med gjentatte sykluser der pasienter blir observert med | Inhalatortrening ved bruk av teach-to-goal metodikk levert av hjemmevideokonferanser er et lovende middel for |

| | | | | | | |
|--------------------------------|---|---|--|---|--|--|
| | hjemmevideokonferanse og dens effekt på inhalatorteknikk, egenomsorg, livskvalitet og etterlevelse. | videokonferansebesøk hos en farmasøyt som ga inhalatoropplæring ved bruk av teach-to-goal-metodikk. Deltakerne fullførte utsendte spørreskjemaer for å fastslå alvorlighetsgraden av KOLS, egenomsorg, helsekompetanse, livskvalitet, etterlevelse og tilfredshet med intervensjonen. | ett, og 38 fullførte alle tre hjemmevideo-konferanse besøkene. | inhalatoropplæring ved bruk av teach-to-goal-metodikk. | inhalatoren, gitt tilbakemelding og deretter observert igjen. | å gi opplæring til pasienter med KOLS, som kan forbedre teknikk, livskvalitet, egenomsorg og etterlevelse. |
| Lilholt et al. (2016), Danmark | Studien undersøker sammenhengen mellom KOLS-pasienters bruk av Telekit og deres helsekompetanse og sammenhengen mellom deres bruk av Telekit og deres spesifikke teknologiske kommunikasjonsferdigheter. Hensikten med telemedisin er at innbyggeren skal kunne forstå og handle på data (egne symptomer) | Randomisert kontrollert studie utviklet i samarbeid med den klyngerandomiserte studien TeleCare North. | Et påfølgende utvalg av deltakere (n=60) fra TeleCare North-studiet ble rekruttert. Pasienter diagnostisert med kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS). | Den danske TeleCare North-studien har utviklet et telehelsesystem, Telekit, som brukes til selvbehandling av pasienter diagnostisert med kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS). | Det ble gjennomført intervjuer med hver deltaker for å samle inn demografiske data. Helsekompetanse ble målt med den danske TOFHLA-testen. Deltakerne fylte ut et ikke-standardisert spørreskjema om deres helsekompetanse, bruk av Telekit-systemet og spesifikke teknologiske kommunikasjonsferdigheter. Binære logistiske regresjoner ble utført for å undersøke hvordan helsekompetanse og spesifikke teknologiske | Den økte følelsen av sikkerhet, frihet, kontroll og større bevissthet om KOLS-symptomer oppnådd ved bruk av Telekit var ikke assosiert både med pasientenes poengsum for funksjonell helsekompetanse og med deres spesifikke teknologiske kommunikasjonsferdigheter. På bakgrunn av resultatene ser det ut til at de spesifikke teknologiske kommunikasjons- |

| | | | | | | |
|----------------------------------|--|--|--|--|--|---|
| | og ta ansvar for egen sykdom, med støtte fra helsepersonell. | | | | kommunikasjonsferdigheter påvirket bruken av Telekit, ved å gi brukerne en økt følelse av frihet, sikkerhet, kontroll og en større bevissthet om KOLS-symptomer. | ferdighetene og helsekompetanse ikke er en forutsetning for bruk av Telekit-systemet. |
| Wouters et al. (2020), Nederland | Identifisere informasjonsbehovet til pasienter som er kvalifisert for GR-KOLS-programmet, og undersøkte om helsekompetansen ble bedre under rehabilitering. | Prospektiv kohortstudie | 158 geriatriske pasienter med avansert KOLS og alvorlig svekket helsetilstand | Programmet tilbyr tverrfaglig pasientsentrert rehabilitering som også integrerer palliative aspekter, til eldre pasienter med KOLS og sterkt nedsatt helsetilstand, som har vært innlagt på sykehus med en akutt forverring. | Programmet inneholder flere moduler som dekker ulike aspekter ved rehabilitering og palliativ behandling. | Pasientenes kunnskap viste en statistisk signifikant forbedring på enkelte områder under GR-KOLS-programmet. |
| Ansari et al. (2020), Australia | Gitt mangelen på KOLS-selvbehandlingsintervensjoner som spesifikt anerkjenner multimorbiditet i primærhelsetjenesten, var målet å aktivere KOLS-pasienter gjennom personlig tilpasset selvbehandlingsstøtte som anerkjente | APCOM-studien var en enkeltgruppe, pre- og postintervensjonsstudie utført i allmennpraksis over hele Sydney fra midten av 2015 til desember 2016. Studien omfattet utvikling, pilotering og evaluering av et innovativt Selvledelses-utdanningsprogram for | 50 pasienter i alderen 40-84 år med en spirometri diagnose av KOLS og minst én komorbiditet. | Et utdanningsprogram for selvledelse mtp KOLS i sammenheng med multimorbiditet, basert på Health Belief Model, ble skreddersydd og levert til deltakerne av sykepleiere. Målet er å utstyre sykepleiere med | Praksissykepleiere deltar på en én-dags workshop, tilrettelagt av forskerne, som vil dekke grunnleggende patofysiologi av KOLS, konsept for multimorbiditet, studiedesign og begrunnelse, KOLS-selvledelse, behandling og forebygging av KOLS, retningslinjer, | Ved seks måneders oppfølging var det signifikant bedring i pasientaktivering ($p < 0,001$), KOLS-relatert livskvalitet ($p = 0,012$), KOLS-kunnskap ($p < 0,001$) og inhalatorteknikk ($p = 0,001$), uten signifikant endring i oppfatning av multimorbiditet ($p = 0,822$) eller KOLS- |

| | | | | | | |
|--|-----------------------------------|---|--|--|--|---|
| | implikasjonene av komorbiditeter. | KOLS, i sammenheng med multimorbiditet. | | kunnskap og selvtillit for å forstå intervensjonen, og gjøre dem i stand til å skreddersy og levere den til pasienter ved å bruke en vurderings- og planleggingsmal utviklet av forskerne. | medisinoverholdelse, lungerehabilitering, røykeslutt og prinsipper for motiverende intervjuer. | relatert multimorbiditet (0,084). Programmet forbedret pasientenes egeneffektivitet for deres KOLS så vel som helsekompetansen. |
|--|-----------------------------------|---|--|--|--|---|

Sjekkliste PRISMA-ScR

| SECTION | ITEM | PRISMA-ScR CHECKLIST ITEM | REPORTED ON PAGE # |
|-----------------------------------|------|--|--------------------|
| TITLE | | | |
| Title | 1 | Identify the report as a scoping review. | 1 |
| ABSTRACT | | | |
| Structured summary | 2 | Provide a structured summary that includes (as applicable): background, objectives, eligibility criteria, sources of evidence, charting methods, results, and conclusions that relate to the review questions and objectives. | 1 |
| INTRODUCTION | | | |
| Rationale | 3 | Describe the rationale for the review in the context of what is already known. Explain why the review questions/objectives lend themselves to a scoping review approach. | 2-3 |
| Objectives | 4 | Provide an explicit statement of the questions and objectives being addressed with reference to their key elements (e.g., population or participants, concepts, and context) or other relevant key elements used to conceptualize the review questions and/or objectives. | Figur 1 |
| METHODS | | | |
| Protocol and registration | 5 | Indicate whether a review protocol exists; state if and where it can be accessed (e.g., a Web address); and if available, provide registration information, including the registration number. | N/A |
| Eligibility criteria | 6 | Specify characteristics of the sources of evidence used as eligibility criteria (e.g., years considered, language, and publication status), and provide a rationale. | 5 |
| Information sources* | 7 | Describe all information sources in the search (e.g., databases with dates of coverage and contact with authors to identify additional sources), as well as the date the most recent search was executed. | 4-5 |
| Search | 8 | Present the full electronic search strategy for at least 1 database, including any limits used, such that it could be repeated. | 5 |
| Selection of sources of evidence† | 9 | State the process for selecting sources of evidence (i.e., screening and eligibility) included in the scoping review. | 6 |
| Data charting process‡ | 10 | Describe the methods of charting data from the included sources of evidence (e.g., calibrated forms or forms that have been tested by the team before their use, and whether data charting was done independently or in duplicate) and any processes for obtaining and confirming data from investigators. | Tabell 2 |
| Data items | 11 | List and define all variables for which data were sought and any assumptions and simplifications made. | 8 |

| SECTION | ITEM | PRISMA-ScR CHECKLIST ITEM | REPORTED ON PAGE # |
|---|------|---|--------------------|
| Critical appraisal of individual sources of evidence§ | 12 | If done, provide a rationale for conducting a critical appraisal of included sources of evidence; describe the methods used and how this information was used in any data synthesis (if appropriate). | N/A |
| Synthesis of results | 13 | Describe the methods of handling and summarizing the data that were charted. | 7,8 |
| RESULTS | | | |
| Selection of sources of evidence | 14 | Give numbers of sources of evidence screened, assessed for eligibility, and included in the review, with reasons for exclusions at each stage, ideally using a flow diagram. | 9-12 |
| Characteristics of sources of evidence | 15 | For each source of evidence, present characteristics for which data were charted and provide the citations. | 9-12 |
| Critical appraisal within sources of evidence | 16 | If done, present data on critical appraisal of included sources of evidence (see item 12). | N/A |
| Results of individual sources of evidence | 17 | For each included source of evidence, present the relevant data that were charted that relate to the review questions and objectives. | Tabell 1 |
| Synthesis of results | 18 | Summarize and/or present the charting results as they relate to the review questions and objectives. | 9-12 |
| DISCUSSION | | | |
| Summary of evidence | 19 | Summarize the main results (including an overview of concepts, themes, and types of evidence available), link to the review questions and objectives, and consider the relevance to key groups. | 12-14 |
| Limitations | 20 | Discuss the limitations of the scoping review process. | 14 |
| Conclusions | 21 | Provide a general interpretation of the results with respect to the review questions and objectives, as well as potential implications and/or next steps. | 14-15 |
| FUNDING | | | |
| Funding | 22 | Describe sources of funding for the included sources of evidence, as well as sources of funding for the scoping review. Describe the role of the funders of the scoping review. | 15 |

Forfatterveiledning Sykepleien Forskning

Sykepleien Forskning søker å publisere artikler av høy kvalitet, der både forfattere og tidsskriftet følger kriterier for vitenskapelig standard og internasjonale konvensjoner. Vi tar imot originalartikler, litteraturstudier, diskusjonsartikler og kommentarer som bidrar med ny eller videreutviklet kunnskap og debatt innen sykepleiefaget.

Tidsskriftets mål er å publisere kunnskap som kan bidra til å styrke kvaliteten på sykepleieutøvelsen, sykepleierutdanningen og den sykepleievitenskapelige metodeutviklingen. Tidsskriftet skal bidra til å stimulere forskning og fagutvikling, samt fremme og underbygge faglige og fagpolitiske diskusjoner og refleksjoner.

Forskningsartiklene vi publiserer, er fritt tilgjengelige, «Open Access», med en [CC BY 4.0-lisens](#). Originalartikler, oversiktsartikler og diskusjonsartikler er fagfellevurderte og regnes som vitenskapelige artikler. Alle artikler publiseres både på norsk og engelsk og er dermed tilgjengelige også for internasjonale lesere. Sykepleien Forskning er et nivå 1-tidsskrift og er indeksert i Cinahl og Sherpa Romeo.

Før du sender inn manuskript for vurdering

Forskningsetikk

Arbeidet som beskrives i artikkelen, må ha vært gjennomført i henhold til Helsinkideklarasjonen:

<https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/loverretningslinjer/helsinkideklarasjonen/>. Er studien vurdert av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), personvernombud / Norsk senter for forskningsdata (NSD) eller andre relevante instanser, skal dette beskrives og referansenummeret oppgis. Om studien ikke er vurdert av de ovennevnte instansene, skal dette også oppgis og begrunnes. Ethiske overveielser utover forskningsetikk skal, der det er hensiktsmessig, diskuteres – for eksempel der forskningsobjekter er i sårbare situasjoner, eller kan være utsatt for stigmatisering.

Forfatterskap

Følgende kriterier for forfatterskap skal være oppfylt:

- Forfatter(ne) skal ha bidratt vesentlig til idé og utforming, eller datainnsamling, eller analyse og tolkning av data.
- Forfatter(ne) skal ha bidratt til utarbeiding av selve manuskriptet eller kritisk revisjon av artikkelens intellektuelle innhold.
- Alle forfatterne skal ha godkjent artikkelversjonen som skal publiseres.

- Det skal være enighet blant forfatterne om å være ansvarlig for alle delene av arbeidet for å sikre at spørsmål knyttet til presisjon eller integritet til noen del av arbeidet er hensiktsmessig undersøkt.

Personer som har bidratt til arbeidet, men som ikke fyller kravene til forfatterskap, kan takkes i et eget avsnitt på slutten av artikkelmanuskriptet. Hvordan den enkelte har bidratt, bør presiseres. Slik takk forutsetter de aktuelle personenes samtykke.

Interessekonflikter

I samsvar med internasjonal praksis ber vi alle manusforfattere om å fylle ut et skjema om interessekonflikter:

https://sykepleien.no/sites/default/files/kartlegging_av_mulige_interessekonflikter.pdf . Erklæringen skal fylles ut og signeres av alle forfatterne og legges ved manuskriptet ved innsending i manushåndteringssystemet, og ikke sendes på e-post. Manus vil ikke bli vurdert eller ferdigbehandlet før korrekt utfylt skjema er mottatt for alle forfatterne.

Finansiering

Oppgi finansieringskilde sist i artikkelmanuskriptet hvis relevant.

Språk

Manuskriptet skal være skrevet på norsk (bokmål eller nynorsk). Publisert artikkel oversettes til engelsk av et profesjonelt språktjenestebyrå.

Eksklusivitet

Manuskriptet kan ikke ha vært publisert i eller være til vurdering hos andre tidsskrifter. Dette må erklæres i følgebrev. Forskning hvor hele eller deler av resultatet er presentert i rapport til oppdragsgiver/finansieringskilde vil kunne bli vurdert etter nærmere avtale med redaktør.

Klargjøring av manuskriptet

Generelt om krav til struktur og format

- Tittelen skal være kort og konsis og aller helst presentere hovedfunn. Tittelen har som hovedhensikt å vekke interessen hos leserne. Den må derfor være lettfattelig og forståelig for våre målgrupper. Redaktøren avgjør tittelen.
- For originalartikler og oversiktsartikler skal det foreligge et strukturert sammendrag med følgende overskrifter: bakgrunn, hensikt, metode, resultat, konklusjon (300 ord). Manuskriptet skal struktureres som følger: Introduksjon (maksimalt 600 ord), Metode inkludert etiske overveielser, Resultater, Diskusjon, inkludert diskusjon av studiens styrker og svakheter. Konklusjon.

- Oppgi tre–fem nøkkelord som du enten kan velge fra listen som kommer opp i ScholarOne, eller som du kan legge til selv. Nøkkelordene skal være unike og ikke brukt i tittelen. For originalartikler og oversiktsartikler, angi minst ett nøkkelord som viser hvilket forskningsdesign som er anvendt.
- Sett inn tre kulepunkter som gir leseren et raskt innblikk i hva artikkelen tilfører av ny kunnskap eller innsikt, maksimalt 100 tegn inkludert kulepunkter og mellomrom. Klinisk nytte løftes frem hvis relevant. Punktene plasseres i hoveddokumentet på en egen side etter referansene med overskriften "Hva studien tilfører av ny kunnskap".
- For originalartikler og oversiktsartikler skal forfatterne følge [EQUATOR-retningslinjene](#) for rapportering av forskning og oppgi i følgebrevet hvilken av dem som er fulgt.
- Artikkelen kan maksimalt ha til sammen fem figurer/tabeller. Disse skal være en del av hoveddokumentet (på egne sider etter referansene), ha egne kortfattede titler og være selvforklarende. Tabellene og figurene må være presentert på en måte som løfter frem viktige budskap i artikkelen. Dersom man har sentrale tabeller og figurer utover dette, kan de legges ved som supplement til artikkelen.
- Referansene skal angis etter [Vancouver-systemet](#) o Referansene gis fortløpende nummer i parentes i teksten og føres fortløpende i referanselisten.
 - DOI-nummer skal oppgis for tidsskriftsartikler.
 - Eksempler på korrekt føring av referanselisten:

Artikkel:

1. Lindhardt T, Hallberg IR, Poulsen I. Nurses' experience of collaboration with relatives of frail elderly patients in acute hospital wards: a qualitative study. *Int J Nurs Stud.* 2008;45(5):668–81. DOI: [10.1016/j.ijnurstu.2007.01.010](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.01.010)

Bok:

2. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice.* 9. utg. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2012.

Kapittel i bok:

3. Brenne AT, Estenstad B. Hjemmedød. I: Kaasa S, Loge H, red. *Palliasjon: nordisk lærebok.* 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2016. s. 161–71.

Rapport:

4. Melbye L, Ådnanes M, Kasteng F. *Sykepleiere i psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.* Trondheim: Sintef; 2017.

Sintef-rapport A28053.

Rapporter og tilsvarende på nett:

5. Helsedirektoratet. *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser.* Oslo: Helsedirektoratet; 2012. IS-1948. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/188/Nasjonalfaglig-retningslinje-personer-med-rop-lidelser-IS-1948.pdf> (nedlastet 08.11.2017).

Lover og forskrifter:

6. Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell (helsepersonelloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (nedlastet 18.02.2021).

NOU-er:

7. NOU 2011: 11. *Innovasjon i omsorg.* Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning; 2011.

Stortingsmeldinger:

8. Meld. St. 29 (2012–2013). Morgendagens omsorg. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2013.

Doktoravhandlinger og tilsvarende:

9. Humerfelt K. Brukermedvirkning i arbeid med individuell plan [doktoravhandling]. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse, Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap; 2012.

Originalartikler – 3000 ord

En originalartikkel beskriver gjennomførte forskningsstudier av ulike typer forskningsdesign. Relevante undertitler kan benyttes for å fremme lesbarhet og forståelse. Originalartikler skal følge internasjonalt anerkjente standarder for rapportering av forskning, jf. [EQUATOR-retningslinjene](#).

Antall referanser begrenses til 35, og antall ord telles eksklusiv sammendrag, tabeller, figurer og referanser. Antall ord kan fravikes ved kvalitative studier, dette må begrunnes i følgebrev ved innsending av manuskriptet.

Oversiktsartikler – 3000 ord

En oversiktsartikkel beskriver en systematisk litteraturstudie som gir oversikt over tidligere forskning som er gjort i et fagområde. Målet er å oppsummere og evaluere og syntetisere forskning. En litteraturstudie kan ha som formål å finne ut hva det er forsket på og avdekke kunnskapshull hvor det mangler oppdatert forskning. Det finnes mange ulike former for litteraturstudier, og ulike typer litteraturstudier er ønskelig. Oversiktsartikler skal følge internasjonalt anerkjente standarder for rapportering av litteraturstudier, jf. [EQUATOR-retningslinjene](#).

Antall referanser som ikke inngår i resultatet av litteraturstudien begrenses til 35, og antall ord telles eksklusiv sammendrag, tabeller, figurer og referanser.

Diskusjonsartikler – 2000 ord

Akademisk diskusjon rundt aktuelle utfordringer og temaer innen sykepleie, helse, helsepolitikk, utdanning og forskning løftes og diskuteres kritisk og med grunnlag i relevant kunnskap og erfaringer. Målet med diskusjonsartikler er å stimulere til akademisk diskusjon og faglig debatt.

Begynn med en kort introduksjon hvor du gjør rede for hva du vil med artikkelen. Så følger en bakgrunn som presenterer artikkelens problemstilling underbygget av vitenskapelige referanser. Etter den vil det kunne være ulike deler som diskuterer problemet, underbygget av vitenskapelige referanser. Artikkelen bør avsluttes med en konklusjon eller avrundning hvor du kan trekke alt sammen uten å introdusere ny informasjon.

Sammendraget skal være kort og beskrive essensen av diskusjonsartikkelen.

Maksimalt antall nøkkelord er fire (4), maksimalt antall referanser er 20.

Sjekkliste for innsending av manuskriptet

Innsending til tidsskriftet skal bestå av følgende separate dokumenter:

1. følgebrev til redaktøren
2. tittelside som inneholder følgende:
 - tittel på manuskriptet
 - forfatterens navn, akademisk tittel, stilling og arbeidssted
 - kontaktperson med kontaktinformasjon
 - antallet ord
 - antallet figurer og tabeller
3. artikkelmanuskriptet o Sjekk at antallet ord ikke overstiger ordrammen som er oppgitt for den aktuelle artikkeltypen.
 - Sjekk at antallet tabeller og figurer ikke overstiger fem. o Sjekk at tabeller og figurer har en kort, konsis og informativ tittel.
 - Sjekk at referanser følger Vancouver-systemet og er i henhold til eksemplene her i forfatterveiledning. o Sjekk av alle tidsskriftsartiklene i referanselisten har DOInummer.
4. signert erklæring om interessekonflikt

Alle dokumenter lastes opp i *Sykepleien*

*Forskning*s manuskripthåndteringssystem ScholarOne via følgende adresse:

<http://mc.manuscriptcentral.com/sykepleien-forskning>

Vurderingsprosessen

I første omgang foretar redaktøren og/eller assisterende redaktør en vurdering av hvorvidt artikkelmanuskriptet oversendes til fagfeller for vurdering eller avslås. Redaktøren fatter beslutning på bakgrunn av fagfellevurderingene, assisterende redaktørs vurdering og egen vurdering. Det er tre mulige utfall etter fagfellevurderinger: a) manuskriptet aksepteres, b) større eller mindre revisjon anbefales, c) manuskriptet avslås.

Fagfellevurdering

Alle manuskripter vurderes normalt av minst to fagfeller. Forfatterne skal ved innsending av manuskriptet anbefale minst to fagfeller som er aktuelle med tanke på habilitet, og som har metodologisk og/eller substansiell kompetanse.

Vi tilstreber en rask vurderingsprosess fra innsendelse til beslutning og fra aksept til publisering. Fagfellene bes følge COPE – etiske retningslinjer for fagfeller.

Når manuskriptet er akseptert

Forfatterne får en e-post fra redaktøren når manuskriptet er akseptert for publisering.

Etter godkjenning sendes manuskriptet videre for teknisk og språklig bearbeiding, såkalt språkvask, og følges opp av manusredaktøren.

Sykepleien Forskning sørger for profesjonell oversetting av hele artikkelen til britisk-engelsk, inkludert sammendraget, tabeller og figurer. Kontaktforfatteren får tilsendt den oversatte versjonen til gjennomlesning før publisering.

Sist oppdatert: februar 2023