



Uio • Universitetet i Oslo

Strategier for oppfølging av eldre pasienter med schizofreni og somatisk multimorbiditet i kommunehelsetjenesten

En litteraturstudie

Madeleine Nægga

Masteroppgave i Avansert Geriatrisk Sykepleie
30 studiepoeng

Institutt for helse og samfunn.
Avdeling sykepleievitenskap.

Medisinsk fakultet

30 juni 2020

Strategier for oppfølging av eldre pasienter med schizofreni og somatisk multimorbiditet i kommunehelsetjenesten

En litteraturstudie

Antall ord: 4712

Masteroppgaven presenteres som en artikkel etter det format som kreves av tidsskriftet Nordisk Sygeplejeforskning. Det er lagt inn tittelside til tidsskriftet og sammendrag på norsk og engelsk etter dette. Krav til antall ord er maksimalt 5000 utenom sammendrag, figurer og tabeller. En figur og to tabeller er lagt til etter referanselisten, plasseringen på disse fremkommer i artikkelteksten.

Forfatterveiledning fra Nordisk Sygeplejeforskning presenteres i vedlegg 1.

© Forfatter Madeleine Nægga

År 2020

Tittel: Strategier for oppfølging av eldre pasienter med schizofreni og somatisk multimorbiditet i kommunehelsetjenesten: en litteraturstudie

<http://www.duo.uio.no/>



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

Navn: Madeleine Nägga	Dato: 30.06.20
Tittel og undertittel: Strategier for oppfølging av eldre pasienter med schizofreni og somatisk multimorbiditet i kommunehelsetjenesten: en litteraturstudie	
<p>Formål: Eldre med schizofreni har ofte komplekse behov og det er vanlig med somatisk multimorbiditet, i tillegg kan helsetjenestene være fragmenterte og bidra til tilleggsbelastninger. Formålet med studien var derfor å finne ut hvilke strategier som kan være hensiktsmessige å bruke ved oppfølging av eldre pasienter med schizofreni og somatisk multimorbiditet i kommunehelsetjenesten.</p> <p>Metode: Litteraturstudie med tematisk analyse. Systematisk litteratursøk utført i databasene Medline, PsycINFO og Embase Classic+Embase. Inkluderte studier var kvantitative, publisert mellom 2009-2020, og rapporterte om strategier for oppfølging og behandling av schizofreni og somatisk multimorbiditet i kommunehelsetjenesten. Kvalitet ble vurdert med norske sjekklister for vurdering av forskningsartikler.</p> <p>Resultat: Av totalt 340 artikler ble 4 inkludert. Inkluderte studier rapporterer om integrerte psykososiale og somatiske helseintervensjoner, årlige helsegjennomganger, behandlingsplaner samt case management i hjemmet. I analysen ble fire temaer identifisert; forebygging av somatisk helsesvikt, forberedende tiltak, opplevelse av helse, psykiske symptomer og funksjon.</p> <p>Konklusjon: Ingen av de identifiserte strategier i denne studien har vist til gjennomgående effekt på både psykisk og somatisk helse men det er funnet effekt på sykehusinnleggelse, alvorlighetsgrad av psykiske symptomer, forebyggende helsetiltak og enkelte somatiske utfallsmål. Grunnet få inkluderte artikler, og heterogenitet i forhold til alder og diagnose, er det vanskelig å generalisere funnene.</p>	
Nøkkelord: Integrerte helsetjenester, Litteraturgjennomgang, Primærhelsetjeneste, Psykisk sykdom, Somatisk helse	



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

Name: Madeleine Nägga	Date: 30.06.2020
Title and subtitle: Follow-up strategies for elderly patients with schizophrenia and somatic multimorbidity in community health services: a literature review	
<p>Purpose: Elderly with schizophrenia often has complex needs and somatic multimorbidity is common. The health services can also be fragmented which can lead to additional afflictions. The purpose is therefore to find strategies that could be appropriate in follow-up of elderly patients with schizophrenia and somatic multimorbidity in community health care services.</p> <p>Method: Literature review with thematic analysis. Systematic literature searches are conducted in 3 databases (Medline, PsycINFO, Embase Classic+Embase). Included studies were quantitative, published 2009-2020, and they reported on care strategies for schizophrenia and multimorbidity in community health care services. Quality assessment was conducted with Norwegian checklists for assessment of research articles.</p> <p>Result: From totally 340 articles, 4 was included. Included studies reported on integrated psychosocial and somatic interventions, annual reviews of physical health, care plans and case management. Four themes were identified in analysis; prevention of somatic health decline, preparatory interventions, experience of health, psychiatric symptoms and function.</p> <p>Conclusion: None of the strategies identified had effects in both psychic and somatic health but effects are found in hospitalizations, severity of psychiatric symptoms, preventive health interventions and some somatic outcomes. Because of few included articles, and heterogeneity in age and diagnosis, it is difficult to generalize the findings.</p>	
Key words: Community health services, Integrated health services, Mental illness, Review, Somatic health	

Innholdsfortegnelse

Forord	1
Tittelside til tidsskriftet Nordisk Sygeplejeforskning	2
Introduksjon	7
Metode	10
<i>Litteratursøk</i>	11
<i>Inklusjons- og eksklusjonskriterier</i>	11
<i>Vurdering av kvalitet</i>	12
<i>Analyse</i>	12
Resultat	13
<i>Beskrivelse av studiepopulasjoner</i>	15
<i>Forebygging av somatisk helsesvikt</i>	15
<i>Forberedende tiltak</i>	16
<i>Opplevelse av helse</i>	17
<i>Psykiske symptomer og funksjonsnivå</i>	18
Diskusjon	19
<i>Implikasjoner for praksis</i>	23
<i>Begrensninger i litteraturstudien</i>	24
Konklusjon	25
Referanser	27
Figurer og tabeller	32
Vedlegg 1. – Forfatterveiledning for Nordisk Sygeplejeforskning	37

Forord

For å fullføre denne masteroppgaven har flere hjulpet og støttet meg. Først av alt vil jeg takke bibliotekar Hilde Flaaten på Universitetsbiblioteket for hjelp og veiledning ved litteratursøk.

Jeg vil også takke mine veiledere Stig Tore Bogstrand og Caroline Farsjø Aure for all konstruktiv kritikk som har hjulpet meg videre i arbeidet. Til slutt vil jeg takke min kjære

Næjla, for at han bestandig finnes der for meg og alltid tror på meg.

Tittelside til tidsskriftet **Nordisk Sygeplejeforskning**

Manuskriptets tittel:

Strategier for oppfølging av eldre pasienter med schizofreni og somatisk multimorbiditet i kommunehelsetjenesten: en litteraturstudie

Forkortet versjon av tittel:

Oppfølging av eldre med schizofreni og somatisk multimorbiditet

Vitenskapelig artikkel

Antall ord: 4712

Madeleine Nægga, sykepleier i Os kommune, mastergradsstudent i Avansert Geriatrisk Sykepleie, Universitetet i Oslo, Institutt for helse og samfunn, Oslo.

Adresse: Råveien 107, 7372 Glåmos

Telefon: 41086207

E-post: eva.madeleine.nagga@os.kommune.no

Sammendrag

Formål: Eldre med schizofreni har ofte komplekse behov og det er vanlig med somatisk multimorbiditet, i tillegg kan helsetjenestene være fragmenterte og bidra til tilleggsbelastninger. Formålet med studien var derfor å finne ut hvilke strategier som kan være hensiktsmessige å bruke ved oppfølging av eldre pasienter med schizofreni og somatisk multimorbiditet i kommunehelsetjenesten.

Metode: Litteraturstudie med tematisk analyse. Systematisk litteratursøk utført i databasene Medline, PsycINFO og Embase Classic+Embase. Inkluderte studier var kvantitative, publisert mellom 2009-2020, og rapporterte om strategier for oppfølging og behandling av schizofreni og somatisk multimorbiditet i kommunehelsetjenesten. Kvalitet ble vurdert med norske sjekklister for vurdering av forskningsartikler.

Resultat: Av totalt 340 artikler ble 4 inkludert. Inkluderte studier rapporterer om integrerte psykososiale og somatiske helseintervensjoner, årlige helsegjennomganger, behandlingsplaner samt case management i hjemmet. I analysen ble fire temaer identifisert; forebygging av somatisk helsesvikt, forberedende tiltak, opplevelse av helse, psykiske symptomer og funksjon.

Konklusjon: Ingen av de identifiserte strategier i denne studien har vist til gjennomgående effekt på både psykisk og somatisk helse men det er funnet effekt på sykehusinnleggelser, alvorlighetsgrad av psykiske symptomer, forebyggende helsetiltak og enkelte somatiske

utfallsmål. Grunnet få inkluderte artikler, og heterogenitet i forhold til alder og diagnose, er det vanskelig å generalisere funnene.

Nøkkelord: Integreerte helsetjenester, Litteraturgjennomgang, Primærhelsetjeneste, Psykisk sykdom, Somatisk helse

Abstract

Purpose: Elderly with schizophrenia often has complex needs and somatic multimorbidity is common. The health services can also be fragmented which can lead to additional afflictions. The purpose is therefore to find strategies that could be appropriate in follow-up of elderly patients with schizophrenia and somatic multimorbidity in community health care services.

Method: Literature review with thematic analysis. Systematic literature searches are conducted in 3 databases (Medline, PsycINFO, Embase Classic+Embase). Included studies were quantitative, published 2009-2020, and they reported on care strategies for schizophrenia and multimorbidity in community health care services. Quality assessment was conducted with Norwegian checklists for assessment of research articles.

Result: From totally 340 articles, 4 was included. Included studies reported on integrated psychosocial and somatic interventions, annual reviews of physical health, care plans and case management. Four themes were identified in analysis; prevention of somatic health decline, preparatory interventions, experience of health, and psychiatric symptoms and function.

Conclusion: None of the strategies identified had effects in both psychic and somatic health but effects are found in hospitalizations, severity of psychiatric symptoms, preventive health interventions and some somatic outcomes. Because of few included articles, and heterogeneity in age and diagnosis, it is difficult to generalize the findings.

Keywords: Community health services, Integrated health services, Mental illness, Review,
Somatic health

Introduksjon

Schizofreni er en alvorlig lidelse som rammer ca. 1 % av befolkningen. Sykdommen debuterer oftest fra slutten av tenårene til 30-årene (1, s. 140). Prevalensen av eldre (over 60 år) med schizofreni er på 0,2–0,5%, de fleste eldre med sykdommen har fått denne i ung alder (1, s. 91).

Studier viser at 55% av personer med schizofreni har en somatisk sykdom og at 30% har multimorbiditet. De mest forekommende sykdommene er hypertensjon, Parkinsons sykdom og diabetes. Risikoen for å få nevropsykiatriske sykdommer som Parkinsons sykdom, infeksjose sykdommer eller diabetes var økt hvis man har schizofreni. Hos kvinner med schizofreni ble det også funnet et kluster av respiratoriske sykdommer (2). Multimorbiditet er også utbredt i den generelle eldre befolkningen (3). Eldre med alvorlig psykiske lidelser har ikke en økt multimorbiditet sammenlignet med andre uten psykisk sykdom (4). I en svensk studie som undersøkte prevalens av mulitmorbiditet blant personer over 60 år fant man at 88% hadde minst to kroniske sykdommer (3). Til tross for dette viser litteraturen at personer med schizofreni har et kortere forventet liv enn andre i befolkningen, i gjennomsnitt 15 -20 år (5). I en kohortstudie som undersøkte mortalitet hos eldre menn med alvorlig psykisk lidelse fremkommer det at de vanligste dødsårsakene var kardiovaskulære sykdommer, kreft og kroniske respiratoriske sykdommer. Ingen i denne studien døde av suicid (6). Personer eldre enn 70 år med schizofreni består av en gruppe som bare gjennom å nå en høyere alder, samtidig som de har en alvorlig psykisk lidelse, kan anses som overlevende (7).

Personer med alvorlig psykisk lidelse har flere besøk på akuttmottak og sykehusinnleggelses samt lengre sykehusopphold enn den generelle befolkningen (4). Det fremkommer at eldre med schizofreni, til tross for kunnskap om sin sykdom og symptomer, i mindre grad monitorerer sine symptomer eller tar grep i forhold til sin helse (8).

I dagens helselovgivning er det ikke et eksakt skille på hvem som har behandlings- og oppfølgingsansvar for pasienter med schizofreni og andre psykoselidelser. Da mange har behov for langvarige helsetjenester er det ofte et samarbeid hvor spesialisthelsetjenesten har ansvar for behandling for en kortere tid, og kommunehelsetjenestene har ansvaret for oppfølging av ulike arenaer i livet, for eksempel sosiale tiltak, bolig, familie og skole/arbeid. Det er fastlegen som har ansvar for å følge opp somatisk helsetilstand hos pasienten (1, s.91). For eldre personer med schizofreni og samtidig somatisk multimorbiditet er det viktig at den somatiske helsen blir fulgt opp, blant annet påstås det at hvis eldre personer med schizofreni hadde oppnådd samme helsestatus som sine jevnaldrende i den generelle befolkningen, så ville flere møtt kriteriene for vellykket aldring (9). Vellykket aldring kan defineres som en lav sannsynlighet for sykdom og sykdomsrelatert funksjonsnedsettelse, høy kognitiv og fysisk kapasitet og en aktiv deltakelse i samfunnet (10). Det vises til ulike barrierer som påvirker behandling og oppfølging av somatisk helse hos personer med alvorlig psykisk lidelse (11). Noen av disse er at pasientene ikke søker adekvat somatisk helsehjelp på grunn av symptomer som er knyttet til den psykiske lidelsen, uheldige livsstilsvalg, men også komplekse medisinske tilstander, og manglende kompetanse hos helsepersonell. Disse barrierene kan gjøre at pasientgruppen ikke får nødvendig behandling og oppfølging. I tillegg kan de store utfordringene med å integrere psykiatrisk behandling med somatisk helsetjeneste i et moderne helsevesen bidra til at denne pasientgruppen ikke får optimale tjenester (12). I nasjonal veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov vises det til at

spesialisthelsetjenesten følger diagnosespesifikke retningslinjer og kommunene har et bredere perspektiv med spesielt fokus på funksjon (13, s. 11). For personer som har komplekse helsebehov kan det oppleves vanskelig å forholde seg til slike fraksjonerte helsetjenester, og eldre som både har somatiske sykdommer og psykiske helseproblemer anses som spesielt sårbare (13, s. 11).

I kommunene har man ansvar for pasienter som på ulike måter har komplekse behov, med kroniske sykdommer og varierende behov for helsehjelp og psykososial støtte, spesielt for eldre pasienter er multimorbiditet vanlig (14). Sykepleiere i kommunehelsetjenesten har ofte et bredt perspektiv med fokus på funksjon sammenlignet med sykepleiere i spesialisthelsetjenesten som i større grad forholder seg til diagnosespesifikke retningslinjer (14). Men det er ikke bare mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten det kan være utfordrende med samhandling mellom helsepersonell. En norsk studie (15) rapporterer at det kan være utfordringer med samhandling innenfor ulike avdelinger i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, i dette tilfellet mellom kommunal psykiatrisk tjeneste og hjemmesykepleie/hjemmehjelp. Man så at det var tre ulike faktorer som påvirket samhandlingen, disse var for det første knyttet til overordnede strukturer, blant annet spesialiserte enheter med kjerneoppgaver og adskilte journalsystemer. For det andre handlet det om ulike rammer i de forskjellige avdelingene med blant annet forskjell på døgn- og dagtjenester. Den tredje faktoren var at spesialiserte tjenester i kommunen kunne innebære at helsepersonell har ulike mål og forventninger (15).

Med tanke på de utfordringer som finnes med å integrere somatisk og psykisk helsehjelp er hensikten med denne studien å finne ut av hva helsepersonell i kommunehelsetjenesten kan

gjøre for å forebygge forverring av helsetilstand hos eldre pasienter med schizofreni og samtidig somatisk sykdom. Forskningsspørsmålet er formulert som følger;

Hvilke strategier kan være aktuelle for helsepersonell i kommunehelsetjenesten ved oppfølging av eldre pasienter med schizofreni og somatisk multimorbiditet?

Metode

Denne studien er gjennomført som en systematisk narrativ litteraturstudie. En narrativ litteraturstudie gjennomgår allerede publisert litteratur (16,17). I prosessen med å utføre en narrativ litteraturstudie finnes det ofte forutbestemte tanker om hvordan man skal inkludere litteratur og hvordan syntese skal utføres (tekstform, i tabeller eller grafisk). Litteraturstudier er nyttige for å identifisere hvilken forskning som allerede er gjort, bygge på tidligere forskning, summere kunnskap, unngå duplisering og for å identifisere mangler og hull i forskningen (16). Narrative litteraturstudier trekker mange ulike typer informasjon inn i et lesbart format, og brukes derfor ofte i artikler med utdanningsfokus (17).

De inkluderte artiklene til denne litteraturstudien er heterogene i forhold til metode, intervensjoner og utfallsmål. Det ble derfor vurdert at en narrativ litteraturstudie er en metode som tillater å integrere de forskjellige kunnskapene som de inkluderte artiklene presenterer.

Litteratursøk

MN foretok systematiske litteratursøk i to ulike medisinske databaser (MEDLINE og psycINFO) etter anbefaling fra bibliotekar ved universitetsbiblioteket. Gjennomgang med bibliotekar ble utført i september 2019 og det endelige søket ble utført i november 2019. Søkeord og kombinasjoner av disse presenteres i tabell 1.

[Her kan tabell 1. plasseres]

Da antall inkluderte artikler basert på litteratursøk i Medline og PsycINFO var lavt ble det valgt å gjøre enda et litteratursøk i Embase Classic+Embase, februar 2020. Det ble brukt samme søkeord og samme avgrensning med tanke på språk, men tidsavgrensning er forskjellig, det vil si fra 2009 til februar 2020.

Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier var alder over 55 år, schizofreni, somatisk sykdom og strategier for oppfølging. De eksklusjonskriterier som ble brukt var medikamentell behandling, nydiagnostisert schizofreni, demens og spesialisthelsetjeneste. Ved litteratursøk ble det gjort tidsmessig avgrensning til å omfatte artikler fra 2009–2019 (2009–2020 for Embase), språk ble avgrenset til engelsk og skandinaviske språk.

Artikler fra litteratursøk ble importert til EndNote X9 hvor referanser ble håndtert i seleksjonsprosessen.

Artikkelseleksjon ble gjort utfra problemstilling, søkeord samt inklusjons- og eksklusjonskriterier. Etter at duplikat var fjernet ble treffene fra litteratursøket selektert ved gjennomlesing av overskrifter, de som åpenbart ikke passet inn i gitte kriterier ble fjernet fra videre gransking. Neste skritt var gjennomlesing av abstrakt og vurdering mot inklusjonskriterier. Ved gjennomgang av fulltekstartikler ble disse lest flere ganger for å se om de er relevante for problemstillingen, disse ble også diskutert med veiledere før inklusjon i litteraturstudien. I figur 1. presenteres seleksjonsprosessen.

[Her kan figur 1. plasseres]

Vurdering av kvalitet

Inkluderte artikler til denne litteraturstudien ble vurdert i forhold til kvalitet med hjelp av norske sjekklister for vurdering av forskningsartikler (18).

Analyse

Populasjon, metode, design, innhold i strategiene og hovedfunn ble ekstrahert fra artiklene og sammenstilt i litteraturmatrise, denne matrisen ligger som grunn for videre analysearbeid.

Som analysemetode er tematisk analyse valgt da dette er en fleksibel analysemetode som tillater at ulike typer data integreres i samme litteraturstudie. En tematisk analyse involverer det å identifisere fremtredende eller gjentakende temaer i litteraturen, for deretter å summere disse under ulike tematiske overskrifter (19). Ved analyse av inkluderte artikler har disse blitt lest flere ganger, og problemstillingen har vært brukt aktivt for å identifisere temaer ut fra områder som flere av artiklene trekker frem. Resultatet ble skrevet når temaer var blitt identifisert.

Resultat

Det er inkludert 4 forskningsartikler i denne litteraturoversikten som totalt har 16 021 pasienter inkludert. To av disse er randomiserte kontrollerte studier som har evaluert effekten av intervensjoner som integrerer psykososiale samt helseforebyggende tiltak (20,21). Den tredje er en retrospektiv observasjonell kohortstudie hvor man har sett på om årlige helsegjennomganger og behandlingsplaner påvirker ikke-planlagt bruk av sykehus (22). Den fjerde artikkelen er en case-crossover studie hvor man har sett på den effekten som case management i hjemmet har hatt på bruk av spesialisthelsetjenester (25). Disse artiklene beskriver ulike tiltak og har heller ikke de samme utfallsmålene. Studiepopulasjonen er heterogen når det gjelder diagnoser og aldersgrupper da flere av artiklene har inkludert personer med andre alvorlige psykiske lidelser, som bipolar lidelse og alvorlig depresjon. Også alder på personer er varierende med kun en artikkel som spesifikt har fokusert på eldre.

Artiklene består av to RCT-studier og to observasjonsstudier og omhandler ikke samme type intervensjon og dermed ikke helt de samme utfallsmål. Det er ikke inkludert annet enn forskningsartikler i denne litteraturoversikten, artikler som har rapportert fra kvalitetsforbedringsprosjekter er ekskluderte. Inkluderte artikler vurderes å ha god til middels kvalitet. Når det gjelder de to randomiserte studiene har begge et design som ikke fullt ut tillater blinding, hverken for deltagere eller de som er involvert i intervensjonene, det er også vanskelig å vurdere kontrollgruppens tilbud som var vanlig behandling (20,21). Dette vil variere ut fra den enkelte pasients behov for helsehjelp. Kohortstudien har fulgt et stort antall pasienter og analysert elektroniske data om kvalitetsindikatorer, som årlige helsegjennomganger og behandlingsplaner (22). Kvalitet og innhold av disse er ikke vurdert og dette kan dermed ha følger for resultatet. I case-crossover studien har man sammenlignet bruk av helsetjenester før og etter intervensjon for den enkelte pasient (25).

I analysen er det blitt identifisert fire ulike temaer, forebygging av somatisk helsesvikt, forberedende tiltak, opplevelse av helse samt psykiske symptomer og funksjonsnivå. I det første temaet, forebygging av somatisk helsesvikt, er det funnet data fra tre av artiklene (20-22). I det andre temaet, forberedende tiltak, er det også tre artikler som har hatt fokus på ulike tiltak som går inn under dette (20,22,25). For temaet opplevelse av helse er det to av artiklene som har undersøkt hvordan deltakerne har opplevd intervensjonen (20,21). Det siste temaet handler om psykisk helse og funksjonsnivå. Alle inkluderte artikler tar opp dette på ulike måter (20-22,25). Litteratormatrise som analysen baseres på, presenteres i tabell 2.

[Her kan tabell 2. plasseres]

Beskrivelse av studiepopulasjoner

Case cross-over studien har inkludert 10 274 pasienter, av disse hadde 69,7% schizofreni og gjennomsnittlig alder var 42,5 år (18– ≥ 80 år) (25). I kohortstudien var det inkludert 5158 pasienter (22). 56 % av disse hadde schizofreni og andre psykoselidelser, 40 % hadde bipolar lidelse og affektive psykoser og 4 % hadde begge deler. Medianalder ved inklusjon i studien var 46 år (18→65 år) (22). I IMPaCT-studien var det 406 pasienter og 104 behandlingskoordinatorer inkludert i studien, alder på pasientene var i gjennomsnitt 45 år (22–66 år) og de hadde en diagnose på psykotisk lidelse i henhold til ICD 10 (21). I HOPES-studien besto populasjonen av 183 personer med schizofreni (28%), schizoaffektiv lidelse (28%), bipolar lidelse (20%) eller alvorlig depresjon (24%). Gjennomsnittlig alder for deltakerne var 60,2 år (20).

Forebygging av somatisk helsesvikt

I flere av artiklene fokuserer man på å forebygge somatisk helsesvikt. Det presenteres to psykososiale modeller som også fokuserer på helsefremmende tiltak. I den ene studien bruker man teknikker fra Motiverende Intervju og integrerer kognitiv atferdsterapi for å støtte atferdsendring og mental helse, denne intervensjonen kalles for IMPaCT-terapi (21). Den andre intervensjonen, Helping Older People Experience Success (HOPES), fokuserer på ferdighetstrening (blant annet temaer som effektiv kommunikasjon, skaffe og beholde venner og hvordan leve sunt) og helsefremmende tiltak som blant annet screening (20). Med tanke på den høye frekvensen av pasienter med schizofreni og kardiovaskulære sykdommer og diabetes går en del av tiltakene i disse intervensjonene ut på å forebygge sykdomsutvikling

eller forverring av allerede eksisterende somatisk sykdom. Når det gjelder overvekt og abdominal fedme, hypertensjon, glukose og kolesterol ses ingen signifikant effekt av IMPaCT-terapi annet enn for HDL kolesterol og redusert livvidde med i snitt 2 cm (21). Ved oppfølging etter 3 år fremkommer det at sykepleieledet helsefremmende arbeid hadde effekt på andel pasienter som fikk undersøkelse av øyne og syn, samt at kvinner fikk screening for kreft ved hjelp av mammografi og celleprøve for livmorhalskreft. Det var ingen signifikante forskjeller når det gjelder blodtrykksmålinger og kolesterolprøver (20). HOPES-studien sier ikke noe om hvorvidt risikofaktorer for kardiovaskulær sykdom eller diabetes er blitt redusert, kun at man screenet for noen av faktorene. For øvrig ble det ikke funnet andre signifikante forskjeller med tanke på Charlson Severity Index, antall registrerte sykdommer, eller sykehusinnleggelser og bruk av akuttmottak (20).

I en av studiene har man sett på om årlige helsegjennomganger påvirker bruk av akuttmottak og sykehusinnleggelser på grunn av tilstander hvor sykehusinnleggelse skulle kunne være forebygget av tiltak i primærhelsetjenesten, eller psykisk sykdom (22). I denne studien finner man at årlige helsegjennomganger ikke har statistisk signifikante assosiasjoner med noen av utfallene som er bruk av akuttmottak og sykehusinnleggelser.

Forberedende tiltak

I HOPES-intervensjonen ble det funnet statistisk signifikante assosiasjoner mellom sykepleieledete helsefremmende tiltak og andel utarbeidede livstestamenter (20). Denne studien sier ikke noe om hvilke effekter deltakerne har fått på sin livssituasjon og helsestatus etter å ha utarbeidet livstestamenter. Med tanke på å forebygge ikke-planlagte

sykehusinnleggelser og bruk av akutthelsetjenester vises det til at både en aktuell behandlingsplan de siste 12 måneder og en utdatert behandlingsplan gir færre sykehusinnleggelser som kunne vært forebygget av tiltak i primærhelsetjenesten, men også mindre kontakter med akuttmottak (22). Dette gjelder ikke for innleggelser grunnet psykisk sykdom (22). I case cross-over studien rapporteres det om case management i hjemmet etter innleggelse på grunn av psykisk sykdom (25). Pasientene fikk tilbud om oppfølging og behandling i hjemmet av et tverrfaglig team bestående av psykiater, psykiatrisk sykepleier og sosialarbeider. Disse ga psykiatrisk og grunnleggende somatisk behandling. Denne intervensjonen hadde signifikant effekt på innleggelser grunnet psykisk sykdom, men hadde ikke effekt på innleggelser med somatiske årsaker (25).

Opplevelse av helse

To av artiklene har helseopplevelser målt med SF-36 som utfallsmål (20,21). I IMPaCT-studien var det primære utfallsmålet endringer i SF-36 (21). Det var ingen statistisk signifikante forskjeller hverken for mental eller fysisk helse. Heller ikke i HOPES-studien ble det funnet signifikante forskjeller på hverken mental eller fysisk helse målt med SF-36 (20).

I HOPES-studien rapporteres det om signifikante forskjeller i forhold til større mestringstro, målt med Revised Self-efficacy Scale (R-SE Total) for intervensjonsgruppen sammenlignet med kontrollgruppen. De fleste som rapporterte økt mestringstro hadde ikke psykoselidelser, men affektive lidelser (20) .

Psykiske symptomer og funksjonsnivå

Det er i alle artiklene noen typer utfallsmål som gjelder for enten funksjonsnivå, psykiatriske symptomer eller innleggelse i psykiatrisk spesialisthelsetjeneste. Det er foruten SF-36 (MCS) (20,21) og sykehusinnleggelse på grunn av psykisk lidelse (20,22,25) ikke brukt samme type utfallsmål i noen av artiklene.

Med tanke på psykiske symptomer har det kun blitt vist signifikant effekt på BPRS Total-skår ved oppfølging etter 3 år (20). I IMPaCT-studien ble det ikke vist signifikante effekter på utfall som målte psykiske symptomer (21).

Andre utfallsmål som er brukt for å vurdere psykisk helse eller funksjon er innleggelse på sykehus, bruk av poliklinikk og tvangsinnleggelse. I HOPES-studien var det ingen signifikante forskjeller på andelen som hadde hatt akutte psykiatriske innleggelse (20). Det var ingen statistisk signifikant sammenheng mellom innleggelse grunnet psykisk lidelse og årlige helsegjennomganger eller å ha en behandlingsplan, hverken en aktuell eller utdatert (22). Derimot var det en signifikant reduksjon av innleggelse på psykiatrisk sykehus, tvangsinnleggelse samt besøk ved psykiatrisk akuttmottak for de som mottok case management i hjemmet, samtidig som antallet polikliniske besøk økte (25).

Diskusjon

Inkluderte artikler i denne litteraturstudien har brukt ulike strategier for å følge opp eldre personer med schizofreni og somatisk multimorbiditet i kommunehelsetjenesten. Strategier i inkluderte artikler var tverrfaglighet og case management, integrerte intervensjoner med både psykososialt og somatisk fokus samt forebyggende tiltak. Ingen av intervensjonene har fullt ut lyktes i å vise til effekter for både somatisk og psykisk helse, og på grunn av at inkluderte artikler i denne ikke kun har eldre pasienter med schizofreni i studiene gir dette usikkerheter i forhold til funnenes gyldighet.

Med tanke på å integrere helsetjenester for personer med psykisk sykdom og somatisk multimorbiditet så har ikke funnene vært overbevisende om effekt. I den ene RCT-studien som er inkludert i denne litteraturstudien beskrives enkle og generelle tiltak for å forbedre den somatiske helsen til eldre med schizofreni, eksempel på dette er regelmessige målinger av vekt og blodtrykk i tillegg til screening for kreft (20). Mange av disse tiltakene støttes det opp om i de nasjonale faglige retningslinjer om utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser, hvor det anbefales å ha årlige helsekontroller med spesielt fokus på å forebygge livsstilssykdommer gjennom kontroll av vekt, høyde, livvidde, blodprøver (blodsukker og fettstoffer), røyking samt kosthold og mosjon (1, s. 52–53). Også i studien om IMPaCT terapi har man hatt fokus på kardiometabolske utfall i tillegg til rusmiddelbruk og livsstilsvalg, men det ble ikke rapportert effekt på annet enn HDL-kolesterol og en noe redusert livvidde (21). I IMPaCT studien fremkommer det at årsaker til liten effekt kunne være at det ikke ble avsatt nok tid for intervensjonen, fordi dette ble utført i tillegg til vanlig behandling. En annen årsak kan være at det i studien kun var oppfølging i 15 måneder (21). I

HOPES-studien er det fokus på hvor mange som har fått ulike typer undersøkelser, men ikke hvilken effekt disse har hatt på den somatiske helsen til inkluderte deltagere (20). Med tanke på at psykiske symptomer kun har hatt moderat forbedring (20) kan det være slik at den psykiske helsetilstanden til deltagerne også hadde påvirkning, da schizofreni kan medføre symptomer som påvirker evnen til å fokusere og håndtere somatiske helseproblemer. Når det gjelder årlige helsekontroller for personer med schizofreni og andre psykoselidelser, slik det anbefales i nasjonale retningslinjer (1, s. 52), hadde ikke dette effekt når man måler sykehusinnleggelser og bruk av akuttmottak (22). Tiltaket med årlige helsegjennomganger kan ha andre effekter, som for eksempel å sette fokus på pasientenes somatiske helse og at relevante tiltak kan iverksettes. Det kan også oppleves som betryggende for pasientene når de vet at de regelmessig får en sjekk av sin somatiske helsetilstand (26). Regelmessige somatiske helsesjekker og screening-tiltak kan være med på å fange opp sykdom på et tidlig stadium, og på den måten bidra til å forebygge somatisk helsesvikt.

For at et program eller intervensjon skal oppleves som meningsfull er det av interesse om pasientene synes at det har hjulpet dem. I og med at inkluderte artikler er heterogene og har forskjellige utfallsmål er det ikke i alle studiene man har undersøkt hvordan deltakernes opplevelse av egen helse blir erfart. Hverken HOPES-studien eller IMPaCT-studien har påvist effekt på helserelatert livskvalitet, og den effekten som var funnet på mestringstro gjaldt først og fremst for personer med affektive lidelser og ikke schizofreni (20,21). Heller ikke en RCT-studie om tverrfaglig pasientsentrert oppfølging med fokus på behandling av voksne med multimorbiditet, klarte å vise signifikante effekter på helserelatert livskvalitet, men en bedring av pasientsentrerte utfall som tilfredshet med behandling og oppfølging, samt det å ha en behandlingsplan (27). Når det gjelder opplevelse av egen helse viser en studie at eldre personer med schizofreni rangerer sin helse som bedre enn andre grupper med kroniske

sykdommer, men at de har en lavere opplevelse av forutsigbarhet i forhold til sin helse (sense of coherence) (8). Det kan dermed tenkes at mer målrettede tiltak rettet mot mestring av utfordringer i livssituasjonen vil ha potensiale for å bedre opplevelse av helse. Det kan også være andre forhold som påvirker den helserelaterte livskvaliteten, for eksempel det at pasientene ikke har fått den hjelpen de selv synes de trenger i disse intervensjonene. En studie som har undersøkt formell og uformell hjelp til eldre med alvorlig psykisk lidelse, fant at det de fleste trengte hjelp til var å håndtere psykologisk smerte, fysisk sykdom, sosiale kontakter, oppgaver i hjemmet og daglige aktiviteter (28). Eldre med schizofreni rangerer sin livskvalitet som lavere, både den mentale og fysiske livskvaliteten, sammenlignet med normalbefolkningen (29). For pasienter med psykisk og somatisk multimorbiditet på psykiatriske sykehjem fant man at pasientene oftest rapporterte om ikke oppfylte behov innenfor sosiale områder, når helsepersonell vurderte at det var størst andel behov som ikke var oppfylt innenfor psykologiske områder (30). For personer med kroniske sykdommer er god livskvalitet et viktig mål da den enkelte pasient er nødt til å leve med helseutfordringer over lang tid. Som det er vist har ingen av strategiene i denne studien hatt signifikante effekter på livskvalitet, og en forklaring kan være at intervensjonene ikke har truffet på områder som anses relevante for pasientenes opplevelse av livskvalitet.

I denne litteraturstudien har det kommet frem at case management i hjemmet har hatt effekt på at antall innleggelser på sykehus på grunn av psykisk sykdom gikk ned, likeså tvangsinnleggelser samt besøk på psykiatrisk akuttmottak, samtidig som timer i poliklinikk økte. Denne intervensjonen hadde ikke tilsvarende effekter på somatiske sykdommer (25). Case management som strategi for oppfølging av personer med komplekse helseproblemer blir det rapportert om i flere studier, men det er motstridende resultater som rapporteres (31-33). Sykepleieledet case management for eldre med kroniske sykdommer har vist å kunne

redusere sykehusinnleggelser, men dette ble påvirket av når intervensjon ble iverksatt, og den tid som ble brukt per måned for den enkelte pasient (31). I en oversiktsartikkel rapporterer man at case management kan være effektiv, blant annet gjennom å hjelpe pasientene til å identifisere mål og tale pasientens sak i møte med annet helsepersonell (32). Andre påstår at det brede fokus som man har med case management er mindre effektivt i oppfølging av pasienter med multimorbiditet (33). Samtidig er koordinering av helsehjelp og kontinuitet nøkkelaspekter ved oppfølging av pasienter med multimorbiditet.

Behandlingsplaner utarbeidet hos allmennlege viste å redusere risiko for innleggelser som hadde kunnet være forebygget av tiltak i primærhelsetjenesten og besøk på akuttmottak, dette påvirket ikke risikoen for innleggelser på grunn av psykisk sykdom (22). Det fremkommer ikke i denne studien hvor stort fokus allmennlegen har hatt på pasientens psykiske helsetilstand når behandlingsplanen er blitt utarbeidet, og heller ikke om det har vært en tverrfaglig tilnærming. Man kan heller ikke sikkert vite hvor stor vekt pasientens egne prioriteringer og mål er blitt gitt i disse planene, og om dette kan ha påvirket utfallene rundt psykisk helse. I en studie om samarbeid i primærhelsetjenesten for å forbedre oppfølgingen av pasienter med multimorbiditet (depresjon, diabetes, og/eller koronarsykdom) ble en behandlingsplan utarbeidet (34). Denne ble brukt av sykepleiere og allmennleger i samarbeid med pasienten. Man fant en signifikant forbedring av depresjon, og i tillegg rapporterte pasienter, sykepleiere og leger at planen ga en struktur som fremmet samarbeid og kommunikasjon mellom pasienter og helsepersonell (34). I en norsk studie om pasientsentrert behandling og oppfølging av voksne med multimorbiditet kom det frem at det var store forventninger til at behandlingsplanen ble fulgt i møte med ulike helsetjenester, og at avvik fra denne ble møtt med reaksjoner fra pasientene (35). En behandlingsplan som brukes aktivt av alle involverte parter er både koordinerende og gir kontinuitet i møte med ulike

tjenesteytere, og kan gjøre at pasienten selv har kontroll og oversikt over helsehjelpen, og i neste omgang kan kanskje dette være med på å fremme posisjonen i møte med helsevesenet og å ivareta pasientens autonomi.

Som det er vist i denne litteraturstudien har ingen av strategiene hatt effekter som påvirket både psykisk og somatisk helse i stor grad. Studien om årlige helsegjennomganger og behandlingsplaner har hatt noe effekt på somatisk helse ved at risiko for innleggelser som hadde kunnet være forebygget og besøk i akuttmottak ble redusert hvis pasienten hadde en behandlingsplan, men dette hadde ikke effekt på innleggelser grunnet psykisk sykdom (22). På den andre siden hadde case management i hjemmet gode resultater på bruk av psykiatrisk spesialisthelsetjeneste ved at antall innleggelser, tvangsinnleggelser og besøk i akuttmottak ble redusert, dette hadde ikke tilsvarende resultater på bruk av somatiske helsetjenester (25). Disse forskjellene kan ha mange ulike årsaker, men en årsak kan være at helsepersonell har ulik kompetanse, fokus- og ansvarsområder og organisatoriske forhold ved oppfølging av pasientene, som igjen gjør at tjenestene blir fragmentert, og at det kan gi utfordringer med å integrere både psykisk og somatisk behandling og oppfølging (36–38).

Implikasjoner for praksis

Resultater fra denne litteraturstudien fremhever utfordringer som finnes med å finne effektive strategier for oppfølging av komplekse pasienter i kommunehelsetjenesten, som eldre med schizofreni og somatisk multimorbiditet er. Selv om det ikke er noen av strategiene som har hatt effekt på alle utfall, har noen elementer vist seg å være overkommelige og potensielt

nyttige i klinisk praksis. Blant annet er det vist at det å utarbeide behandlingsplaner har effekt på bruk av spesialisthelsetjenester, dette i sammenheng med flere utarbeidede livstestamenter kan bidra til både å forebygge somatisk helsesvikt, men også ivareta pasientens autonomi i situasjoner hvor samtykkekompetansen kan være redusert, i tillegg til å bidra til at helsehjelpen ikke fragmenteres ved overflyttinger mellom ulike nivåer og tjenesteytere (20,22). Viktigheten av tverrfaglighet og tilgjengelighet til helsepersonell med psykiatrisk spesialkompetanse fremheves også, som vist i artikkelen om case management (25). Denne litteraturstudien peker på at sykepleiere kan være sentrale i forebyggende helsearbeid, og at grunnleggende somatisk oppfølging er viktig for pasientgruppen (20). Med tanke på den lave forekomsten det er av schizofreni i befolkningen, og spesielt hos eldre, er disse pasientene ikke vanlig forekommende i kommunene. Det kan være en utfordring i å kunne tilby helhetlige og gode helsetjenester slik det er vist i denne litteraturstudien, blant annet på grunn av manglende kompetanse hos helsepersonell. Det er vist at det er forskjeller på hvordan kommunale helse- og omsorgstjenester er organisert med tanke på tilgang på spesialiserte avdelinger og kompetanse innenfor ulike områder (39). Selv med varierende organisering i kommunene behøver denne pasientgruppen helsepersonell i sitt nettverk som kan bidra med et helhetlig perspektiv på pasientenes helse og livssituasjon. Med tanke på langvarig oppfølging av pasienter med sammensatte behov kan sykepleiere fungere som nøkkelpersoner i forhold til å koordinere helsehjelp (31).

Begrensninger i litteraturstudien

Det har i arbeidet med denne litteraturstudien blitt synliggjort at det er manglende forskning på dette feltet, på grunn av dette er det inkludert få artikler, og de har heller ikke truffet

akkurat på inklusjonskriteriene når det gjelder alder og psykiatrisk diagnose. I litteratur om eldre med schizofreni, ble det ofte brukt 50–55 år som definisjon på eldre til sammenligning med 65 år som er mer vanlig. Av denne grunn ble det vurdert å ha 55 år som inklusjonskriterie. Det ble likevel vurdert som hensiktsmessig å utføre studien med disse begrensningene for å kunne bidra til å belyse noen av behovene som finnes for denne pasientgruppen. Det er en mulighet for at flere studier kunne blitt identifisert dersom søket hadde blitt utvidet til å inkludere flere databaser.

I denne litteraturstudien har medikamentelle intervensjoner blitt ekskludert, men i praksis er dette noe som helsepersonell, som er involvert i behandling og oppfølging av den enkelte pasient, er nødt å forholde seg til da majoriteten av eldre med schizofreni får behandling med antipsykotika (29) i tillegg til andre legemidler. For eldre generelt, og de med multimorbiditet spesielt, er det viktig å vurdere legemidlene for å unngå polyfarmasi og uheldige bivirkninger. Dette vil være en tverrfaglig oppgave mellom pasienten selv, forskrivere, sykepleiere og annet helsepersonell (27).

Konklusjon

De strategier som er blitt identifisert i denne litteraturstudien er integrerte intervensjoner for å ivareta både psykososial og somatisk helse, case management, årlige helsegjennomganger og bruk av behandlingsplaner. For å følge opp både pasientenes psykiske og somatiske helsetilstand har ingen av de intervensjonene som er beskrevet i denne artikkelen, hatt

gjennomgående effekt, enten har de hatt størst påvirkning på den psykiske helsetilstanden eller den somatiske.

Studien belyser at det behøves mer forskning for å finne ut av hvilken type strategier som kan ha effekt ved oppfølging av eldre med schizofreni og somatisk multimorbiditet i kommunehelsetjenesten.

Referanser

1. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser (IS-1957). Oslo: Helsedirektoratet; 2013 [Hentet 2019-02-28] Tilgjengelig fra:
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/326/Nasjonal-faglig-retningslinje-for-utredning-behandling-og-oppfolging-av-personer-med-psykoselidelser-IS-1957.pdf>
2. Gabilondo A, Alonso-Moran E, Nuno-Solinis R, Orueta JF, Iruin A. Comorbidities with chronic physical conditions and gender profiles of illness in schizophrenia. Results from PREST, a new health dataset. *J Psychosom Res.* 2017;93:102-109.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.12.011>
3. Calderón-Larrañaga A, Vetrano DL, Onder G, Gimeno-Feliu LA, Coscollar-Santaliestra C, Carfi A, et al. Assessing and Measuring Chronic Multimorbidity in the Older Population: A Proposal for Its Operationalization. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2017;72(10):1417-1423. <https://doi.org/10.1093/gerona/glw233>
4. Hendrie HC, Lindgren D, Hay DP, Lane KA, Gao S, Purnell C, et al. Comorbidity profile and healthcare utilization in elderly patients with serious mental illnesses. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2013;21(12):1267-1276. <https://doi.org/10.1097/jgp.0b013e31826d6937>
5. Wahlbeck K, Westman J, Nordentoft M, Gissler M, Laursen TM. Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *Br J Psychiatry.* 2011;199(6):453-458. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.085100>
6. Almeida OP, Hankey GJ, Yeap BB, Golledge J, Norman PE, Flicker L. Mortality among people with severe mental disorders who reach old age: a longitudinal study of a community-representative sample of 37,892 men. *PLoS ONE* [Electronic Resource]. 2014;9(10):e111882. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0111.882>
7. Brink M, Green A, Bojesen AB, Lamberti JS, Conwell Y, Andersen K. Physical Health, Medication, and Healthcare Utilization among 70-Year-Old People with

Schizophrenia: A Nationwide Danish Register Study. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2017;25(5):500-9. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2016.12.015>

8. Stein-Parbury J, Gallagher R, Chenoweth L, Luscombe GM. Factors associated with good self-management in older adults with a schizophrenic disorder compared with older adults with physical illnesses. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2012;19(2):146-53. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01767.x>.

9. Ibrahim F, Cohen CI, Ramirez PM. Successful aging in older adults with schizophrenia: Prevalence and associated factors. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2010;18(10):879-886. <https://doi.org/10.1097/jgp.0b013e3181d57441>

10. Rowe JW, Kahn RL. Successful aging. *Gerontologist*. 1997;37(4):433-440. <https://doi.org/10.1093/geront/37.4.433>

11. Hert M, Cohen D, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Leucht S, Ndeti DM, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. II. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level. *World Psychiatry*. 2011;10(2):138-151. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545-2011.tb00036.x>

12. Coblenz P, Leickly E, Chwastiak L, Cristofalo MA, Ries RK, McDonell MG. Schizophrenia and metabolic syndrome in rural communities: Understanding barriers and improving care. *Rural Ment Health*. 2015;39(1):34-45. <https://doi.org/10.1037/rmh0000025>

13. Helsedirektoratet. Nasjonal veileder - Oppfølging av personer med store og sammensatte behov [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 21. november 2017 [oppdatert 11. februar 2019; hentet 30. juni 2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/hvem-er-pasienter-og-brukere-med-store-og-sammensatte-behov#eksempler-pa-personer-med-store-og-sammensatte-behov>

14. Røsstad T, Garåsen H, Steinsbekk A, Sletvold O, Grimsmo A. Development of a patient centred care pathway across health care providers: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2013;13(1):1-9. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-121>

15. Eklund ML, Jensen LH, Daykin JS. Samhandling på tvers kan styrke tjenestene til eldre med rusavhengighet. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 2014(1):65-74.

16. Grant MJ, Booth A. A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Info Libr J.* 2009;26(2):91-108.
<https://doi.org/10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x>
17. Green BN, Johnson CD, Adams A. Writing narrative literature reviews for peer-reviewed journals: secrets of the trade. *J Chiropr Med.* 2006;5(3):101-117.
[https://doi.org/10.1016/s0899-3467\(07\)60142-6](https://doi.org/10.1016/s0899-3467(07)60142-6)
18. Kunnskapsbasert praksis. Norske sjekklister for vurdering av forskningsartikler [Internett] Oslo: Folkehelseinstituttet; 03. juni 2016 [hentet 02. desember 2019]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister>
19. Dixon-Woods M, Agarwal S, Jones D, Young B, Sutton A. Synthesising qualitative and quantitative evidence: A review of possible methods. *J Health Serv Res Policy.* 2005;10(1):45-53. <https://doi.org/10.1258/1355819052801804>
20. Bartels SJ, Pratt SI, Mueser KT, Forester BP, Wolfe R, Cather C, et al. Long-Term Outcomes of a Randomized Trial of Integrated Skills Training and Preventive Healthcare for Older Adults with Serious Mental Illness. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2014;22(11):1251-1261.
<https://doi.org/10.1016/j.jagp.2013.04.013>
21. Gaughran F, Stahl D, Ismail K, Greenwood K, Atakan Z, Gardner-Sood P, et al. Randomised control trial of the effectiveness of an integrated psychosocial health promotion intervention aimed at improving health and reducing substance use in established psychosis (IMPACT). *BMC Psychiatry.* 2017;17(1):413. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1571-0>
22. Ride J, Kasteridis P, Gutacker N, Kronenberg C, Doran T, Mason A, et al. Do care plans and annual reviews of physical health influence unplanned hospital utilisation for people with serious mental illness? Analysis of linked longitudinal primary and secondary healthcare records in England. *BMJ Open.* 2018;8(11):e023135.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023135>
23. Kirkevold M. Case-management [Internett]. Oslo: Store medisinske leksikon; 2020 [hentet 19.juni 2020]. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/case-management>
24. Bergh S, Michelet M, Strandenæs MG. Overganger og brudd i pasientforløp for eldre-oppsummering av kunnskap og forskningsresultater [Internett]. Oslo: Aldring og helse; 2017

[Hentet 19. juni 2020]. Tilgjengelig fra: https://aoh-prod.s3.amazonaws.com/documents/delrapport3_overganger_brudd_pasientforlop_eldre.pdf

25. Chen WY, Hung YN, Huang SJ, Pan CH, Su SS, Yang TW, et al. Nationwide analysis of medical utilization in people with severe mental illness receiving home care case management. *Schizophr Res.* 2019;208:60-66. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.04.024>
26. Wright CA, Osborn DPJ, Nazareth I, King MB. Prevention of coronary heart disease in people with severe mental illnesses: a qualitative study of patient and professionals' preferences for care. *BMC Psychiatry.* 2006;6(1). <https://doi.org/10.1186/1471-244x-6-16>
27. Salisbury C, Man M-S, Bower P, Guthrie B, Chaplin K, Gaunt DM, et al. Management of multimorbidity using a patient-centred care model: a pragmatic cluster-randomised trial of the 3D approach. *Lancet.* 2018;392(10141):41-50. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31308-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31308-4)
28. Cummings SM, Kropf NP. Formal and informal support for older adults with severe mental illness. *Aging Ment Health.* 2009;13(4):619-627. <https://doi.org/10.1080/13607860902774451>
29. Folsom DP, Depp C, Palmer BW, Mausbach BT, Golshan S, Fellows I, et al. Physical and mental health-related quality of life among older people with schizophrenia. *Schizophr Res.* 2009;108(1-3):207-213. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2008.12.008>
30. van den Brink AMA, Gerritsen DL, de Valk MMH, Mulder AT, Oude Voshaar RC, Koopmans RTCM. What do nursing home residents with mental-physical multimorbidity need and who actually knows this? A cross-sectional cohort study. *Int J Nurs Stud.* Oxford. 2018;81:89-97. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.02.008>
31. Oliva NL. A closer look at nurse case management of community-dwelling older adults: observations from a longitudinal study of care coordination in the chronically ill. *Prof Case Manag.* 2010;15(2):90-100. <https://doi.org/10.1097/ncm.0b013e3181bc85a6>
32. Poitras ME, Maltais ME, Bestard-Denomme L, Stewart M, Fortin M. What are the effective elements in patient-centered and multimorbidity care? A scoping review. *BMC Health Serv Res.* 2018;18(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3213-8>

33. Smith SM, Soubhi H, Fortin M, Hudon C, O'dowd T. Managing patients with multimorbidity: systematic review of interventions in primary care and community settings. *BMJ*; 2012;345(1):e5205. <https://doi.org/10.1136/bmj.e5205>
34. Morgan M, Coates M, Dunbar J. Using care plans to better manage multimorbidity. *Australas Med J*. 2016;8(6):208-15. <http://dx.doi.org/10.4066/AMJ.2015.2377>
35. Berntsen G, Hayem A, Lettrem I, Ruland C, Rumpsfeld M, Gammon D. A person-centered integrated care quality framework, based on a qualitative study of patients' evaluation of care in light of chronic care ideals. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):1-15. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3246-z>
36. Supper I, Catala O, Lustman M, Chemla C, Bourgueil Y, Letrilliart L. Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors. *J Public Health (Oxf)*. 2015;37(4):716-727. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdu102>
37. Vik E. Helseprofesjoners samhandling - en litteraturstudie. *Tidsskrift for velferdsforskning*. 2018;21(2):119-147. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2018-02-03>
38. Kathol RG, Butler M, McAlpine DD, Kane RL. Barriers to physical and mental condition integrated service delivery. *Psychosom Med*. 2010;72(6):511-518. <https://doi.org/10.1097/psy.0b013e3181e2c4a0>
39. Sogstad M, Hellesø R, Skinner MS. The Development of a New Care Service Landscape in Norway. *Health Serv insights*. 2020;13:1-7. <https://doi.org/10.1177/1178632920922222>

Figurer og tabeller

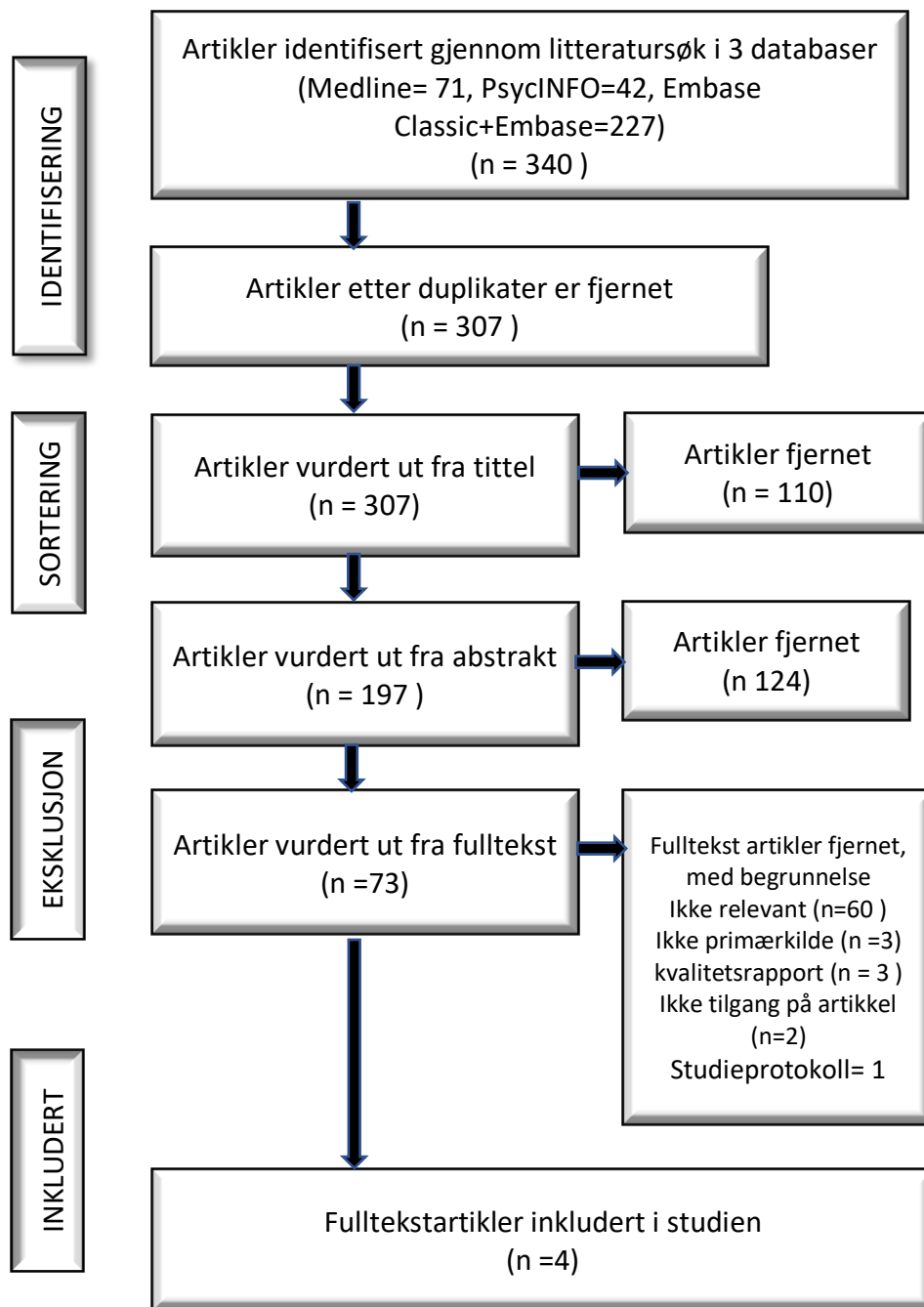
Tabell 1: Oversikt over søkeord og kombinasjoner av disse

Figur 1: Flytdiagram over seleksjonsprosessen

Tabell 2: Litteraturmatrise

Tabell 1. Oversikt over søkeord og kombinasjoner av disse

← AND →				
Schizophrenia	Multimorbidity Comorbidity Somatic Physical Medical Illness Health Disorder	Aged Frail elderly Elderly Older people Geriatric Aging Aged, 80 and over Middle age (45-64 years) Middle aged (45 plus years) All aged (65 and over) Aged (80 and over)	Primary health care Community health services Home nursing Homes for the aged Nursing homes Intermediate care facilities Skilled nursing facilities Long-term Primary care	↑ OR ↓



Figur 1. Flytdiagram over seleksjonsprosessen

Tabell 2. Litteraturmatrise

Artikkeltittel/ år/land/referanse- nummer	Hensikt med studien	Metode/ studiedesign	Innhold i strategiene	Studiepopulasjon	Hovedfunn
<p>Long-term outcomes of a randomized trial of integrated skills training and preventive health care for older adults with serious mental illness, 2014, USA (20)</p>	<p>Å undersøke om Helping Older People Experience Success (HOPES) gir langvarig forbedret psykososial funksjon samt om intervensjonen er assosiert med flere forebyggende helsetiltak og redusert bruk av akutte helsetjenester.</p>	<p>RCT hvor man sammenligner effekt av HOPES med ordinær behandling.</p>	<p>HOPES-intervensjonen kombinerer psykososiale samt helseforebyggende aspekter ved behandling og oppfølging.</p> <p>Den psykososiale delen = ferdighetstrening x 1/uke i grupper på 8-10 personer i 1 år og deretter en 1-årig vedlikeholdsfasen med trening 1x/måned.</p> <p>Helseforebyggende delen = ledet av sykepleier, forebyggende screening, livstestamenter og koordinasjon av pasientens bruk av primærhelsetjenesten.</p> <p>Begge grupper mottok vanlig behandling i løpet av studietiden.</p>	<p>Gjennomsnittlig alder 60,2 år, 58% menn. Schizofreni (28%), schizoaftaktiv lidelse (28%), depresjon (24%) og bipolar lidelse (20%).</p> <p>49% bodde i omsorgsboliger og resterende i egne hjem.</p> <p>Somatiske sykdommer: Hypertensjon, diabetes, KOLS, hypotyreose, astma og hjertesykdom.</p>	<p>↑ tro på egen mestringsevne i HOPES-gruppen.</p> <p>↓ alvorlighetsgrad av psykiatriske symptomer (BPRS)</p> <p>Ingen effekt på SF 36, antall medisinske diagnoser og alvorlighet av disse.</p> <p>Forebyggende helsetiltak: ↑ øyeundersøkelser, syns- og hørselstester, mammografi og celleprøver for livmorhalskreft HOPES-gruppen.</p> <p>Andel livstestamenter ↑.</p>
<p>Randomised control trial of the effectiveness of an integrated psychosocial health</p>	<p>Undersøke om intervensjon (IMPACT) sammen med vanlig behandling</p>	<p>Pragmatisk multisenter, toarms parallell kluster RCT i kommunale psykiatriske team.</p>	<p>IMPACT er en helsefremmende modell som integrerer somatisk og psykisk helse, og ble tilpasset for å brukes i den</p>	<p>Inkludert 104 tjenestekoordinatorer i studien med totalt 406 tilknyttede pasienter.</p>	<p>Ved 12- og 15-måneders oppfølging ses ingen signifikant effekt av intervensjon i forhold til</p>

Artikkeltittel/ år/land/referanse- nummer	Hensikt med studien	Metode/ studiedesign	Innhold i strategiene	Studiepopulasjon	Hovedfunn
<p>promotion intervention aimed at improving health and reducing substance use in established psychosis (IMPACT), 2017, Storbritannia (21)</p>	<p>ville være mer effektiv enn vanlig behandling for å forbedre psykisk og fysisk livskvalitet. Man ville også undersøke om IMPACT ville forbedre kardiometabolske utfall og gi sunnere valg gjeldende livsstil og rusmiddelbruk.</p>		<p>vanlige behandlingen utført av pasientenes vanlige tjenestekoordinatorer.</p> <p>Intervensjonen bygger på Motiverende Intervju og kognitiv atferds terapi og adresserer et bredt spekter av somatiske helseaspekter og misbruksproblematikk.</p> <p>Intervensjon foregikk i 9 måneder.</p> <p>Begge gruppene mottok vanlig behandling i løpet av studietiden.</p>	<p>Ved baseline var gjennomsnittlig alder 45 år (22-66 år), menn (55%) og enslige (65%).</p> <p>52 tjenestekoordinatorer (213 pasienter) randomisert til IMPACT, 52 tjenestekoordinatorer (193 pasienter) til vanlig behandling/oppfølging.</p>	<p>SF-36, psykisk eller fysisk helse.</p> <p>Livvidde ↓ med 2 cm. HDL-kolesterol ↑ for IMPACT-gruppen. Alkoholbruk ↑ for IMPACT-gruppen.</p> <p>Ingen signifikante effekter med tanke på BMI, røyking, bruk av cannabis/kokain, HbA1c, kolesterol, LDL-kolesterol, triglyserider, CRP, hypertensjon, kosthold og fysisk aktivitet eller psykiske symptomer og funksjonsnivå.</p>
<p>Do care plans and annual reviews of physical health influence unplanned hospital utilization for people with serious mental illness? Analysis of linked longitudinal primary and secondary healthcare records</p>	<p>Hensikten er å undersøke om behandlingsplaner og årlige helsegjennomganger er assosiert med bruk av spesialisthelsetjenesten gjennom å analysere informasjon fra primærhelsetjenesten</p>	<p>Retrospektiv, observasjonell kohortstudie.</p> <p>Data er innhentet fra Clinical Practice Research Datalink (CPRD) GOLD og er koblete, anonymiserte journaler på individnivå fra primærhelsetjenesten</p>	<p>Behandlingsplaner og årlige helsegjennomganger utarbeidet hos allmennlege.</p>	<p>Inkludert 5158 pasienter fra 213 legekantor.</p> <p>Gjennomsnittsalder 46 år (18 ->65 år)</p> <p>Sykdommer: schizofreni/psykoselidelse r (56%). Vanligste somatiske sykdommer var respiratoriske sykdommer,</p>	<p>Risiko for å søke hjelp på akuttmottak er lavere for de som hadde en behandlingsplan.</p> <p>Årlige helsegjennomganger har ingen effekt på det å søke hjelp ved akuttmottak.</p> <p>Risikoen for første sykehusinnleggelse grunnet sykdom som kunne vært forebygget av tiltak i</p>

Artikkeltittel/ år/land/referanse- nummer	Hensikt med studien	Metode/ studiedesign	Innhold i strategiene	Studiepopulasjon	Hovedfunn
in England, 2018 England (22)	ten samt sykehusjournaler.	. CPRD journaler ble deretter koblet opp mot sykehusjournaler.		nyresykdommer, kreft og diabetes.	primærhelsetjenesten etter å ha fått en alvorlig psykisk lidelse er 23% ↓ for de som har en aktuell behandlingsplan.
Nationwide analysis of medical utilization in people with severe mental illness receiving home care case management, 2019, Taiwan (25)	Målet med studien var å undersøke effekt av case management (CM) i hjemmet	Case-crossover studie hvor data er hentet fra NHIRD i Taiwan, 01.01.1997- 31.12.2012.	CM i hjemmet innebærer at et tverrfaglig team med psykiatere, psykiatriske sykepleiere samt sosialarbeidere tilbyr psykiatrisk helsehjelp og grunnleggende medisinsk helsehjelp. Pasientene i programmet mottok individuelle sesjoner i hjemmet hvor kliniske symptomer, mulige legemiddelbivirkninger og sosialt funksjonsnivå ble evaluert.	Pasienter som mottok CM (totalt 10274 personer). Gjennomsnittlig alder 42,5 år (<18 år - ≤ 80 år), 69,7 % med schizofreni. 27,9% av pasientene hadde minimum 1 poeng på Charlson comorbidity index. Vanligste somatiske sykdommer var kardiovaskulære sykdommer, diabetes og kronisk leversykdom.	↓ antall innleggelser i psykiske sykehus, dette gjelder ikke for somatiske årsaker. ↑ polikliniske besøk i psykiatrisk spesialhelsetjeneste Vedlikeholdseffekt av intervensjon etter 2 år: ↓ psykiatriske sykehusinnleggelser, ↓ tvangsinnleggelser, ↓ bruk av psykiatrisk akuttmottak.

Vedlegg 1. – Forfatterveiledning for Nordisk Sygeplejeforskning

Hentet fra: <https://www-idunn-no.ezproxy.uio.no/nsf#/authors>

Lastet ned 10.03.2020

Nordisk sygeplejeforskning publiserer vitenskapelige artikler og essay. Tidsskriftet publiserer artikler på dansk, norsk, svensk og engelsk, og har rutiner for fagfellebedømming av manuskriptene. Vitenskapelige artikler og essay artikler blir fagfellebedømt ut fra vitenskapelige kriterier.

LEVERING AV MANUSKRIPT

Manuskripter leveres i vårt manushånderingsverktøy

ScholarOne: <https://mc04.manuscriptcentral.com/uf-sygepleje>. Kun manuskripter som følger format og innhold angitt nedenfor, vil bli vurdert.

MANUSKRIPTSTANDARD

Vitenskapelige artikler skal ikke overskride 5000 ord, ikke inkludert sammendrag, tabeller og figurer. Essay begrenses til 3000 ord.

Krav til manuskript

Tittelside som beskriver type manuskript, antall ord, manuskriptets tittel, en forkortet versjon av tittel, navn og adresse til korresponderende forfatter, navn og e-postadresser til samtlige forfattere, deres stilling/utdanning og arbeidsplass (lægges op særskilt på ScholarOne).

Sammendrag (eller abstract) både på originalspråk og på engelsk skal ikke overstige mer enn 200 ord.

Fire til åtte nøkkelord (keyword) i alfabetisk orden, som beskriver artikkelen (og ikke forekommer i tittelen), skal angis på begge språkene. Plasser tittel, sammendrag og nøkkelord øverst på manuskriptet, både på originalspråk og engelsk.

Tabeller og figurer – max 4 i alt – leveres i eget dokument. I selve artikkelen må den angis hvor tabellene og figurene skal stå, med fortløpende siffer. Hver tabell og figur skal ha en

egen tekst som gir presis informasjon om hva tabellen eller figuren viser og skal nummereres i den rekkefølge de nevnes i teksten. Vedlagte bilders kvalitet skal være god, minst 300 dpi.

Det er forfatterens ansvar å innhente tillatelse til bruk av illustrasjoner.

Forfatterne oppfordres til å levere manuskripter med dobbel linjeavstand, ren tekst med minst mulig fet eller kursiv tekst, understreking, innrykk, deling av ord og lignende. Forfattere av empiriske artikler oppfordres til å følge en struktur i sine manuskripter som inkluderer introduksjon/bakgrunn, hensikt/mål, metode, resultater/funn, diskusjon, kliniske implikasjoner, konklusjon og referanser.

REFERANSESYSTEM

NSF bruker Vancouver-stil (nummerert stil) som referanseverktøy. Referanser i teksten er nummerert fortløpende og en nummerert ordnet referanseliste angis bakerst i manuskriptet. Listen skal ikke utgjøre mer enn 40 referanser. For veiledning til Vancouver-stilen, se [denne](#) siden. Benytt et referanseverktøy som EndNote eller lignende.

Referanser i teksten

Ved henvisninger i selve teksten skrives forfatterens navn og referanse nummer i rund parentes etter forfatter, eksempel:

Morse (1) eller Redmond (2) asserts that the [...]

Ved direkte sitat føres nummer og sidetall rett etter sitatet med komma og punktum, men før kolon og semikolon, for eksempel:

[...] en ny definisjon (3, s. 12-3) .

Vi foretrekker denne mulighet (3); idet [...]

Henvisninger til flere verk føres i nummerert rekkefølge på følgende måte: (1-5). Eller hvis rekkefølgen brytes adskilles med komma, men ingen mellomrum for eksempel: (1,3,8) eller (2-5,8,10)

Flere studier (2-4,9) viser

Referanseliste

Referanseliste skrives etter hovedteksten helt til slutt, i nummerert rekkefølge som de er nevnt i teksten. Hvis det er seks eller færre forfattere skal alle forfattere nevnes. Ved flere enn seks forfattere nevnes de første seks og deretter skrives «et al.». Dette ved alle typer av

referanser. Husk tittel på tidsskrift er forkortet i Vancouver style (eksempel: Scand J Caring Sci)

Eksempel på referanse til artikler:

Giske T, Gjengedal E, Artinian B. The silent demand in the diagnostic phase. Scand J Caring Sci. 2009;23(1):100-6. <https://doi-org.ezproxy.uio.no/10.1111/j.1471-6712.2008.00595.x>.

Eksempel på referanse til bøker:

Gilje N, Grimen H. Samfunnsvitenskapens forutsetninger. Oslo: Universitetsforlaget; 1993.

Eksempel på referanse til websider:

Muskelsvindfonden [Internet]. Aarhus: Muskelsvindfonden, plads til forskelle [sitert 2015 januar 5]. Tilgjengelig på: <http://muskelsvindfonden.dk/>

DOI-REFERANSER

Referansene skal alltid inkludere DOI (digital object identifier) for kilder som har dette. DOI skal være en klikkbar URL og plasseres til sist i referansen. Hvis du er usikker på hva DOI-koden til en referanse er, eller om en DOI-kode finnes, kan du gjøre et raskt søk etter tittel, forfatternavn osv. på <http://search.crossref.org/>

VITENSKAPELIGE ARTIKLER OG FAGFELLEVVURDERING

Vitenskapelige artikler vil først bli vurdert av redaktør med tanke på relevans og kvalitet. Dersom manuskriptet vurderes som relevant og av tilstrekkelig kvalitet vil det bli vurdert av to fagfeller. *Nordisk sygeplejeforskning* praktiserer double blind peer review, dvs. at verken forfatters eller fagfellers identitet gjøres kjent for partene.

ETIKK

Bidraget skal karakteriseres av vitenskapelig redelighet og følge gjeldende lover og etiske retningslinjer (se for eksempel <http://www.etikkom.no/>). Vi henviser spesielt til Helsinkideklarasjonen fra Verdens legeforening (<https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Helsinki-deklarasjonen/>) og Vancouverreglene, utarbeidet av International Committee for Medical Journal Editors (<http://www.icmje.org/>). For medforfatterskap kreves at samtlige forfattere oppfyller Vancouverreglene. Det vil si at de har bidratt med idé, planlegging og utforming eller analyse og innsamling eller fortolkning av data, har medvirket ved utarbeidelse eller kritisk innholdsmessig revidering av manuskriptet og godkjenning av det endelige manuskriptet.

Forfattere som ønsker å publisere i *Nordisk Sygeplejeforskning* må garantere

At manuskriptet eller deler av manuskriptet ikke er publisert andre steder.

At manuskriptet ikke er under vurdering i et annet tidsskrift eller er sitert/publisert i et annet tidsskrift.

At de har delt all informasjon om finansiering, sponsorer, institusjonelle tilknytninger, mulige interessekonflikter, insentiver for deltagere og informasjon vedrørende tiltak for å behandle og/eller kompensere deltagere som blir skadet som følge av sin deltagelse i forskningsstudien.

At man har innhentet frivillig, informert samtykke fra mennesker som nevnes i manuskriptet.

At forsøksdyrs velferd har blitt respektert.

At krav med hensyn til opphavsrett er fulgt.

At nødvendige tillatelser for publisering er innhentet. At referanser er oppgitt – også for sekundære publikasjoner.

Redaksjonen er opptatt av at det som publiseres i tidsskriftene, er av høy faglig kvalitet og følger internasjonale etiske standarder for vitenskapelig publisering. Tidsskriftet følger retningslinjene til Committee of Publication Ethics (COPE).