

**RAPPORT**

2021

OVERSIKT OVER SYSTEMATISKE OVERSIKTER

Lindrende behandling og omsorg i sykehjem og eget hjem

<b>Utgitt av</b>	Folkehelseinstituttet Område for helsetjenester
<b>Tittel</b>	Lindrende behandling og omsorg i sykehjem og eget hjem: oversikt over systematiske oversikter
<b>English title</b>	Palliative care in nursing homes and at home: an overview of reviews
<b>Ansvarlig</b>	Camilla Stoltenberg, direktør
<b>Forfattere</b>	Jose Meneses-Echavez, <i>prosjektleder, Folkehelseinstituttet</i> Tiril Cecilie Borge, <i>forsker, Folkehelseinstituttet</i> Alexander Tingulstad, <i>forsker, Folkehelseinstituttet</i> Maria Bjerk, <i>forsker, Folkehelseinstituttet</i> Tonje Lehne Refsdal, <i>bibliotekar, Folkehelseinstituttet</i>
<b>ISBN</b>	978-82-8406-206-8
<b>Publikasjonstype</b>	Oversikt over systematiske oversikter
<b>Antall sider</b>	45 (82 inklusiv vedlegg)
<b>Oppdragsgiver</b>	Helse- og omsorgsdepartementet, HOD
<b>Emneord(MeSH)</b>	Palliative care; Nursing Homes; Home Care Services
<b>Sitering</b>	Meneses-Echavez JF, Borge TC, Tingulstad A, Bjerk M, Refsdal TL. Lindrende behandling og omsorg i sykehjem og eget hjem: oversikt over systematiske oversikter. [Palliative care in nursing homes and at home: an overview of reviews] Rapport – 2021. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2021.

---

# Innhold

<b>INNHold</b>	<b>3</b>
<b>HOVEDBUdSKAP</b>	<b>5</b>
<b>SAMMENDRAG</b>	<b>6</b>
<b>KEY MESSAGES</b>	<b>9</b>
<b>EXECUTIVE SUMMARY (ENGLISH)</b>	<b>10</b>
<b>FORORD</b>	<b>13</b>
<b>INNLEDNING</b>	<b>14</b>
Beskrivelse av problemet	14
Beskrivelse av tiltaket	14
Hvorfor det er viktig å utføre denne kunnskapsoppsummeringen	16
Mål og problemstilling	16
<b>METODE</b>	<b>17</b>
Problemstillinger	17
Hva er en oversikt over systematiske oversikter?	17
Inklusjonskriterier	18
Eksklusjonskriterier	19
Litteratursøk	19
Utvelging av studier	19
Vurdering av risiko for systematiske skjevheter	20
Dataauthenting	20
Datasammenstilling	20
Overlapping av primærstudier	21
Vurdering av tillit til resultatene	21
Andre vurderinger/analyser	21
<b>RESULTATER</b>	<b>22</b>
Resultater av litteratursøket	22
<b>DISKUSJON</b>	<b>35</b>
Hovedfunn	35
Kvaliteten på forskningsresultatene	35
Styrker og svakheter	36
Hvor generaliserbare er resultatene?	36
Overensstemmelse med andre oversikter	37

Resultatenes betydning for praksis	38
Kunnskapshull	38
<b>KONKLUSJON</b>	<b>40</b>
<b>REFERANSER</b>	<b>41</b>
<b>VEDLEGG</b>	<b>46</b>
Vedlegg 1. Ordliste	46
Vedlegg 2. Søkestrategier	51
Vedlegg 3. Ekskluderte studier	54
Vedlegg 4. Risiko for metodiske skjevheter	76
Vedlegg 5. Ekskluderte oversikter på grunn av overlappingsgrad	78
Vedlegg 6. Evidensprofiler: Gradering av tilliten til dokumentasjonen	79

# Hovedbudskap

Dette oppdraget består av en oversikt over systematiske oversikter som har sett på effekten av lindrende behandling og omsorg i sykehjem og eget hjem.

Vi utførte i oktober 2020 et litteratursøk i relevante databaser. Vi vurderte referansene, trakk ut data og analyserte resultatene i oversiktene som møtte inklusjonskriteriene. Vi vurderte tilliten til resultatene ved hjelp av verktøyet GRADE.

Fem systematiske oversikter ble inkludert. Populasjonen var i hovedsak voksne pasienter med kreft, mens pårørende ble inkludert i to oversikter. Lindrende behandling og omsorg omfattet oppfølging fra palliativt team, bruk av sansehager, støtte til pårørende og ulike alternative tiltak. Relevante utfall var pasientenes og pårørendes livskvalitet, uønskede hendelser, dødssted, pasienttilfredshet, sykehusinnleggelse, funksjonsnedsettelse, depresjon og angst. Rapportens hovedfunn er:

- Det er usikkert hvilken effekt hjemmebasert eller sykehjemsbasert lindrende behandling og omsorg har blant pasienter med ulike diagnoser og deres pårørende sammenliknet med vanlig omsorg.
- Det er usikkert hvilken effekt lindrende behandling og omsorg i sansehager eller gjennom alternative tiltak har blant pasienter med ulike diagnoser sammenliknet med vanlig omsorg.
- Det mangler informasjon om effekten av lindrende behandling og omsorg blant barn og unge.

Vi har svært lav tillit til resultatene for samtlige utfall grunnet metodiske skjevheter, manglende presisjon, samt begrenset overførbarhet til norske forhold.

## Tittel:

Lindrende behandling og omsorg i sykehjem og eget hjem: oversikt over systematiske oversikter

## Publikasjonstype:

### Oversikt over systematiske oversikter

En systematisk oversikt er resultatet av å innhente, kritisk vurdere og sammenfatte relevante forskningsresultater ved hjelp av forhåndsdefinerte og eksplisitte metoder.

## Svarer ikke på alt:

- Ingen helseøkonomisk evaluering
- Ingen anbefalinger

## Hvem står bak denne publikasjonen?

Folkehelseinstituttet har gjennomført oppdraget etter forespørsel fra Helse- og omsorgsdepartementet, HOD.

## Når ble litteratursøket utført?

Oktober 2020

## Fagfelleevaluering:

Anne-Tove Brenne (ekstern)  
Asta Bye (ekstern)  
Liv Merete Reinart (intern)

## Godkjent av:

Hege Kornør, avdelingsdirektør, FHI  
Kåre Birger Hagen, fagdirektør, FHI

---

# Sammendrag

## Innledning

Lindrende behandling og omsorg er en viktig del av helse- og omsorgsfeltet og blir sannsynligvis viktigere i tiden fremover på grunn av den fremtidige befolkningssammensetningen i Norge. Mange ønsker å tilbringe mest mulig tid hjemme eller nær hjemmet, og mange ønsker å dø hjemme. I dag inntreffer omtrent halvparten av alle dødsfall i Norge på sykehjem og om lag 13 % skjer i pasientens eget hjem. Vi utførte en kunnskapsoppsummering om lindrende behandling og omsorg i sykehjem og eget hjem. Målet med denne oversikten over systematiske oversikter er å besvare følgende spørsmål: Hva er effektene av lindrende behandling og omsorg for voksne i sykehjem og i eget hjem, og hva er effektene av lindrende behandling og omsorg for barn og ungdom i sykehjem og i eget hjem.

## Metode

Litteratursøk i relevante databaser ble utført i oktober 2020. Vi inkluderte systematiske oversikter av høy metodisk kvalitet. Vi inkluderte studier som omhandlet lindrende behandling og omsorg etter gjeldende definisjon enten hos pasienter eller pårørende. Studier som omhandlet farmakologiske tiltak ble ekskludert. Relevante utfall var pasientenes og pårørendes livskvalitet, uønskede hendelser, dødssted, pasienttilfredshet, sykehusinnleggelse, funksjonsnedsettelse, depresjon, og angst. To forskere gikk igjennom alle titler og sammendrag og deretter relevante artikler i fulltekst. Videre vurderte vi den metodiske kvaliteten til inkluderte studiene. Vi hentet ut og analyserte data fra de inkluderte oversiktene og vurderte tilliten til hvert resultat ved hjelp av verktøyet GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation). Ved å bruke GRADE beskriver vi med standardiserte uttrykk i hvor stor grad vi kan stole på at resultatene viser den sanne effekten av tiltakene vi evaluerer.

## Resultat

Vi gjennomgikk 2 853 referanser, vurderte 279 systematiske oversikter i fulltekst og inkluderte 5 systematiske oversikter. Oversiktene ble publisert fra 2011 til 2020 og de inkluderte 79 primærstudier der 64 var relevante for denne rapporten. Alle primærstudiene var RCTer og de fleste ble utført i USA og Storbritannia. Populasjonen var som oftest kreftpasienter eller deres pårørende, men personer med demens, psykiske lidelser og nevrodegenerative lidelser ble også inkludert. Totalt 19 396 deltakere var inkludert og de fleste var kvinner. 4 315 av deltakerne var pårørende. Fire oversikter målte effekten av lindrende behandling og omsorgstiltak på pasientenes livskvalitet mens 2 undersøkte effekten på pårørendes livskvalitet. Andre utfallsmål var uønskede hendelser,

dødssted, pasienttilfredshet, sykehusinnleggelser, funksjonsnedsettelse, depresjon og angst. Én oversikt undersøkte bruk av sansehager og én oversikt undersøkte alternative tiltak som en del av lindrende behandling og omsorg. Sammenligningene var vanlig praksis, aktive tiltak eller venteliste. Nedenfor oppsummeres hovedfunnene for hvert tiltak.

#### *Hjemmebasert lindrende behandling og omsorg*

To systematiske oversikter undersøkte effekten av hjemmebasert lindrende behandling og omsorg hos pasienter med multippel sklerose eller pårørende til kreftpasienter. Det er usikkert hvilken effekt hjemmebasert lindrende behandling og omsorg har på pasientens livskvalitet, pårørendes livskvalitet, uønskede hendelser, sykehusinnleggelser, funksjonsnedsettelser, depresjon og angst sammenlignet med vanlig praksis, da vi har svært lav tillit til alle resultatene. Dette er hovedsakelig grunnet metodiske skjevheter som manglende rapportering av blinding, frafall, og effektestimater, samt manglende presisjon.

#### *Sykehjemsbasert lindrende behandling*

Én systematisk oversikt undersøkte effekten av lindrende behandling og omsorg utført i sykehjem sammenlignet med vanlig praksis, aktive tiltak, og venteliste hos pasienter med kreft eller hjertesvikt og deres pårørende. Det er usikkert hvilken effekt lindrende behandling og omsorg i sykehjem har på pasientenes livskvalitet, pårørendes livskvalitet, depresjon og angst sammenlignet med kontrollgruppene da vi har svært lav tillit til alle resultatene. Dette er hovedsakelig grunnet metodiske skjevheter som manglende rapportering av blinding, frafall, og utfallsdata, samt manglende presisjon og inkonsistens mellom resultatene.

#### *Lindrende behandling og omsorg i sansehager*

Én systematisk oversikt undersøkte effekten av lindrende behandling og omsorg i sansehager sammenlignet med vanlig praksis hos pasienter med ulike diagnoser som demens, alvorlige psykiske lidelser og hjerneslag. Det er usikkert hvilken effekt lindrende behandling og omsorg i sansehager har på pasientenes livskvalitet, depresjon og angst sammenlignet med vanlig praksis, da vi har svært lav tillit til alle resultatene. Dette er hovedsakelig grunnet metodiske skjevheter som manglende rapportering av blinding av helsepersonell, lav generaliserbarhet av resultater og manglende presisjon.

#### *Alternative tiltak som en del av lindrende behandling og omsorg*

Én systematisk oversikt undersøkte effekten av alternative tiltak som massasje, aromaterapi, og refleksologi sammenlignet med vanlig praksis, annen terapi og placebo hos pasienter med ulike diagnoser, hovedsakelig kreft. Det er usikkert hvilken effekt alternative tiltak som en del av lindrende behandling og omsorg har på pasientenes livskvalitet, pasienttilfredshet, uønskede hendelser og angst sammenlignet med kontrollgruppene da vi har svært lav tillit til alle resultatene. Dette er hovedsakelig grunnet metodiske skjevheter som manglende rapportering av randomiseringsprosedyrer og blinding av helsepersonell, lav generaliserbarhet av resultater og manglende presisjon.

## **Diskusjon**

Funnene i denne rapporten besvarer delvis omfanget av oppdraget, og det gjelder hovedsakelig voksne pasienter med kreft, og i liten grad deres pårørende. Ingen systematiske oversikter som omhandlet lindrende behandling og omsorg gitt til barn og unge møtte våre inklusjonskriterier. De inkluderte oversiktene hadde flere metodiske skjevheter, manglende rapportering av metode og utfallsdata, og tiltak som i liten grad er overførbare til den norske konteksten. Disse aspektene begrenser muligheten for å gi et godt kunnskapsgrunnlag for fremtidige retningslinjer.

Vi identifiserte lite informasjon om sentrale aspekter i lindrende behandling og omsorgspraksis, slik som innhold og omfang av behandlingstilbudet, og tverrfaglig samarbeid. Selv om dette var av interesse for oppdragsgiver, oppga de inkluderte oversiktene ingen tydelige resultater relatert til forhåndssamtaler, organisert tiltaksplan (care pathway), eller kompetansesammensetninger. Oppdragsgiver, forskningseksperter i lindrende behandling og omsorg samt representanter fra Norsk forening for palliativ medisin har gitt innspill til denne rapporten.

## **Konklusjon**

Det er usikkert hvilken effekt lindrende behandling og omsorg i sykehjem og pasientenes eget hjem har sammenlignet med andre aktive tiltak eller vanlig praksis, da vi har svært lav tillit til alle resultatene. Dette er hovedsakelig grunnet metodiske skjevheter som manglende rapportering om blinding av helsepersonell, lav generaliserbarhet av resultater og manglende presisjon. Det mangler informasjon om effekten av lindrende behandling og omsorg hos barn og unge. For å bedre kunnskapsgrunnlaget bør fremtidig forskning sette søkelys på transparent rapportering av metode og resultater, bruk av sensitive og kontekstspesifikke utfallsmål, samt sikre at barn og ungdom, og deres pårørende er representert. Konklusjonen vår sammenfaller med tidligere kunnskapsoppsummeringer.



# Key messages

The Norwegian Ministry of Health and Care Services commissioned the Norwegian Institute of Public Health to summarize evidence on the effects of palliative care interventions in nursing homes and in patients' homes.

We conducted an overview of systematic reviews. In October 2020, we conducted an extensive literature search. Two researchers independently selected reviews for inclusion, extracted data, and assessed risk of bias and the quality of evidence for all outcomes using the GRADE approach.

Five systematic reviews were included. The population was mainly older patients with cancer, while caregivers were included in two reviews. Two reviews studied home-based palliative care, one studied palliative care in nursing homes, whereas the two remaining reviews evaluated horticulture or alternative therapies, such as massage, reflexology, and aromatherapy. The reviews reported outcome data for patients' and caregivers' quality of life, adverse events, place of death, patient satisfaction, hospitalization, disability, depression, and anxiety. The results indicated that:

- It is uncertain whether home-based or nursing home-based palliative care have an effect on patients with different diagnoses and their caregivers.
- It is uncertain whether palliative care given in a horticultural setting or alternative therapies has an effect on patients with different diagnoses.
- There is a lack of summarized evidence about the effects of palliative care for children and youth.

We have very low confidence in the results, and the true effect is likely to be substantially different from those reported. Our certainty in the evidence was downgraded due to methodological biases, imprecision, and limited generalizability to the Norwegian context.

**Title:**  
Palliative care in nursing homes and at home: an overview of reviews  
-----

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

**Doesn't answer everything:**  
No health economic evaluation  
No recommendations  
-----

**Commissioner:**  
The Norwegian Directorate of Health and Care Services  
-----

**Publisher:**  
Norwegian Institute of Public Health  
-----

**Updated:**  
Last search for studies:  
October 2020.  
-----

**Peer review:**  
Anne-Tove Brenne (external reviewer)  
Asta Bye (external reviewer)  
Liv Merete Reinart (internal reviewer)

---

# Executive summary (English)

## Background

Palliative care is an important part of health care and is gaining relevance due to the growth of the aging population in Norway. Many people want to spend as much time as possible at home or near home, and many want to die at home. Nowadays, around half of all deaths in Norway occur in nursing homes and about 13% occur in the patient's own home. We conducted an overview of reviews to summarize evidence on the effects of palliative care in nursing homes and at patients' homes. This project answered the following questions: What are the effects of palliative care in nursing homes and at home for adults, and what are the effects of palliative care nursing homes and at home for children and youth?

## Objective

To summarize evidence on the effects of palliative care in nursing homes and at home.

## Method

Literature searches in relevant databases were run in October 2020. We included systematic reviews with high methodological quality, that evaluated the effects of palliative care interventions according to current definitions in either patients or caregivers. Inclusion was restricted to interventions provided in nursing homes or at patient's home. We excluded pharmacological interventions. Relevant outcomes were patients 'and caregivers' quality of life, adverse events, place of death, patient satisfaction, hospitalization, disability, depression, and anxiety. Two independent reviewers screened the retrieved references and data extraction was double-checked. We conducted independent risk of bias assessment of the included reviews by using validated checklists. We grouped data extracted from the reviews according to relevant comparisons, performed descriptive analyses, and presented the results in text and tables. We assessed the confidence in each outcome using the GRADE approach (Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation). Using GRADE, we describe in standardized terms the extent to which we can trust that the results show the true effect of the interventions we are evaluating.

## Results

Five systematic reviews, published between 2011-2020, met our inclusion criteria. These included 79 primary studies where 64 were relevant to this project. All primary studies were RCTs, mostly conducted in the United States and the United Kingdom. The

population was mainly older patients with cancer, while caregivers were included in two reviews. A total of 19 396 participants were included and the majority were women. 4 315 of the participants were informal caregivers. Two reviews evaluated home-based palliative care through visits by palliative care teams or directed support for caregivers, one review focused on palliative care in nursing homes, whereas the remaining two reviews studied the effects of horticulture and alternative therapies, such as massage, reflexology, and aromatherapy. The comparisons were usual care, waiting list, placebo, or active controls. Four reviews reported on patients' quality of life, while two reported on caregivers' quality of life. Other outcome measures were adverse events, place of death, patient satisfaction, hospitalization, disability, depression, and anxiety.

#### *Home-based palliative care*

Two reviews addressed this comparison in patients with multiple sclerosis or caregivers of cancer patients. We found no clear evidence of an effect of home-based palliative care compared to usual care in patients' and caregivers' quality of life, adverse events, hospitalization, disability, depression, and anxiety. We have very low confidence in the results due to methodological biases, such as lack of blinding, high attrition (dropouts), and imprecise effect estimates.

#### *Palliative care in nursing homes*

One review studied the effects of palliative care in nursing homes compared to usual care, active controls, and waiting list in both patients with cancer or heart failure and their caregivers. We found no clear evidence of a difference between groups for patients' and caregivers' quality of life, depression, and anxiety. We have very low confidence in these results due to methodological biases, such as lack of blinding, high attrition, poor reporting of outcome data, as well as high variation and imprecision in the effect estimates.

#### *Horticulture*

One review studied this comparison in patients with various diagnoses, such as dementia, severe mental disorders, and stroke. We found no clear evidence of a difference between groups for patients' quality of life, depression, and anxiety. We have very low confidence in these results due to methodological biases, such as lack of blinding, poor reporting of outcome data, limited transferability to the Norwegian context, and imprecision in the effect estimates.

#### *Alternative therapies*

One review studied the effects of alternative therapies, such as massage, reflexology, and aromatherapy compared to usual care, placebo, or other active controls in patients with different diagnoses, mainly cancer. We found no clear evidence of a difference between groups for patients' quality of life, patient satisfaction, adverse events, and anxiety. We have very low confidence in these results due to methodological biases, such as lack of reporting of both randomization procedures and blinding, limited transferability to the Norwegian context, and imprecision in the effect estimates.

## **Discussion**

The findings in this report partly answer the scope of the commission, and they mainly apply to older patients with cancer, and to a small extent to their caregivers. We found no systematic reviews that studied the effect of palliative care in children and youth. The included reviews had several methodological biases, such as a lack of reporting of effect data and methods and evaluated interventions that are to a small extent generalizable to the Norwegian context. These limitations preclude the possibilities of this body of evidence to inform decision making processes.

This report was conducted through both validated research methods and close dialogue between researchers at FHI, the commissioner, clinical experts in palliative care, and a representative from the national association for palliative medicine. We found scarce information about key aspects of palliative care, such as the content and scope of the interventions, and the role of multidisciplinary collaboration. This limitation in the level of detail in the interventions is inherent to overviews of reviews and might be tackled by other studies like scoping reviews. There is a lack of summarized evidence about the effect data for advanced care planning, care pathway, or multidisciplinary palliative teams provided in nursing homes or at patients' home.

## **Conclusion**

Overall, we are uncertain of the effect of palliative care in nursing homes and at patients' homes compared with usual care or other active controls on all outcomes studied. We have very low confidence in these results due to methodological biases, such as lack of blinding, poor reporting of outcome data, lack of precision in the effect estimates, and limited generalizability to the Norwegian context. There is a lack of summarized evidence about the effects of palliative care in children and youth.

Further research is needed before we can draw more certain conclusions. To improve the knowledge base, future research should focus on transparent reporting of both methods and results, the use of sensitive and context-specific outcome measures, and ensure that children and youth, and their caregivers, are represented. Our conclusion aligns with findings from previous systematic reviews.

---

# Forord

Våren 2020 fikk Folkehelseinstituttet (FHI) i oppdrag fra Helse- og Omsorgsdepartementet (HOD) å utarbeide en kunnskapsoppsummering om tilbudet innen lindrende behandling og omsorg i sykehjem og i pasientenes eget hjem. Oppdraget ble nærmere konkretisert ved en innledende kartlegging av kunnskapsoppsummeringer i feltet. Etter dialog ble det bestemt å utarbeide en systematisk oversikt over systematiske oversikter. Prosjektplanen ble publisert i oktober 2020.

Folkehelseinstituttet følger en felles framgangsmåte i arbeidet med systematisk oversikter, dokumentert i håndboken «Slik oppsummerer vi forskning». Det innebærer blant annet at vi kan bruke standardformuleringer når vi beskriver metoden, resultatene og diskusjon av funnene.

## Bidragstere

Prosjektgruppen har bestått av:

- Prosjektleder: Jose F. Meneses-Echavez
- Forskere: Tiril C. Borge, Maria Bjerk, Alexander Tingulstad
- Bibliotekar: Tonje Lehne Refsdal

Takk til eksterne fagekspertter Asta Bye (OsloMet) og Anne-Tove Brenne (Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet - NTNU) for verdifulle innspill på prosjektplanen, og takk til intern fagfelle Liv Merete Reinart for verdifulle bidrag på prosjektplanen og den ferdige oversikten. En stor takk til Hege Kornør for bistand som kontaktpunkt med både ledelsen i FHI og HOD.

## Oppgitte interessekonflikter

Alle forfattere og fagfeller har fylt ut et skjema som kartlegger mulige interessekonflikter.

Kåre Birger Hagen  
*Fagdirektør*

Hege Kornør  
*Avdelingsdirektør*

Jose F. Meneses-Echavez  
*Prosjektleder*

---

# Innledning

---

## Beskrivelse av problemet

---

Lindrende behandling og omsorg er en viktig del av helse- og omsorgsfeltet og blir sannsynligvis viktigere i tiden fremover på grunn av den fremtidige befolkningssammensetningen i Norge. I dag er omtrent 20 % av Norges befolkning over 65 år, samtidig som forventet levealder stiger (1;2). Mange personer ønsker å tilbringe mest mulig tid hjemme eller nær hjemmet (3), og mange ønsker å dø hjemme (4). I dag inntreffer cirka halvparten av alle dødsfall i Norge på sykehjem og omtrent 13 % skjer i pasientens eget hjem (2).

Helsepersonell trenger god kompetanse i palliasjon og tett tverrfaglige samarbeid for å kunne gi optimal lindrende behandling og omsorg gjennom det palliative forløpet og frem til livets slutt i sykehjem og pasientens eget hjem (5). Det er et behov for videre forskning for å få økt kunnskap om kvaliteten på og effektene av lindrende omsorgstjenester i kommunene (3;5-7).

---

## Beskrivelse av tiltaket

---

Palliasjon blir av Verdens Helseorganisasjon (WHO) definert som følger (8):

*Palliativ behandling, pleie og omsorg er en tilnæringsmåte som har til hensikt å forbedre livskvaliteten til pasienter og deres familier i møte med livstruende sykdom, gjennom forebygging og lindring av lidelse, ved tidlig identifisering, grundig kartlegging, vurdering og behandling av smerte, og andre problemer av fysisk, psykososial og åndelig art (8). Palliasjon betegnes også som lindrende behandling og omsorg, og har som mål å gi et pasienttilpasset helsetilbud som kombinerer den sykdomsrettede tilnærmingen med den pasientsenterte (8;9). Betegnelsen lindrende behandling og omsorg blir brukt gjennomgående i denne rapporten.*

Hovedfokuset i lindrende behandling og omsorg er lindring og best mulig livskvalitet for pasienter og deres pårørende i hele forløpet av livstruende sykdom (7). Fokusområder i lindrende behandling og omsorg er:

- Evidensbasert praksis
- Systematisk kartlegging av symptomer og behov
- Symptomlindring
- Kommunikasjon
- Helhetlig tilnærming

- Pasient og pårørende i fokus
- Samarbeid og tverrfaglighet
- Best mulig livskvalitet
- Mest mulig hjemmetid
- Omsorg ved livets slutt
- Oppfølging av etterlatte

En lignende definisjon utarbeidet av WHO gjelder for barn med uhelbredelig sykdom, der lindrende behandling og omsorg er den aktive omsorgen for barnets fysiske og psykiske helse, samt det spirituelle, og hvor støtte til familien inkluderes (8). Behandlingen begynner når sykdommen er diagnostisert og fortsetter også når barnet får sykdomsrettet behandling. God lindrende behandling og omsorg krever en bred tverrfaglig tilnærming som inkluderer familien og benytter seg av tilgjengelige samfunnsressurser (8).

### **Sentrale aspekter ved lindrende behandling og omsorg**

#### *Forhåndssamtaler (ACP – Advance care planning på engelsk)*

Inkludering av pasientpreferanser ved behandlingsbeslutninger ved kroniske sykdommer har vært diskutert i flere tiår (10;11). Norsk Palliativ Forening definerer forhåndssamtale som «en kontinuerlig prosess hvor nåværende og fremtidige ønsker og preferanser for videre medisinsk behandling og pleie blir diskutert mellom pasienten og helsepersonell, spesielt med tanke på en situasjon hvor man ikke lenger selv kan uttrykke sine ønsker eller preferanser» (9;12). Forhåndssamtalen gir pasienten muligheten til å medvirke i behandling som skal gis mot slutten av livet, slik at pasienten kan delta i beslutningsprosessen om hvilken behandling som er riktig dersom den kognitive evnen skulle være påvirket (12).

Bruken av forhåndssamtale gjør at pasientens preferanser blir tatt hensyn til og kan påvirke behandlingen utført av helsepersonell, med tanke på å gi bedre omsorg, bedre livskvalitet i livets slutfaser og færre sykehusinnleggelser (11). Eksempler på hvilke tema forhåndssamtaler kan omfatte er: gjenoppliving ved hjertestans, bruk av respirator, antibiotika, eller delegering av behandlingsbeslutninger til en annen person dersom pasienten selv ikke er i stand til det. Forhåndssamtale kan også omfatte preferanser for hvor pasienten ønsker å motta pleie i slutfasen eller hvor pasienten ønsker å dø (9).

#### *Lindrende behandling og omsorg i livets slutfase*

Lindrende behandling og omsorg i livets slutfase omfatter den behandlingen som tilbys i siste uker, dager og timer av livet, selv om det i noen tilfeller kan bli i måneder eller år (13). De faglige norske rådene belyser involvering av og støtte til pårørende i denne fasen (3;7;10). Behandlingen i livets slutfase kan bli utført av helsetjenesten, gjerne av spesialister i palliasjon på sykehus eller kommunale omsorgstjenester (13). Betegnelsen palliativt team brukes både om tverrfaglig behandlingsteam med base på sykehuset og ambulerende funksjon med hjemmebesøk, og om kommunale tverrfaglige team (9). Betegnelsen hjemmebasert palliativ omsorg omfatter hjemmesykepleie, hjelp til å anskaffe nødvendige hjelpemidler, oppfølging og nødvendige hjemmebesøk fra

fastlegen, vurdering og innsats fra andre faggrupper i kommunen (prest, fysioterapeut, sosionom osv.) etter pasientens og pårørendes behov, samt nødvendig samarbeid med spesialisthelsetjenesten, inkludert palliativt team (9).

#### *Tiltaksplan i livets slutfase*

Norsk Palliativ Forening definerer en tiltaksplan slik: «En tiltaksplan (care pathway) beskriver en kompleks intervensjon for felles beslutningstaking og organisering av de ulike prosessene som inngår i behandling og pleie, og gjelder for en klart definert pasientgruppe i en klart definert tidsperiode. En individuelt tilpasset tiltaksplan i livets slutfase kan benyttes overfor pasienter som befinner seg i de siste dagene eller timene av sitt liv dels som en veiledning i behandling og pleie og dels som hjelp i beslutningsprosesser» (9).

---

### **Hvorfor det er viktig å utføre denne kunnskapsoppsummeringen**

---

Det er et mål at lindrende behandling og omsorg skal gis til alle som har behov for det. Mange mennesker kan ha behov for lindrende behandling og omsorg i flere måneder og år, andre får lindrende behandling og omsorg i livets slutfase, når det er uker og dager igjen av livet. Dette er en periode som kan være krevende for pasienter og pårørende, og det er viktig at det gjøres kunnskapsbaserte beslutninger.

Tidligere systematiske oversikter innen lindrende behandling og omsorg har i stor grad fokusert på sykehusbaserte tiltak og ikke tiltak i pasientens hjem (14;15). Disse oversiktene har oppsummert forskning om effekter av symptomspesifikke enkelttiltak, som for eksempel farmakologiske tiltak. Denne oversikten fokuserer på helhetlig lindrende behandling og omsorg der både fysiske, psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle aspekter er inkludert (14;15). Én tidligere oversikt over oversikter så på ulike typer lindrende behandling og omsorg og viste at hjemmebaserte tiltak kan være effektive (16). Oversikten rapporterte stor grad av variasjon blant inkluderte tiltak og utfallsmål, og etterlyste forskning av høyere kvalitet. Hensikten med å benytte systematiske metoder for å sammenstille forskning innen lindrende behandling og omsorg i sykehjem og i pasientens hjem er slik at pasientoppfølging innenfor dette feltet skal være basert på tiltak med dokumentert effekt.

---

### **Mål og problemstilling**

---

Formålet med denne oversikten over systematiske oversikter er å danne et kunnskapsgrunnlag om effekten av lindrende behandling og omsorg i sykehjem og eget hjem.



---

# Metode

For å svare på oppdraget har vi utarbeidet en oversikt over systematiske oversikter om effekt av tiltak som omhandler lindrende behandling og omsorg i sykehjem og eget hjem. Vi har fulgt vår metodehåndbok (17) for å utføre systematiske litteratursøk, valgt ut oversikter basert på forhåndsbestemte seleksjonskriterier, hentet ut og analysert data fra utvalgte oversikter, oppsummert resultatene systematisk og vurdert oversiktene for deres metodiske kvalitet. Prosjektplanen er publisert på FHIs hjemmeside (18).

---

## Problemstillinger

---

1. Hva er effektene av lindrende behandling og omsorg for voksne i sykehjem og i eget hjem?
2. Hva er effektene av lindrende behandling og omsorg for barn og ungdom i sykehjem og i eget hjem?

---

## Hva er en oversikt over systematiske oversikter?

---

Ifølge Cochrane (19), bruker en oversikt over systematiske oversikter (på engelsk, umbrella review), eksplisitte og systematiske metoder for å kunne identifisere systematiske oversikter over relaterte forskningsspørsmål innenfor samme tema med det formål å trekke ut og analysere resultatene på tvers. En oversikt over systematiske oversikter oppfylder følgende karakteristikk (20):

- Den skal inneholde tydelig formulerte problemstillinger
- Den bør søke etter og inkludere kun systematiske oversikter (med eller uten metaanalyser)
- Den bør bruke eksplisitte metoder for å identifisere flere systematiske oversikter som oppfylder oversiktens inklusjonsskriterier og vurdere risikoen for metodiske skjevheter ved disse systematiske oversiktene
- Den bør ha til hensikt å samle inn, analysere og presentere følgende data fra inkluderte systematiske oversikter: deskriptiv informasjon om de systematiske oversiktene og deres inkluderte primærstudier; risiko for metodiske skjevheter ved primærstudier; kvantitative resultater og tillit til disse resultatene for relevante utfall (dvs. GRADE-vurderinger)
- Den bør diskutere funn relevante for oversiktens problemstillinger, inkludert et sammendrag av hovedresultater, ~~resultatene kvalitet~~, mulige metodiske

skjevheter, tillit til resultatene, og overenstemmelse med funn fra andre primærstudier og oversikter

---

## Inklusjonskriterier

---

**Studiedesign:** Systematiske oversikter over randomiserte studier, og systematiske oversikter som inkluderte andre eksperimentelle studiedesign, slik som ikke-randomiserte studier og kontrollert før- og etter-studier (se ordliste i vedlegg 1). I tråd med vår metodehåndbok må følgende kriterier være oppfylt for at en oversikt skal kunne kalles systematisk (17):

1. oversikten må ha en oppgitt søkestrategi
2. oversikten må inneholde klare inklusjonskriterier
3. oversikten må ha kvalitetsvurdert de inkluderte studiene og/eller oversiktene

Vi har kun inkludert systematiske oversikter av høy kvalitet (vurdert ved hjelp av sjekkliste for kvalitetsvurdering – se nedenfor «vurdering av risiko for systematiske skjevheter»).

**Populasjon:** Voksne, barn og unge, uavhengig av diagnose.

**Tiltak/intervensjon:** Lindrende behandling og omsorg.

**Setting:** Selv om lindrende behandling og omsorg foregår innenfor de fleste fagområder og nivåer i helsevesenet, har dette oppdraget fokusert på lindrende behandling og omsorg som utføres på sykehjem og i eget hjem. Det innebærer ulike former av omsorgstjenester, som for eksempel hjemmetjenester (dvs. hjemmesykepleie eller hjemmebasert lindrende behandling og omsorg), eller opphold i institusjon, slik som sykehjem. Se ordlisten i vedlegg 1.

Vi har inkludert systematiske oversikter hvor  $\geq 50\%$  av primærstudiene ble gjennomført på sykehjem eller pasientens eget hjem.

**Sammenligning:** Vanlig praksis og/eller andre aktive palliative behandlingstiltak.

### Utfall:

Relevante utfall ble identifisert basert på preliminære søk i litteraturen og etter innspill fra oppdragsgiver.

#### Primærutfall

- Pasientenes livskvalitet
- Pårørendes livskvalitet
- Uønskede hendelser

#### Sekundærutfall

- Dødssted
- Pasienttilfredshet
- Sykehusinnleggelse
- Funksjonsnedsettelse

- Kognitiv funksjon
- Depresjon
- Angst
- Åndelige og eksistensielle behov

**Språk:** Oversikter på engelsk, tysk, spansk, portugisisk, italiensk, fransk, finsk, dansk, svensk og norsk kunne inkluderes. Dette er språk som prosjektmedarbeiderne eller kolleger ved FHI behersker.

**Geografi:** Ingen avgrensning (alle land).

**Tidsperiode:** Vi har inkludert systematiske oversikter hvor litteratursøkene ble gjennomført i 2010 eller senere.

---

## **Eksklusjonskriterier**

---

**Studiedesign:** Systematiske oversikter uten (i) beskrivelse av søkestrategi, (ii) inklusjonskriterier og (iii) kvalitetsvurdering av inkluderte studier. Systematiske oversikter av utelukkende farmakologiske tiltak. Primærstudier av alle design.

---

## **Litteratursøk**

---

Tonje Lehne Refsdal utarbeidet søkestrategier i dialog med resten av laget og oppdrags giver. En annen bibliotekar fagfelle vurderte og kvalitetssikret søkestrategiene før søket ble gjennomført i oktober 2020. Søkestrategiene bestod av emneord og tekstord for å identifisere tiltak for lindrende behandling og omsorg i sykehjem og eget hjem og søkestrategiene ble tilpasset søkegrensesnittet i den enkelte database (Vedlegg 2). Vi søkte i følgende databaser:

- CINAHL (EBSCO)
- Embase (Ovid)
- Epistemonikos (Epistemonikos Foundation)
- MEDLINE (Ovid)

Titler og sammendrag fra litteratursøket ble samlet i referansehåndteringsverktøyet EndNote (21) og dubletter ble fjernet før videre vurdering.

---

## **Utvelging av studier**

---

Referansene fra EndNote ble lastet opp i Covidence (22) som vi benyttet som verktøy i utvelgelsesprosessen. To forskere vurderte uavhengig av hverandre titler og sammendrag i henhold til inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Vi innhentet alle potensielt relevante referanser i fulltekst. To forskere vurderte deretter uavhengig av hverandre fulltekstpublikasjonene i henhold til inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Vi løste uenigheter ved diskusjon mellom forskerne eller rådførte oss med en tredje forsker for å oppnå

konsensus. De systematiske oversiktene som ble ekskludert i fulltekst er publisert som vedlegg sammen med eksklusjonsårsakene (se Vedlegg 3).

---

## Vurdering av risiko for systematiske skjevheter

---

To forskere vurderte uavhengig av hverandre risiko for systematiske skjevheter i de inkluderte systematiske oversiktene. Vi brukte sjekklisten for systematiske oversikter i metodehåndboka til FHI (17), og ble enige om vurdering «Høy», «Moderat», eller «Lav» kvalitet. Uenighet om vurderingene ble løst med diskusjon med en tredje forsker. Vi inkluderte kun systematiske oversikter med «Høy» kvalitet.

---

## Dataauthenting

---

Vi brukte et standardisert skjema i Covidence for å hente ut data fra inkluderte oversikter. To lagmedarbeidere hentet ut følgende data, uavhengig av hverandre:

- Førsteforfatter
- Publiseringsår
- Land studiene ble utført i
- Studietype, studiedesign
- Deltakere/grupper (antall, kjønn, alder, diagnoser)
- Behandlingstiltak (type, varighet, gruppe/individ) og setting
- Sammenligning
- Utfall inkludert målemetode, måletidspunkter
- Oversiktens metodiske skjevheter

Vi løste uenigheter om dataauthenting ved diskusjon, og i noen tilfeller inkluderte vi en tredje forsker for å oppnå enighet.

---

## Datasammenstilling

---

Vi har beskrevet data om populasjon, tiltak, sammenligning og utfall i tekst og tabeller. Vi har sammenstilt resultatene fra de inkluderte oversiktene i oppsummeringstabeller basert på populasjon, tiltak, sammenligning og utfall. Presentasjon av resultatene er sortert etter sammenlikning og utfall. Vi har ikke utført egne metaanalyser. Forfatterne av de inkluderte systematiske oversiktene rapporterte kontinuerlige utfall med gjennomsnittsforskjell (MD) og standardisert gjennomsnittsforskjell (SMD), begge med 95 % konfidensintervall (95 % KI). Dikotome utfall ble rapportert som relativ risiko (RR) med 95 % konfidensintervall (95 % KI).

---

## Overlapping av primærstudier

---

Vi har kartlagt primærstudiene som var inkludert i de systematiske oversiktene for å identifisere overlappingsgrad. Hvis det var mer enn 50% overlapp av primærstudier ble den nyeste oversikten inkludert. Excel ble benyttet i denne prosessen.

---

## Vurdering av tillit til resultatene

---

Prosjektmedarbeiderne jobbet parvis og vurderte uavhengig av hverandre tilliten til resultatene ved hjelp av Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) (23). Som anbefalt av Cochrane, fulgte vi metoder beskrevet av Meader et al (24).

Hensikten med GRADE er å vurdere hvilken tillit vi har til resultatene for hvert utfallsmål (Tabell 1) (23). Metoden inkluderer vurdering av risiko for skjevhet (risk of bias), samsvar (konsistens) i resultater mellom studier, generaliserbarhet, hvor presise resultatestimater er, og hvor stor er risikoen for publikasjonsskjevheter. Vi rapporterte både evidensprofiler og oppsummeringstabeller for hvert enkelt utfall.

**Tabell 1.** GRADE-kategoriens betydning for tilliten til resultatene

Kategori	Symbol	Betydning
Høy	⊕⊕⊕⊕	Vi har stor tillit til at effektestimater ligger nær den sanne effekten.
Middels	⊕⊕⊕⊖	Vi har middels tillit til effektestimater. Det ligger sannsynligvis nær den sanne effekten, men det er også en mulighet for at den kan være forskjellig.
Lav	⊕⊕⊖⊖	Vi har begrenset tillit til effektestimater. Den sanne effekten kan være vesentlig ulik effektestimater.
Svært lav	⊕⊖⊖⊖	Vi har svært liten tillit til at effektestimater ligger nær den sanne effekten. Den sanne effekten er sannsynligvis vesentlig ulik effektestimater.

---

## Andre vurderinger/analyser

---

Innenfor rammen for dette prosjektet har vi ikke vurdert etiske, organisatoriske eller juridiske forhold ved tiltakene eller utført helseøkonomiske analyser.

---

# Resultater

---

## Resultater av litteratursøket

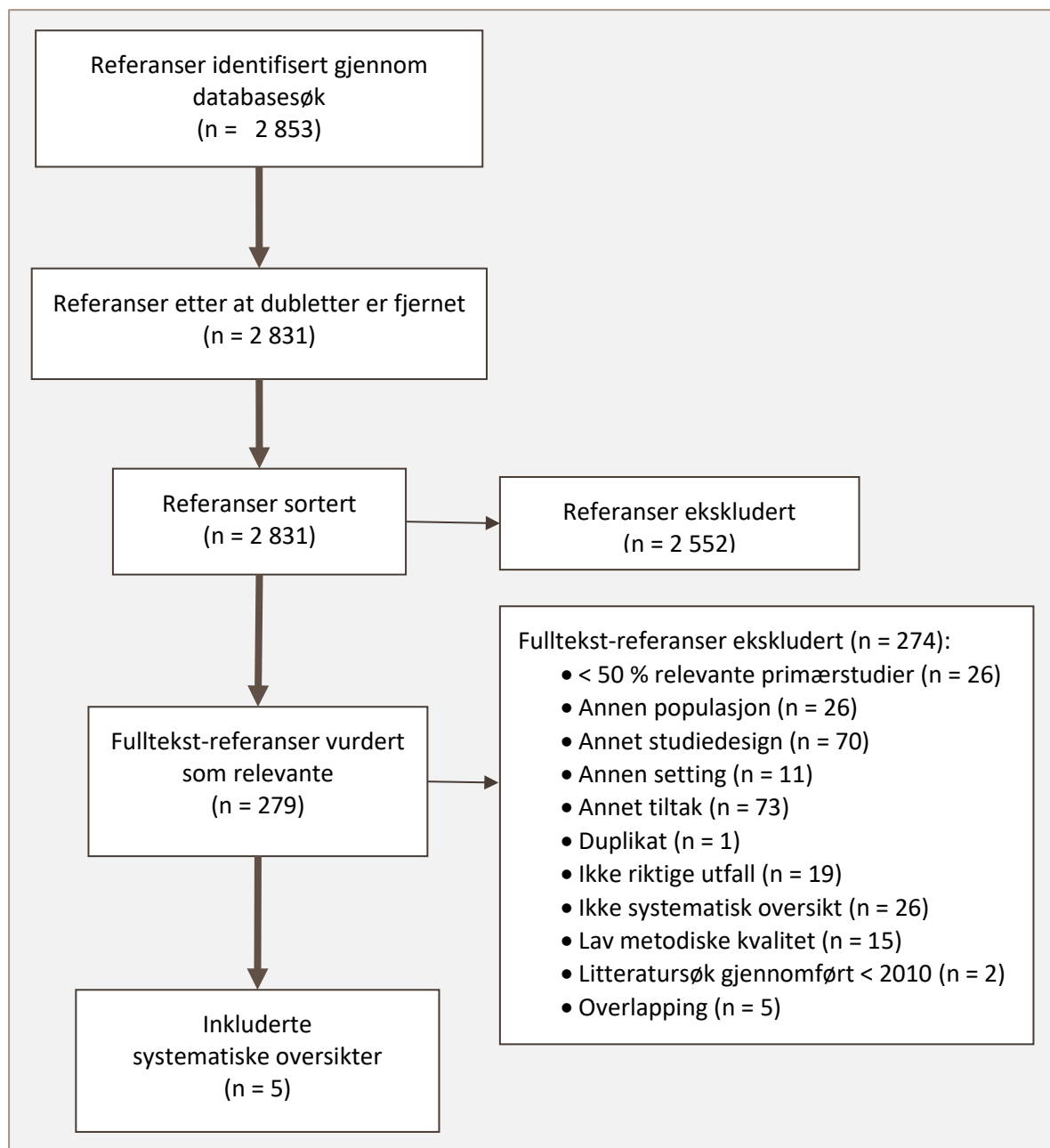
---

Det systematiske litteratursøket resulterte i 2 853 unike referanser. Vi ekskluderte 2 552 referanser basert på vurdering av tittel og sammendrag. Vi vurderte 279 systematiske oversikter i fulltekst og ekskluderte 274 basert på våre inklusjons- og eksklusjonskriterier. Vi inkluderte 5 systematiske oversikter (25-29) (Figur 1).

### Ekskluderte oversikter

Av de ekskluderte oversiktene vurderte 73 (27 %) et annet tiltak, hvor de fleste vurderte symptomspesifikke medikamenter, og 70 (25 %) oversikter oppsummerte data fra andre studiedesign, f.eks. ikke-randomiserte studier. Tjueseks (9 %) oversikter vurderte ikke risiko for systematiske skjevheter i de inkluderte primærstudiene. Liste over ekskluderte systematiske oversikter med referanser og begrunnelse for eksklusjon finnes i vedlegg 3.

Femten systematiske oversikter ble ekskludert fordi de ble vurdert til å være av lav eller moderat metodisk kvalitet (14;30-43). Detaljer om vurdering av risiko for metodiske skjevheter er presentert i vedlegg 4.



**Figur 1.** Flytdiagram over referanser som ble vurdert

### Overlapping av primærstudier

Fem systematiske oversikter ble ekskludert grunnet høy grad av overlapp med de inkluderte oversiktene (44-48) (Vedlegg 5). Den systematiske oversikten til Gomes og medarbeidere fra 2013 (45) hadde stor grad av overlapp av primærstudier presentert i Kavalieratos 2016 (28). Vi ekskluderte derfor Gomes 2013 (45), da vi ikke fant ytterligere informasjon angående våre utfallsmål enn de som er beskrevet i Kavalieratos 2016 (28). Kartlegging av overlappingsgraden av de primærstudiene som ble oppsummert i de inkluderte systematiske oversiktene vises i Tabell 2.

**Tabell 2.** Overlapping blant de systematiske oversiktene

	Candy 2011 (26)	Candy 2020 (25)	Kamioka 2014 (27)	Kavalieratos 2016 (28)	Latorraca 2019 (29)
<b>Antall studier inkludert; overlapping (n, %)</b>	11 3 (27 %)	22 0	4 0	43 4 (9 %)	3 1 (33 %)
Candy 2011 (26)		0	0	3	0
Candy 2020 (25)	0		0	0	0
Kamioka 2014 (27)	0	0		0	0
Kavalieratos 2016 (28)	3	0	0		1
Latorraca 2019 (29)	0	0	0	1	

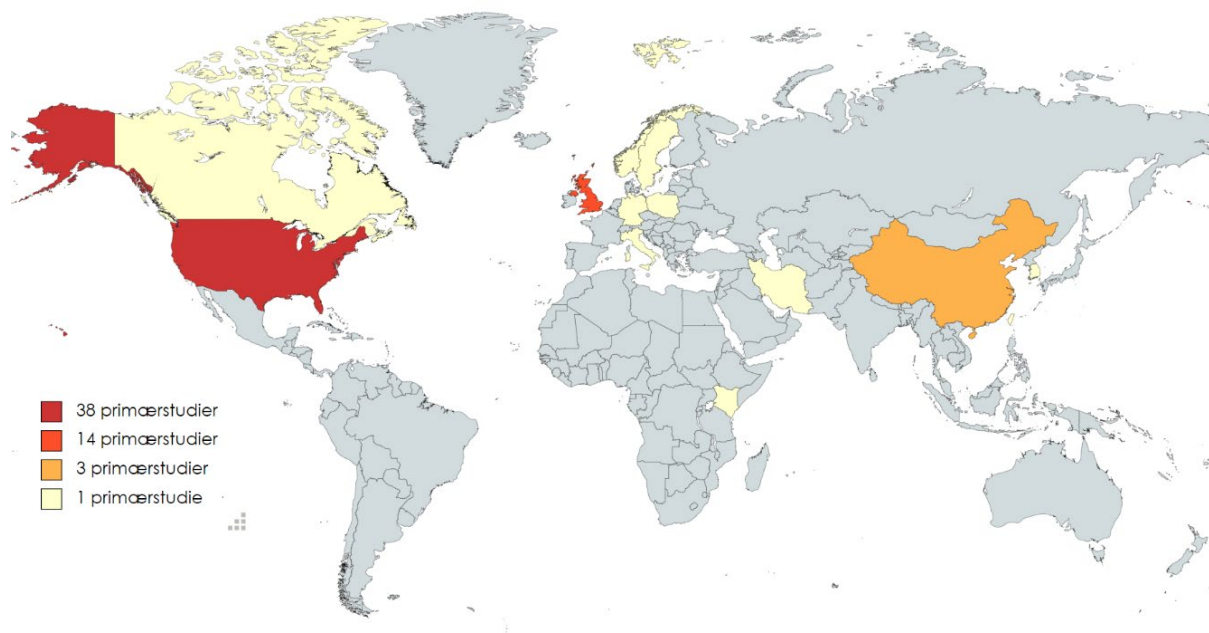
### Beskrivelse av inkluderte oversikter

De inkluderte oversiktene var publisert i perioden 2011 til 2020. To var Cochrane-oversikter (26;29) og de resterende var publisert i vitenskapelige tidsskrifter (25;27;28). To systematiske oversikter ble publisert av samme britiske forfattere (25;26), de 3 resterende oversikter var publisert i Japan (27), USA (28), og Brasil (29).

Til sammen inkluderte oversiktene 79 primærstudier, hvorav 64 var relevante for denne rapporten. Alle primærstudiene var RCTer og publisert i følgende land: 38 i USA, 14 i Storbritannia, 3 i Kina, og en studie fra: Canada, Iran, Italia, Kenya, Norge, Polen, Sverige, Sør-Korea, Taiwan, og Tyskland (Figur 2).

Tiltakene ble i hovedsak gitt i pasientenes hjem (n=50), mens 5 ble gitt på sykehjem, et i sansehager og et på et rehabiliteringssenter. For de resterende tiltakene ble ikke setting oppgitt (25;29). Totalt inkluderte oversiktene 19 396 deltakere, hvorav 4 315 pårørende. De fleste av deltakerne var kvinner. Tabell 3 presenter ytterligere informasjon om de inkluderte oversiktene.





**Figur 2.** Geografisk oversikt over primærstudiene inkludert i de systematiske oversiktene

**Tabell 3.** Beskrivelse av populasjon, tiltak og utfall i de inkluderte systematiske oversiktene

Systematisk oversikt	Populasjon	Tiltak	Sammenligning	Utfall	(Antall primærstudier (antall studier med relevante utfall))
Candy 2011 CR* (26)	Pårørende av kreftpasienter i livets sluttfase N=1 836 Gjennomsnittsalder 50 til 65 år Hovedsakelig kvinner	Hjemmebasert lindrende behandling og omsorg gitt som direkte støtte til pårørende	Vanlig praksis	Pårørendes livskvalitet; uønskede hendelser; depresjon <sup>1</sup>	11 (8)
Candy 2020 (25)	Pasienter med ulike diagnoser, spesielt kreft N=1 956 Gjennomsnittsalder 61 år 63 % kvinner	Alternative tiltak: massasje, aromaterapi, og refleksologi	Vanlig praksis, placebo, sosial omsorg, og andre aktive tiltak	Pasientenes livskvalitet; uønskede hendelser; pasienttilfredshet; angst	22 (19) <sup>2</sup>
Kamioka 2014 (27)	Pasienter med ulike diagnoser som demens, alvorlige psykiske lidelser, og hjerneslag N=246 Alder og kjønn ikke rapportert	Lindrende behandling og omsorg i sansehager og innendørs hagearbeidsprogram	Vanlig praksis	Depresjon; angst <sup>3</sup>	4 (2) <sup>4</sup>
Kavalieratos 2016 (28)	Pasienter med kreft eller hjertesvikt og pårørende N=15 210 (12 731 pasienter og 2479 pårørende) Gjennomsnittsalder 67 år Kjønn ikke rapportert	Lindrende behandling og omsorg i henhold til National Consensus Project for Quality Palliative Care (45)	Vanlig praksis, aktive tiltak, og venteliste	Pasientenes og pårørendes livskvalitet; dødssted; pasienttilfredshet; depresjon; angst <sup>5</sup>	43 (32) <sup>6</sup>
Latorraca 2019 CR* (29)	Pasienter med multipel sklerose N=146 Gjennomsnittsalder 57 år	Hjemmebasert lindrende behandling og omsorg utført av palliativ team	Vanlig praksis og venteliste	Pasientenes livskvalitet; uønskede hendelser; sykehussinnleggelse; funksjonsnedsettelse; depresjon; angst	3 (alle)

\* CR: Cochrane review

<sup>1</sup> Studien brukte et komposittmål hvor fire studier (50%) målte depresjonssymptomer, to studier målte håpløshet, én studie målte angst, og én studie målte humør

<sup>2</sup> Tre studier ble gjennomført i sykehus

<sup>3</sup> Studien brukte komposittmål for depresjon og angst. Se detaljer i Tabell 5 nedenfor

<sup>4</sup> For to av de inkluderte primærstudiene antar vi at settingen var relevant, da det ikke var gjennomført på sykehus (én i sansehager, én ved et rehabiliteringssenter). For én av disse studiene var det uklart hvorvidt studiepopulasjonen møtte våre inklusjonskriterier

<sup>5</sup> Studien rapporterte komposittmål på humør, som inkluderte depresjons- og angstsymptomer

<sup>6</sup> 11 tiltak var sykehusbasert, 1 (human immunsvikt virus, HIV). Basert på informasjonen oppgitt i oversikten kunne vi kun identifisere 10 av 11 studier som var sykehusbasert

## Beskrivelse av lindrende behandlings- og omsorgstiltak

Ulike tiltak for lindrende behandling og omsorg ble evaluert av de inkluderte oversiktene. Spesialisert helsepersonell utførte stort sett behandlingstiltakene. Unntakene var Kavalieratos 2016 (28) der detaljer om hvilke typer helsepersonell som utførte behandlingen ikke var oppgitt, og Kamioka 2014 (27) der det var stor variasjon i forhold til hvem som utførte behandlingstiltakene. Tiltakene ble gitt både i grupper og individuelt, og det var stor grad av variasjon relatert til varighet på behandlingen, fra én uke og opptil 24 uker. Videre detaljer om behandlingstiltakene er oppsummert i Tabell 4.

**Tabell 4.** Beskrivelse av komponentene i tiltakene

	Tiltak	Helsepersonell	Varighet	Gruppe/individuell	Setting*
Candy 2011 (26)	Hjemmebasert lindrende behandling og omsorg	Sykepleier, og sosial arbeider	For det meste 2 til 9 sesjoner inntil 16 uker	Blandet	Pasientenes hjem (82 %), sykehjem (9 %), og blandet (9 %)
Candy 2020 (25)	Alternative tiltak som en del av lindrende behandling og omsorg	Refleksologi, aromaterapeut, eller pårørende	Stor variasjon, fra 10 - 45 minutter, og inntil 10 uker.	Individuell	Pasientenes hjem og sykehjem (36 %), ikke spesifisert (45 %), og sykehus (14 %)
Kamioka 2014 (27)	Lindrende behandling og omsorg i sansehager	Spesialisert helsepersonell	6 uker i gjennomsnitt	Gruppe	Sansehager**
Kavalieratos 2016 (28)	Sykehjemsbasert lindrende behandling og omsorg	Ikke spesifisert	Ikke spesifisert	Blandet	Pasientenes hjem (42 %), sykehjem (32 %), og sykehus (26 %)
Latorraca 2019 (29)	Hjemmebasert lindrende behandling og omsorg	Palliativt team	21 uker i gjennomsnitt	Individuell	Pasientenes hjem

\*Beregnet fra totalt antall studier inkludert i hver enkelt systematisk oversikt.

\*\* Tiltakene ble gitt i sansehager, men deltakerne bodde på sykehjem eller rehabiliteringssenter.

## Beskrivelse av utfall i de inkluderte oversiktene

Fire systematiske oversikter oppsummerte effektene av lindrende behandling og omsorg på pasientenes livskvalitet (25;27-29), mens 2 oversikter undersøkte effektene på pårørendes livskvalitet (26;28). Tre oversikter rapporterte data om uønskede hendelser (25;26;29). Angst (25;27-29) og depresjon (26-29) var de mest vanlige sekundærtutfallene rapportert.

Det var stor variasjon i benyttede måleinstrumenter. Åndelige og eksistensielle behov ble ikke rapportert som ett separat utfall, men noen av de inkluderte systematiske oversiktene benyttet måleinstrumenter som inkluderte aspekter ved spiritualitet som en del av vurderingen av pasientens livskvalitet. Ingen systematiske oversikter målte pasientenes kognitive funksjon. Tabell 5 viser en oversikt over både måleinstrumenter og oppfølgingsperioder for hvert enkelt utfallsmål.

**Tabell 5. Utfallsmålene i de inkluderte oversiktene**

Utfall	Systematisk oversikt, og måleinstrumenter	Oppfølgingsperiode
Pasientenes livskvalitet	Candy 2020 (25): EuroQol; LASA; QoL Questionnaire; MQOL-HK, MVQOLI	Etter tiltaket til 1 måned
	Kamioka 2014 (27): LSIA	Ikke spesifisert
	Kavalieratos 2016 (28): EQ5D; FACIT-Pal; FACT-L TOI; FACT-G; FACIT-Sp; KCCQ; MLHFQ; MQOL-HK; SF-36	1 til 3 måneder 4 til 6 måneder
	Latorraca 2019 (29): MSIS, SEIQOL-DW	1 til < 6 måneder > 6 måneder
Pårørendes livskvalitet	Candy 2011 (26): CQOL-C; FACT; SF-36; Spitzer Quality-of-Life Index	1 uke til 1 måned 6 uker til 8 måneder
	Kavalieratos 2016 (28): CQOL-C; FACT-G; LASA; SF-12; SF-36	1 til 3 måneder 4 til 6 måneder
Uønskede hendelser	Candy 2011 (26): antall deltakere som rapporterer om minst en uønsket hendelse knyttet til intervensjonen	Etter tiltaket
	Candy 2020 (25): antall deltakere som rapporterer om minst en uønsket hendelse knyttet til intervensjonen	Ikke spesifisert
	Latorraca 2019 (29): antall deltakere som rapporterer om minst en uønsket hendelse knyttet til intervensjonen	6 måneder
Dødssted	Kavalieratos 2016 (28): administrative data	Pasientens død
Pasienttilfredshet	Candy 2020 (25): pasienten rapporterte grad av tilfredshet med tiltaket. Spesifikt instrument ikke oppgitt.	Ikke spesifisert
	Kavalieratos 2016 (28): CARES-MIS; FAM CARE; Greer Satisfaction with Care Survey; GHAA-CSS; MacAdam's Assessment of Suffering; McCusker scale; Modified City of Hope Patient Questionnaire; Reid-Gundlach, Ware scale; og tre uspesifiserte instrumenter	Ikke spesifisert
Sykehusinnleggelse	Latorraca 2019 (29): Antall deltakere innlagt på sykehus	> 6 måneder
Funksjonsnedsettelse	Latorraca 2019 (29): EDSS	4 måneder
Depresjon	Candy 2011 (26) <sup>1</sup> : CES-D; HADS; BDI; Brief COPE scale; BHS; GHQ-28	Etter tiltaket
	Kamioka 2014 (27): AARS; BDI; DASS-21	Ikke spesifisert
	Kavalieratos 2016 (28): CES-D; CSDD; GHQ-12; HADS; IES; LASA; NRS; PHQ-9; POMS; MPAC	Ikke spesifisert
	Latorraca 2019 (29): HADS	4 måneder
Angst	Candy 2020 (25): STAI; POMS; HADS; VAS-anxiety	Etter tiltaket, 1 uke, 3 uker etter tiltak
	Kamioka 2014 (27): DASS21	Ikke spesifisert
	Kavalieratos 2016 (28): GHQ-12; HADS; IES; LASA; MPAC; NRS; PHQ-9; POMS	Ikke spesifisert
	Latorraca 2019 (29): HADS	4 måneder

AARS, Apparent Affect Rating Scale; BDI, Beck depression inventory; BHS, Beck Hopelessness Scale; CES-D, Center for Epidemiologic Studies Depression Scale; CQOL-C, Care-giver Quality-of-Life-Index - Cancer; CSDD, Cornell Scale for Depression in Dementia; DASS-21, Depression and Anxiety Stress Scale 21-Chinese version; EDSS, Expanded Disability Status Scale; EQ5D, EuroQol 5 Dimensions Questionnaire; FACIT-Pal, Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Palliative; FACIT-Sp, Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spirituality; FACT-G, Functional Assessment of Cancer Therapy- General; FACT-L TOI, Functional Assessment of Cancer Therapy-Lung Treatment Outcome Index; GHAA-CSS, Group Health Association of America Consumer Satisfaction Survey; GHQ-12, 12-Item General Health Questionnaire; HADS, Hospital Anxiety and Depression Scale; IES, Impact of Event Scale; KCCQ, Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire; LASA, Linear analogue self-assessment scale on QoL; LSIA, The Life Satisfaction Index-A Form; MLHFQ, Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire; MPAC, Memorial Pain Assessment Card; MQOL-HK, McGill Quality of Life Questionnaire-Hong Kong adaptation; MSIS, Multiple Sclerosis Impact Scale; MVQOLI, Missoula-VITAS Quality of Life Index; NRS, Numerical Rating Scale; PHQ-9, Patient Health Questionnaire 9; POMS, Profile of Mood States; QoL, Quality of Life; SEIQoL-DW, Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life-Direct Weight; SF-12, Short Form-12; SF-36, Short Form-36; STAI, Spielberger's State-Trait Anxiety Inventory

<sup>1</sup> Én av de 8 studiene målte angstsymptomer, men oppga ikke separate effektestimater.

---

## Effekt av lindrende behandling og omsorg

---

Vi observerte stor variasjon i hvordan de inkluderte systematiske oversiktene presenterte resultatene, hvorav 3 rapporterte metaanalyser (26;28;29) mens 2 rapporterte resultatene narrativt (25;27). Vi presenterer resultatene narrativt, sortert på tiltakstype, deretter på utfall rapportert for hvert tiltak, sammen med vår vurdering av tillit til resultatene for hvert utfallsmål. Vedlegg 6 inneholder informasjon om evidensprofilene til GRADE-vurderingen.

### Hjemmebasert lindrende behandling og omsorg

To systematiske oversikter undersøkte effekten av hjemmebasert lindrende behandling og omsorg (26;29).

Oversikten til Candy og medarbeidere fra 2011 (26) undersøkte effekten av hjemmebasert lindrende behandling og omsorg med direkte støtte til pårørende av kreftpasienter, sammenlignet med vanlig praksis. Tiltakene hadde som mål å øke mestring og pårørendes velvære. Pårørende mottok ulike typer råd og støtte, inkludert tilrettelegging av problemløsningsferdigheter, emosjonell støtte, økonomisk rådgivning, fremtidig planlegging og opplæring i pasientomsorg.

Oversikten til Latorraca og medarbeidere fra 2019 (29) vurderte effekten av hjemmebasert lindrende behandling og omsorg sammenlignet med vanlig praksis og venteliste hos pasienter med multippel sklerose. Hjemmebesøkene utført av et palliativt team fokuserte på undersøkelse av symptomkontroll og veiledning for å bedre pasientbehandling. Oversikten rapporterte ingen ytterligere detaljer om tiltakene.

#### *Pasientenes livskvalitet*

Oversikten til Latorraca og medarbeidere (29) fant ingen klar forskjell i effekt av hjemmebasert lindrende behandling og omsorg sammenliknet med vanlig praksis ved 3 måneder (MD 6,07; 95 % KI -4,91 til 17,06; n=76; 2 studier) og 6 måneders oppfølging (MD 4,80; 95 % KI -12,32 til 21,92; n=62; én studie). Vi har svært lav tillit til resultatene (Tabell 6)

#### *Pårørendes livskvalitet*

Oversikten til Candy og medarbeidere fra 2011 (26) fant ingen klar forskjell i effekt av hjemmebasert lindrende behandling og omsorg sammenliknet med vanlig praksis inntil 8 måneder etter tiltak (SMD 0,08; 95 % KI -0,11 til 0,26; n=631; 6 studier). Vi har svært lav tillit til resultatene (Tabell 6)

#### *Uønskede hendelser*

Oversikten til Candy og medarbeidere (26) rapporterte om økt forekomst av familiekonflikter blant deltakerne som mottok hjemmebasert lindrende behandling og omsorg via direkte støtte sammenlignet med vanlig praksis (n= 363; én studie). Effektestimater ble ikke oppgitt. Latorraca 2019 (29) rapporterte om 22 alvorlige uønskede hendelser hos 20 deltakere i hjemmebasert lindrende behandling og omsorgsgruppen (RR 0,97; 95 % KI 0,44 til 2,12; n=76, én studie). Vi har svært lav tillit til resultatene (Tabell 6).

## Sykehusinnleggelse og funksjonsnedsettelse

Oversikten til Latorraca og medarbeidere (29) fant ingen klar forskjell i effekt av hjemmebasert lindrende behandling og omsorg sammenliknet med vanlig praksis på antall sykehusinnleggelser ved 6 måneders oppfølging (RR 0,78; 95 % KI 0,24 til 2,52; n=76, én studie) og på funksjonsnedsettelse ved 4 måneder oppfølging (MD 0,13; 95 % KI -0,44 til 0,70; n=16; én studie). Vi har svært lav tillit til resultatene (Tabell 6).

## Depresjon og angst

Oversikten til Candy og medarbeidere (26) rapporterte om kronisk stress, som inkluderte symptomer på både depresjon, angst, håpløshet og humør. De rapporterte om bedring i depresjonssymptomer blant deltakerne som mottok hjemmebasert lindrende behandling og omsorg sammenliknet med vanlig praksis (SMD -0,15; 95 % KI -0,28 til -0,02; n=936; 8 studier). Oversikten til Latorraca og medarbeidere (29) fant ingen klar forskjell i effekt av hjemmebasert lindrende behandling og omsorg sammenliknet med vanlig praksis 4 måneder etter intervensjon på både depresjonssymptomer (MD -0,50, 95 % KI -4,14 til 3,14) og angstsymptomer (MD 2,50; 95 % KI -0,94 til 5,94, n=16, én studie). Vi har svært lav tillit til resultatene (Tabell 6).

Oppsummert er det usikkert hvilken effekt hjemmebasert lindrende behandling og omsorg har på samtlige utfall rapportert sammenliknet med vanlig praksis, da vi har svært lav tillit til alle resultatene. Dette er hovedsakelig grunnet metodiske skjevheter (manglende rapportering av blinding, frafall, og utfallsdata), og manglende presisjon (Tabell 6).

**Tabell 6.** Oppsummeringstabell: Effekt av hjemmebasert lindrende behandling og omsorg versus vanlig praksis

Sammenligning: Hjemmebasert lindrende behandling og omsorg versus vanlig praksis					
Utfall	Relativ effekt (95 % KI)	Effekt av hjemmebasert lindrende behandling og omsorg versus vanlig praksis		Antall deltakere (studier)	Tillit til dokumentasjonen (GRADE)
		Kontroll	Tiltak		
<b>Pasientenes Livskvalitet:</b> 3 måneder etter tiltak	MD 6,07; 95 % KI -4,91 til 17,06	Gjennomsnittlig livskvalitet i kontrollgruppen fra -0,6 til -3,7	Gjennomsnittlig 6,07 høyere (fra 4,91 lavere til 17,06 høyere)	76 deltakere (1 SR, 2 RCTer)	⊕○○○ SVÆRT LAV <sup>1,2</sup>
<b>Pasientenes Livskvalitet:</b> 6 måneder etter tiltak	MD 4,80; 95 % KI -12,32 til 21,92	Gjennomsnittlig livskvalitet i kontrollgruppen var -4	Gjennomsnittlig 4,80 høyere (fra 12,32 lavere til 21,92 høyere)	62 deltakere (1 SR, 1 RCT)	⊕○○○ SVÆRT LAV <sup>1,2</sup>
<b>Pårørendes Livskvalitet:</b> fra 6 uker til 8 måneder etter tiltak	SMD 0,08; 95 % KI -0,11 til 0,26	Gjennomsnittlig livskvalitet i kontrollgruppen fra -48 til 65	Gjennomsnittlig 0,08 høyere (fra 0,11 lavere til 0,26 høyere)	631 deltakere (1 SR, 6 RCTer)	⊕○○○ SVÆRT LAV <sup>3,4</sup>
<b>Uønskede hendelser:</b> 6 måneder etter tiltak	Ikke rapportert	-	Økt forekomst av familiekonflikter, og alvorlige uønskede hendelser	439 deltakere (2 SRer, 2 RCTer)	⊕○○○ SVÆRT LAV <sup>3,5</sup>
<b>Sykehusinnleggelser:</b> 6 måneder etter tiltak	RR 0,78; 95 % KI 0,24 til 2,52	154 per 1 000	120 per 1 000 (37 til 388)	76 deltakere (1 SR, 1 RCT)	⊕○○○ SVÆRT LAV <sup>1,2</sup>

<b>Funksjonsnedsettelse:</b> 4 måneder etter tiltak	MD 0,13; 95 % KI -0,44 til 0,70	Gjennomsnittlig funksjon i kontrollgruppen var 8,6	Gjennomsnittlig 0,13 høyere (fra 0,44 lavere til 0,70 høyere)	16 deltakere (1 SR, 1 RCT)	⊕○○○ SVÆRT LAV <sup>1,2</sup>
<b>Depresjon:</b> 4 måneder etter tiltak	Ikke rapportert	-	Forbedringer i depresjons-symptomer	952 deltakere (2 SRer, 9 RCTer)	⊕○○○ SVÆRT LAV <sup>1,4</sup>
<b>Angst:</b> 4 måneder etter tiltak	MD 2,50; 95 % KI -0,94 til 5,94	Gjennomsnittlig angst i kontrollgruppen var 5,6	Gjennomsnittlig 2,5 høyere (fra 0,94 lavere til 5,94 høyere)	16 deltakere (1 SR, 1 RCT)	⊕○○○ SVÆRT LAV <sup>1,2</sup>

KI: Konfidensintervall; MD: Gjennomsnittlig forskjell; RCT: Randomisert kontrollert studie; RR: Risk ratio; SMD: Standardisert gjennomsnittlig forskjell; SR: Systematisk oversikt

<sup>1</sup> Nedgradert to nivåer for metodiske skjevheter: blinding av deltakerne og personell og manglende rapportering av frafall.

<sup>2</sup> Nedgradert to nivåer for presisjon: studien hadde lite utvalg og bredt konfidensintervall.

<sup>3</sup> Nedgradert to nivåer for metodiske skjevheter: manglende rapportering av blinding, frafall, og utfallsdata

<sup>4</sup> Nedgradert ett nivå for presisjon: bredt konfidensintervall.

<sup>5</sup> Nedgradert ett nivå for presisjon: konfidensintervall er bredt, og effektestimater var ikke rapportert.

## Sykehjemsbasert lindrende behandling og omsorg

Én oversikt publisert av Kavalieratos og medarbeidere i 2016 (28) undersøkte effekten av lindrende behandling og omsorg utført i sykehjem sammenlignet med vanlig praksis, aktive tiltak, og venteliste hos pasienter med kreft eller hjertesvikt og deres pårørende. Type omsorgspersoner ble ikke spesifisert, så det kan både ha vært pårørende eller formelle omsorgspersoner, som for eksempel sykepleiere. Denne oversikten inkluderte studier utført både i pasientenes hjem, på sykehjem og på sykehus, men majoriteten av primærstudiene som oppga relevante utfallsdata var sykehjemsbaserte.

Tiltakene måtte bestå av minst 2 av 8 domener for palliativ omsorg, som definert i de nasjonale retningslinjene for lindrende behandling og omsorg i USA (*National Consensus Project for Quality Palliative Care*) (49). Disse 8 domenene er: 1) struktur og prosess av omsorg; 2) fysiske aspekter ved omsorg; 3) psykologiske og psykiatriske aspekter ved omsorg; 4) sosiale aspekter ved omsorg; 5) spirituelle, religiøse og eksistensielle aspekter ved omsorg; 6) kulturelle aspekter ved omsorg; 7) omsorg for pasienten ved livets slutfase; 8) etiske og rettslige aspekter ved omsorg. Oversikten presenterte ikke en beskrivelse av de ulike domenene blant primærstudiene.

### **Pasientenes livskvalitet**

Forfatterne fant ingen klar forskjell i effekt av sykehjemsbasert lindrende behandling og omsorg sammenliknet med vanlig praksis ved 3 måneder (SMD 0,46; 95 % KI 0,08 til 0,83, n= 2 115; 15 studier) og 4 til 6 måneders oppfølging (SMD 0,12; 95 % KI -0,03 til 0,28; n=1 915; 12 studier). Vi har svært lav tillit til resultatene (Tabell 7).

### **Pårørendes livskvalitet og dødssted**

Forfatterne fant ingen klar forskjell i effekt av sykehjemsbasert lindrende behandling og omsorg sammenliknet med vanlig praksis på pårørendes livskvalitet inntil seks måneder etter intervensjon (n=823, 7 studier) eller dødssted (hjemme vs. sykehjem) (n=1 435, 6 studier). Effektestimater ble ikke rapportert. Vi har svært lav tillit til resultatene (Tabell 7).

## Pasienttilfredshet

For 64 % av de inkluderte primærstudiene (ikke oppgitt antall deltakere i disse ni studiene, men totalt antall 2 690 deltakere) ble det rapportert om ingen forskjell i pasienttilfredshet mellom gruppen som mottok sykehjemsbasert lindrende behandling og omsorg sammenlignet med kontrollgruppen. Effektestimater ble ikke oppgitt. Vi har svært lav tillit til resultatene (Tabell 7).

## Depresjon og angst

Forfatterne inkluderte ett komposittutfall om humør, som inkluderte depresjons- og angstsymptomer og fant ingen klar forskjell i effekt av sykehjemsbasert lindrende behandling og omsorg sammenliknet med vanlig praksis. Effektestimater og tidspunkt for målinger ble ikke rapportert. Vi har svært lav tillit til resultatene (Tabell 7).

Oppsummert er det usikkert hvilken effekt lindrende behandling og omsorg i sykehjem har på samtlige utfall rapportert sammenlignet med vanlig praksis, da vi har svært lav tillit til alle resultatene. Dette er hovedsakelig grunnet metodiske skjevheter (manglende rapportering av blinding, frafall, og utfallsdata), manglende presisjon, og inkonsistens mellom resultatene (Tabell 7).

**Tabell 7.** Oppsummeringstabell: Effekt av lindrende behandling og omsorg i sykehjem versus vanlig praksis

Sammenligning: Lindrende behandling og omsorg i sykehjem versus vanlig praksis					
Utfall	Relativ effekt (95 % KI)	Effekt av lindrende behandling og omsorg i sykehjem versus vanlig praksis		Antall deltakere (studier)	Tillit til dokumentasjonen (GRADE)
		Kontroll	Tiltak		
<b>Pasientenes Livskvalitet:</b> 3 måneder etter tiltak	SMD 0,46; 95 % KI 0,08 til 0,83	Gjennomsnittlig livskvalitet i kontrollgruppen fra 30 til 180	Gjennomsnittlig 0,46 høyere (fra 0,08 høyere til 0,83 høyere)	2 115 deltakere (1 SR, 15 RCTer)	⊕○○○ SVÆRT LAV <sup>1,2</sup>
<b>Pasientenes Livskvalitet:</b> 6 måneder etter tiltak	SMD 0,12; 95 % KI -0,03 til 0,28	Gjennomsnittlig livskvalitet i kontrollgruppen fra 12 til 167	Gjennomsnittlig 0,12 høyere (fra 0,03 lavere til 0,28 høyere)	1 915 deltakere (1 SR, 12 RCTer)	⊕○○○ SVÆRT LAV <sup>1,2</sup>
<b>Pårørendes livskvalitet:</b> inntil 6 måneder etter tiltak	Ikke rapportert	-	3 av 7 studier fant at pårørende i tiltaksgruppen opplevde bedring på ett eller flere livskvalitetsdomener sammenlignet med kontrollgruppene	823 deltakere (1 SR, 7 RCTer)	⊕○○○ SVÆRT LAV <sup>1,3</sup>
<b>Dødssted:</b> valg av dødssted for pasient	Ikke rapportert	-	3 studier fant en økt forekomst av selvbestemt valg av eget hjem som dødssted i tiltaksgruppene sammenlignet med kontrollgruppene	1 435 deltakere (1 SR, 6 RCTer)	⊕○○○ SVÆRT LAV <sup>1,3</sup>
<b>Pasienttilfredshet:</b> oppfølgingsperiode var ikke rapportert	Ikke rapportert	-	7 studier fant at gruppen som mottok lindrende behandling og omsorg var mer tilfreds enn kontrollgruppen	2 690 deltakere (1 SR, 11 RCTer)	⊕○○○ SVÆRT LAV <sup>1,3</sup>

<b>Depresjon og angst:</b> oppfølgingsperiode var ikke rapportert	Ikke rapportert	-	7 av 23 studier rapporterte deltakerne forbedringer i helse (inkluderte depresjon) i gruppen som mottok lindrende behandling og omsorg i forhold til kontrollgruppen	1 285 deltakere (1 SR, 23 RCTer)	⊕○○○ SVÆRT LAV <sup>1,3</sup>
--	-----------------	---	--	----------------------------------	----------------------------------

RCT: Randomisert kontrollert studie; SMD: Standardisert gjennomsnittlig forskjell; SR: Systematisk oversikt

<sup>1</sup> Nedgradert to nivåer for metodiske skjevheter: manglende rapportering av blinding, frafall, og utfallsdata. Studiene ble vurdert til å ha høy risiko for metodiske skjevheter til subjektive utfall.

<sup>2</sup> Nedgradert ett nivå for inkonsistens/samsvar: resultatene fra de primærstudiene spriker; dette indikerer høyt heterogenitet.

<sup>3</sup> Nedgradert ett nivå for presisjon: effektestimater var ikke rapportert.

## Lindrende behandling og omsorg i sansehager

Én oversikt publisert av Kamioka og medarbeidere i 2014 (27) undersøkte effekten av lindrende behandling og omsorg i sansehager (hagebrukbaserte aktiviteter og innendørs hagearbeidsprogram) sammenlignet med vanlig praksis hos pasienter med ulike diagnoser som demens, alvorlige psykiske lidelser og hjerneslag.

### Pasientenes livskvalitet

Forfatterne fant ingen klar forskjell i effekt av lindrende behandling og omsorg i sansehager i 8 uker sammenliknet med vanlig praksis på pasientenes livskvalitet (n=53; én studie). Effektestimater og tidspunkt for målinger ble ikke oppgitt. Vi har svært lav tillit til resultatene (Tabell 8).

### Depresjon og angst

Forfatterne brukte komposittutfall som inkluderte både depresjon og angst, og fant ingen klar forskjell i effekt av lindrende behandling og omsorg i sansehager sammenliknet med vanlig praksis på depresjons- og angstsymptomer (n=24; én studie). Effektestimater og tidspunkt for målinger ble ikke rapportert. Vi har svært lav tillit til resultatene (Tabell 8).

Oppsummert er det usikkert hvilken effekt lindrende behandling og omsorg i sansehager har på samtlige utfall rapportert sammenlignet med vanlig praksis, da vi har svært lav tillit til alle resultatene. Dette er hovedsakelig grunnet metodiske skjevheter (manglende rapportering av blinding av helsepersonell), direktehet (lav generaliserbarhet av resultater), og manglende presisjon (Tabell 8).

### Tabell 8. Oppsummeringstabell: Effekt av lindrende behandling og omsorg i sansehager versus vanlig praksis

Sammenligning: Lindrende behandling og omsorg i sansehager versus vanlig praksis

Land: Kina og Sør-Korea

Populasjon: Pasienter med ulike diagnoser som demens, alvorlige psykiske lidelser, og hjerneslag.

Tiltak: Lindrende behandling og omsorg i sansehager

Kontroll: Vanlig praksis

Setting: Sansehager

Utfall	Relativ effekt (95 % KI)	Effekt av lindrende behandling og omsorg i sansehager versus vanlig praksis		Antall deltakere (studier)	Tillit til dokumentasjonen (GRADE)
		Kontroll	Tiltak		



<b>Pasientenes livskvalitet:</b> oppfølgingsperiode var ikke rapportert	Ikke rapportert	-	Én studie fant at sansehager forbedret pasientenes tilfredshet med livet sammenlignet med vanlig praksis	53 deltakere (1 SR, 1 RCT)	⊕○○○ SVÆRT LAV <sup>1,3</sup>
<b>Depresjon og angst:</b> oppfølgingsperiode var ikke rapportert	Ikke rapportert	-	Én studie fant at pasienter som deltok i sansehager hadde færre depresjons- og angstsymptomer enn kontrollgruppen	24 deltakere (1 SR, 1 RCT)	⊕○○○ SVÆRT LAV <sup>1,3</sup>

RCT: Randomisert kontrollert studie; SR: Systematisk oversikt

<sup>1</sup> Nedgradert ett nivå for metodiske skjevheter: manglende rapportering av blinding av helsepersonell.

<sup>2</sup> Nedgradert ett nivå for direktehet: tiltak er i liten grad overførbare til norsk forhold.

<sup>3</sup> Nedgradert ett nivå for presisjon: studien hadde lite utvalg.

## Alternative tiltak som en del av lindrende behandling og omsorg

Én systematisk oversikt publisert av Candy og medarbeidere i 2020 (25) undersøkte effekten av alternative tiltak som massasje, aromaterapi, og refleksologi sammenlignet med vanlig praksis, annen terapi og placebo hos pasienter med ulike diagnoser, hovedsakelig kreft.

### *Pasientenes livskvalitet*

Forfatterne fant ingen klar forskjell i effekt av lindring med aromaterapi og massasje sammenliknet med vanlig praksis eller annen terapi på pasientenes livskvalitet (n= 1 285; ni studier). Effektestimater og tidspunkt for målinger ble ikke oppgitt. Vi har svært lav tillit til resultatene (Tabell 9).

### *Uønskede hendelser*

Forfatterne rapporterte om uønskede hendelser i to av de inkluderte studiene: Én studie med 46 deltakere rapporterte én uønsket hendelse (utslett) i tiltaksgruppen med aromaterapi. Én studie med 26 deltakere rapporterte om flere uønskede hendelser i tiltaksgruppen for refleksologi, der det mest vanlige var ubehag i fot. Effektestimater og tidspunkt for målinger ble ikke oppgitt. Vi har svært lav tillit til resultatene (Tabell 9).

### *Pasienttilfredshet*

Forfatterne fant ingen klar forskjell i effekt av lindring med aromaterapi sammenliknet med vanlig praksis på pasienttilfredshet (n=46; én studie). Effektestimater og tidspunkt for målinger ble ikke oppgitt. Vi har svært lav tillit til resultatene (Tabell 9).

### *Angst*

Forfatterne fant ingen klar forskjell i effekt av lindring med aromaterapi sammenliknet med kontrollgruppene (massasje, ingen tiltak) på angstsymptomer hverken ved én ukes oppfølging (n=42; én studie) eller ved 3 ukers oppfølging (n=81; 2 studier). Forfatterne fant heller ingen klar forskjell i effekt av refleksologi sammenlignet med kontrollgruppene ved 3 ukers oppfølging på angstsymptomer (n=170; 2 studier). Effektestimater ble ikke oppgitt. Vi har svært lav tillit til resultatene (Tabell 9).

Oppsummert er det usikkert hvilken effekt alternative tiltak som en del av lindrende behandling og omsorg har på samtlige utfall rapportert sammenlignet med kontroll-

grupper, da vi har svært lav tillit til alle resultatene. Dette er hovedsakelig grunnet metodiske skjevheter (manglende rapportering av randomiseringsprosedyrer og blinding av helsepersonell), direktet (lav generaliserbarhet av resultater), og manglende presisjon (Tabell 9).

**Tabell 9. Oppsummeringstabell: Effekt av alternative tiltak som en del av lindrende behandling og omsorg versus vanlig praksis**

Sammenligning: Alternative tiltak som en del av lindrende behandling og omsorg versus vanlig praksis					
Utfall	Relativ effekt (95 % KI)	Effekt av alternative tiltak som en del av lindrende behandling og omsorg versus vanlig praksis		Antall deltakere (studier)	Tillit til dokumentasjonen (GRADE)
		Kontroll	Tiltak		
<b>Pasientenes Livskvalitet:</b> oppfølgingsperiode var ikke rapportert	Ikke rapportert	-	Én av ni studier fant at refleksologi forbedret pasientenes livskvalitet sammenlignet med placebo-refleksologi	1 285 deltakere (1 SR, 9 RCTer)	⊕○○○ SVÆRT LAV <sup>1,2</sup>
<b>Uønskede hendelser:</b> oppfølgingsperiode var ikke rapportert	Ikke rapportert	-	To pasienter i tiltaksgruppen rapporterte uønskede hendelser, der det mest vanlige var ubehag i fot	72 deltakere (1 SR, 2 RCTer)	⊕○○○ SVÆRT LAV <sup>1,3</sup>
<b>Pasienttilfredshet:</b> oppfølgingsperiode var ikke rapportert	Ikke rapportert	-	Én studie rapporterte at deltakerne i tiltaksgruppen var tilfredse med behandlingen. Pasienttilfredshet ble ikke målt i kontrollgruppen.	46 deltakere (1 SR, 1 RCT)	⊕○○○ SVÆRT LAV <sup>1,3</sup>
<b>Angst:</b> 3 uker etter tiltak	Ikke rapportert	-	Ingen studie rapporterte effekter i favør av alternative tiltak	293 deltakere (1 SR, 12 RCTer)	⊕○○○ SVÆRT LAV <sup>1,2</sup>

RCT: Randomisert kontrollert studie; SR: Systematisk oversikt

<sup>1</sup> Nedgradert to nivåer for metodiske skjevheter: manglende rapportering av randomiseringsprosedyrer, blinding av helsepersonell.

<sup>2</sup> Nedgradert ett nivå for direktet: tiltak er i liten grad overførbare til norsk forhold.

<sup>3</sup> Nedgradert ett nivå for presisjon: studien hadde lite utvalg.

---

# Diskusjon

---

## Hovedfunn

---

Denne rapporten gir en systematisk oppsummering over effekt av ulike lindrende behandlings- og omsorgstiltak for voksne pasienter med forskjellige diagnoser, særlig kreft. Vi identifiserte fem systematiske oversikter av høy metodisk kvalitet, og disse inkluderte 79 RCTer totalt, hvorav 64 (81 %) var relevante for denne rapporten. Totalt inkluderte oversiktene 19 396 deltakere, hvor 4 315 av dem var pårørende. De fleste av deltakerne var kvinner.

Vi identifiserte fire ulike tiltak: lindrende behandling og omsorg gitt i pasientenes eget hjem, på sykehjem, i sansehager, og alternative tiltak. Tiltakene ble i hovedsak gjennomført i pasientenes hjem, etterfulgt av sykehjem, og gitt av spesialisert helsepersonell. Det var stor variasjon i tiltakenes varighet, fra én uke og opptil 24 uker. Pasientens livskvalitet var det hyppigste rapporterte primærutfallet, mens angst og depresjon var de hyppigste rapporterte sekundærutfallene.

Det usikkert om de oppsummerte lindrende behandlings- og omsorgstiltakene har effekt på noen av utfallene inkludert i denne rapporten, sammenlignet med kontrollgrupper, grunnet vår svært lave tillit til resultatene.

---

## Kvaliteten på forskningsresultatene

---

Vi inkluderte fem systematiske oversikter som vi vurderte til å ha lav risiko for systematiske skjevheter. To av de fem systematiske oversiktene rapporterte GRADE-vurderinger (26;29), og dette ble brukt som supplerende materiale til våre analyser, slik anbefalt av Cochrane (50).

Vi har svært lav tillit til samtlige resultater i denne oversikt over systematiske oversikter. Hovedårsakene til nedgradering av tillit var høy risiko for systematiske skjevheter i primærstudiene (manglende rapportering av randomisering, blinding, frafall, og utfallsdata), manglende konsistens og presisjon. Både randomisering og blinding av deltakerne til studiegrupper er særlig relevant når vi oppsummerer funn fra selvrapporterte utfallsmål, som livskvalitet eller angst. Videre undersøkte to systematiske oversikter tiltak som er i liten grad overførbare til norske forhold (sansehager og alternative tiltak), kombinert med lavt antall deltakere. Derfor er det usikkert om det er forskjell i effekt mellom lindrende behandlings- og omsorgstiltak og vanlig praksis på samtlige

utfall oppsummert i denne rapporten. Dette betyr at ny forskning kan endre våre konklusjoner.

Direkthet av kunnskapsgrunnlaget til den norske konteksten diskuteres under avsnittet *Hvor generaliserbare er resultatene?*

---

## **Styrker og svakheter**

---

Styrker ved denne rapporten er blant annet at vi har benyttet systematiske og transparente metoder i utarbeidelsen av den. Videre ble dette oppdraget utarbeidet gjennom et tett og dynamisk samarbeid mellom forskerne i FHI, oppdragsgiveren (Helse- og omsorgsdepartementet), forskningseksperter innenfor lindrende behandling og omsorgsfeltet, og representanter fra nasjonal fagforening for palliativ medisin.

### **Mulige svakheter ved systematiske oversikter**

Vi begrenset våre inklusjonskriterier til systematiske oversikter over RCTer, da dette er det mest velegnete studiedesignet for å undersøke effekter av tiltak (50), hvilket var hovedfokuset til oppdraget. Én av hovedfordelene ved RCTer er at studiegruppene anses som like i henhold til viktige bakgrunnsvariabler (50). Imidlertid er ikke randomisering tilstrekkelig for å sikre en lav risiko for skjevheter i RCTer, da disse kan ha andre begrensninger som svekker tillitten til effektestimaterne (for eksempel lav etterlevelse av tiltak blant deltakerne, høyt frafall og skjevheter i måling av utfallene).

Andre studiedesign, slik som prospektive kohortstudier og såkalte virkelighetsdatastudier (51;52), kan bistå i å danne det forskningsbaserte kunnskapsgrunnlaget for effektene av lindrende behandling og omsorg i sykehjem eller pasientenes eget hjem. Noen hevder at en mulig svakhet ved RCTer, i motsetning til observasjonsstudier, er at de har lavere evne til å koble forskningsresultater til deltakernes hverdag, siden de ofte er gjennomført i andre settinger (53;54). Dette har betydning for generaliserbarheten til resultatene.

### **Mulige skjevheter i oppsummeringsprosessen**

Det er viktig å presisere at vi kun inkluderte systematiske oversikter av høy metodisk kvalitet. Dette kan ha resultert i eksklusjon av oversikter som kan ha vært aktuelle for problemstillingene våre, men som for eksempel har ufullstendig metoderapportering. Det er ikke mulig å utelukke at vi har ekskludert relevante oversikter på andre språk enn de definert i inklusjonskriteriene i prosjektplanen.

---

## **Hvor generaliserbare er resultatene?**

---

Vi har svært lav tillit til samtlige resultater i denne rapporten, hvilket reduserer resultatenes potensiale til å påvirke beslutninger knyttet til retningslinjene for kunnskapsbasert praksis. Videre gjelder resultatene kun for voksne pasienter med kreft, og i liten grad deres pårørende. Basert på drøfting med fageksperter antar vi at de systematiske

oversiktene som undersøkte effekten av lindrende behandling og omsorg gitt i pasientens hjem (26;29) eller i sykehjem (28) i større grad er overførbare til norsk palliativ kontekst sammenlignet med oversiktene som vurderte lindrende behandling og omsorg basert på sansehager (27) og alternativ behandling (25). Tradisjonelt sett har sansehager og alternativ behandling vært lite benyttet i lindrende behandling og omsorg i Norge, men det foreligger litteratur om tilrettelegging og bruk av sansehager for personer med demens og andre alderspsykiatriske sykdommer i Norge (55).

Tiltakene i sansehager som ble undersøkt av oversikten til Kamioka og medarbeidere fra 2014 (27) har flere likheter med tilbud ved norske sykehjem og behandlingssentre, for eksempel Manglerudhjemmet i Oslo, som er et sykehjem for personer med demens og alderspsykiatriske sykdommer (56). FHI har tidligere omtalt en systematisk oversikt som undersøkte effekt av sansehager, og rapporterte at resultatene kan tyde på at sansehager har en positiv innvirkning på personer med demens (57). Nylige systematiske oversikter, som ikke oppfylte våre inklusjonskriterier relatert til studiedesign, har rapportert liknende funn for effekter av alternativ behandling, slik som massasje, refleksologi, og aromaterapi, for pasientenes velvære, psykiske helse, og livskvalitet (58-60).

Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen (7) konkluderte i 2019 at anbefalinger for alternativ behandling ikke kan utformes grunnet manglende dokumentasjon. Resultatene fra denne rapporten støtter opp om denne konklusjonen.

---

## Overensstemmelse med andre oversikter

---

Tilliten til resultatene oppsummert i denne rapporten var svært lav. Lignende funn ble rapportert i en systematisk oversikt publisert i 2019 (14), som fremhevet mangelen på demensspesifikk forskning av høy kvalitet innen lindrende behandling og omsorg. Oversikten ga anbefalinger for fremtidig arbeid, for eksempel behov for prosessevaluering for å identifisere tilretteleggere og barrierer for å iverksette tiltak i sykehjem eller eget hjem. En Cochrane-oversikt publisert i 2016 trakk lignende konklusjon (15).

Våre funn er i overensstemmelse med resultater fra en oversikt over systematiske oversikter utarbeidet til å informere de nasjonale retningslinjene for lindrende behandling og omsorg i USA (16). Oversikten inkluderte 139 systematiske oversikter som dekket ulike typer lindrende behandling og omsorg (inkludert farmakologisk og sykehusbasert tiltak) for de 8 domene inkludert i retningslinjene (se beskrivelse av disse domene i resultatkapittelet), og benyttet GRADE til å vurdere tilliten til resultatene. Denne oversikten rapporterte også stor grad av variasjon blant inkluderte tiltak og utfallsmål samt at flere av utfallsmålene var heterogene i forhold til hvordan de ble målt, hvilket nedgradert deres tillit til resultatene. Forfatterne presiserte videre at hjemmebasert lindrende behandling og omsorg er en meget lovende tilnærming, men det er behov for mer robust forskning for å kunne trekke klare konklusjoner om effekter på pasienter og deres pårørende.

Én systematisk oversikt inkludert i rapporten fant økt forekomst av selvbestemt valg av eget hjem som dødssted i gruppen som mottok lindrende behandling og omsorg sammenlignet med vanlig praksis. Dette er i overensstemmelse med funn fra 2 Cochrane-oversikter fra 2013 (45) og 2021 (61) om hjemmebasert lindrende behandling og omsorg i livets slutfase. Disse to Cochrane-oversiktene rapporterte høy tillit til resultatene for dette utfallet, men lav til svært lav tillit for andre utfallsmål, slik som pasientenes livskvalitet, tilfredshet, og utfall relatert til pårørende (45;61).

Resultatene for alternativ behandling er i kontrast til to systematiske oversikter fra 2019 (58) og 2020 (59) med kvalitative (58) og flermetodiske (59) tilnærminger. Disse oversiktene rapporterte at personer med alvorlig kreft opplevde positive effekter av alternativ behandling som aromaterapi og massasje, i forhold til velvære, avslapning og «flukt fra sykdommen». Noe av årsaken til uoverensstemmelsen mellom de kvantitative og kvalitative resultatene kan være grunnet svakheter knyttet til studiedesign og metode, samt for små studiepopulasjoner.

---

## Resultatenes betydning for praksis

---

For å kunne tilby kunnskapsbasert lindrende behandling og omsorg, bør forskningsbasert kunnskap integreres med erfaringsbasert kunnskap hos fagpersoner og brukere, samt konteksten. Helse- og omsorgsdepartementet ønsker å bruke denne rapporten som en del av grunnlaget for sitt videre arbeid i politikktutforming innenfor lindrende behandling og omsorg i sykehjem og eget hjem. Siden vår tillit til resultatene oppsummert i denne rapporten er svært lav, er det spesielt viktig at andre faktorer som ikke vurderes i denne rapporten bidrar til integrering av resultater i praksis, som for eksempel ressursbruk, gjennomførbarhet, og brukernes verdier og ønsker (62).

---

## Kunnskapshull

---

Kunnskapsgrunnlaget som ble oppsummert i denne rapporten svarer delvis på oppdragets problemstillinger. Vi fant ingen oppsummert forskning om effekten av lindrende behandling og omsorg for barn og unge. Barnepalliasjon skal utføres som del av helsetilbudet rettet mot barn og deres familie i Norge (63), og fremtidig forskning burde også fokusere på denne populasjonen. Vi fant heller ingen oppsummert forskning om effekten av lindrende behandling og omsorg på pasientenes kognitive funksjon, og åndelige og eksistensielle behov.

Vi identifiserte lite informasjon om sentrale aspekter ved lindrende behandling og omsorgspraksis, slik som innhold og omfang av behandlingstilbudet, og tverrfaglig samarbeid. Selv om dette var av interesse for oppdragsgiver, oppga de inkluderte oversiktene ingen tydelige resultater relatert til forhåndssamtaler, organiserte tiltaksplaner (care pathway), eller kompetansesammensetninger. Oversikten til Kavalieratos og medarbeidere (28) undersøkte effekten av lindrende behandling og omsorg på forhåndssamtaler som utfallsmål, og ikke som et eget tiltak. Dokumentasjonen knyttet til dette utfallet var mangelfullt, hvorav sju av de ti studiene som målte det hadde høy risiko til systematiske skjevheter, og upresise effektestimater.

Nedenfor belyser vi noen aspekter som det burde tas spesielt hensyn til ved planlegging av fremtidig forskning innen lindrende behandling og omsorg.

Fullstendig rapportering av eksperimentelle studier innen lindrende behandling og omsorg er utfordrende (64). Vi observerte en mangelfull rapportering av effektestimater, tiltakskomponenter og av det tverrfaglige arbeidet i palliativ behandlingsteamet. En transparent og omfattende rapportering av disse faktorene kan føre til mer tydelige konklusjoner om effekten av lindrende behandling og omsorg i sykehjem og eget hjem. Én mulig løsning til dette kan være å følge rapporteringssjekklistene for randomiserte studier, slik som CONSORT (65) eller TIDieR (66).

Det er velkjent at det er vanskelig å måle effekter av komplekse tiltak innenfor lindrende behandling og omsorg (67). Dette stiller store krav til blant annet valg av utfallsmål. I vår oversikt ble pasientens livskvalitet målt med hele 16 ulike instrumenter, noe som gjør det vanskelig å sammenlikne resultater på tvers av studier. Det eksisterer gode ressurser for å sikre inklusjon av utfallsmål som er både sensitive og spesifikke, for eksempel COMET (68).

Flere av oversiktene spesifiserte ikke når i sykdomsforløpet lindrende behandling og omsorg ble gitt. Det er mulig at pasientens alder og fase i sykdomsforløpet vil ha betydning for utfall av lindrende behandling og omsorg, både for pasient og pårørende. Hvilke type tiltak som velges burde derfor baseres på settingen, tilgjengelighet på kompetanse og ressurser, pasientenes behov og ønsker. Dette vil også ha betydning for generaliserbarheten av resultatene.

---

# Konklusjon

Fem systematiske oversikter dannet kunnskapsgrunnlaget i denne rapporten om effekten av lindrende behandling og omsorg for voksne pasienter og deres pårørende i sykehjem og eget hjem. Det mangler oppsummert forskning om effekten av lindrende behandling og omsorg for barn og ungdom, og vi kan derfor ikke svare på problemstillingen vedrørende denne pasientgruppen.

Det er usikkert hvilken effekt lindrende behandlings- og omsorgstiltak har på pasientenes og pårørendes livskvalitet, uønskede hendelser, dødssted, pasienttilfredshet, sykehusinnleggelse, funksjonsnedsettelse, og symptomer på depresjon og angst sammenlignet med kontrollgrupper. Vi har svært lav tillit til resultatene for samtlige utfall grunnet alvorlige metodiske skjevheter, manglende presisjon, samt begrenset overførbarhet til norske forhold. Derfor er det stor sannsynlighet for at fremtidig forskning av høy kvalitet kan endre denne konklusjonen.



---

# Referanser

1. Statistisk sentralbyrå. Døde Oslo[cited 11 mars 2020 ]. Available from: <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/dode>
2. Folkehelseinstituttet. Norgeshelsa statistikkbank[cited]. Available from: <http://www.norgeshelsa.no/norgeshelsa/>
3. Helse- og omsorgsdepartementet. Samhandlingsreformen: rett behandling – på rett sted – til rett tid. St.meld. nr. 47 (2008-2009). 2009. Available from: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
4. Gomes B, Calanzani N, Gysels M, Hall S, Higginson IJ. Heterogeneity and changes in preferences for dying at home: a systematic review. BMC Palliative Care 2013;12(1):7.
5. Paulsen M E, Nicolaysen J A, Iversen G S, Faksvåg H D. Effekter av å innføre en tiltaksplan for omsorg til døende og deres pårørende i sykehjem. Omsorg: Nordisk tidsskrift for Palliativ Medisin 2017;34(2):49-54.
6. Førland O, Ambugo EA, Døhl Ø, Folkestad B, Rostad HM, Sundsbø AO. Variasjon i kvalitet i omsorgstjenestene - Et forskningsprosjekt som måler, kartlegger og analyserer variasjon i kvalitet i omsorgstjenester. Senter for omsorgsforskning; 2020. 1. Available from: [www.omsorgsforskning.no/rapportserie](http://www.omsorgsforskning.no/rapportserie)
7. Helsedirektoratet. Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen. Rapport IS-2800. Oslo: Helsedirektoratet; 2019. Available from: <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/palliasjon/forord>
8. World Health Organization. Cancer: WHO Definition of Palliative Care[cited]. Available from: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
9. Norsk Palliativ Forening. Begrep[cited]. Available from: <https://palliativ.org/publikasjoner/begrep>
10. Helsedirektoratet. Lindrende behandling i livets slutfase: nasjonale faglige rådOslo: Helsedirektoratet [cited]. Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lindrende-behandling-i-livets-slutfase>
11. Mullick A, Martin J, Sallnow L. An introduction to advance care planning in practice. BMJ : British Medical Journal 2013;347:f6064.
12. Friis P, Førde R. Forhåndssamtaler = advance care planning. Tidsskr Nor Legeforen 2017;137(462).
13. NICE. End of life care for adults: service delivery. NICE guideline [NG142]Published date: 16 October 2019. 2019. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng142>
14. Miranda R, Bunn F, Lynch J, Van den Block L, Goodman C. Palliative care for people with dementia living at home: A systematic review of interventions. Palliat Med 2019;33(7):726-42.
15. Murphy E, Froggatt K, Connolly S, O'Shea E, Sampson EL, Casey D, et al. Palliative care interventions in advanced dementia. Cochrane Database Syst Rev 2016;12(12):Cd011513.

16. Ahluwalia SC, Chen C, Raaen L, Motala A, Walling AM, Chamberlin M, et al. A Systematic Review in Support of the National Consensus Project Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care, Fourth Edition. *J Pain Symptom Manage* 2018;56(6):831-70.
17. Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten. Slik oppsummerer vi forskning. 4. reviderte utg. Oslo Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten; 2015.
18. Meneses-Echavez J, Tingulstad A, Bjerk M, Refsdal TL. Lindrende behandling og omsorg i sykehjem og eget hjem: en oversikt over systematiske oversikter-prosjektplanOslo: Folkehelseinstituttet [cited]. Available from: <https://www.fhi.no/cristin-prosjekter/aktiv/lindrende-behandling-og-omsorg-i-sykehjem-og-eget-hjem-en-oversikt-over-sys/>
19. Pollock M FR, Becker LA, Pieper D, Hartling L. Chapter V: Overviews of Reviews. In: Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ, Welch VA (editors). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* version 6.0 (updated March 2020). Cochrane, 2020,[cited]. Available from: <https://training.cochrane.org/handbook/current/chapter-v>
20. Pollock M, Fernandes RM, Becker LA, Featherstone R, Hartling L. What guidance is available for researchers conducting overviews of reviews of healthcare interventions? A scoping review and qualitative metasummary. *Syst Rev* 2016;5(1):190.
21. The EndNote Team. *EndNote*. EndNote X9 ed. Philadelphia, PA: Clarivate; 2013.
22. Covidence systematic review software. Veritas Health InnovationMelbourne, Australia[cited]. Available from: [www.covidence.org](http://www.covidence.org)
23. Atkins D, Best D, Briss PA, Eccles M, Falck-Ytter Y, Flottorp S, et al. Grading quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ (Clinical research ed)* 2004;328(7454):1490-.
24. Meader N, King K, Llewellyn A, Norman G, Brown J, Rodgers M, et al. A checklist designed to aid consistency and reproducibility of GRADE assessments: development and pilot validation. *Systematic Reviews* 2014;3(1):82.
25. Candy B, Armstrong M, Flemming K, Kupeli N, Stone P, Vickerstaff V, et al. The effectiveness of aromatherapy, massage and reflexology in people with palliative care needs: A systematic review. *Palliat Med* 2020;34(2):179-94.
26. Candy B, Jones L, Drake R, Leurent B, King M. Interventions for supporting informal caregivers of patients in the terminal phase of a disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;(6):Cd007617.
27. Kamioka H, Tsutani K, Yamada M, Park H, Okuizumi H, Honda T, et al. Effectiveness of horticultural therapy: a systematic review of randomized controlled trials. *Complement Ther Med* 2014;22(5):930-43.
28. Kavalieratos D, Corbelli J, Zhang D, Dionne-Odom JN, Ernecoff NC, Hanmer J, et al. Association Between Palliative Care and Patient and Caregiver Outcomes: A Systematic Review and Meta-analysis. *Jama* 2016;316(20):2104-14.
29. Latorraca COC, Martimbianco ALC, Pachito DV, Torloni MR, Pacheco RL, Pereira JG, et al. Palliative care interventions for people with multiple sclerosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2019;(10).
30. Ahn S, Romo RD, Campbell CL. A systematic review of interventions for family caregivers who care for patients with advanced cancer at home. *Patient Educ Couns* 2020;103(8):1518-30.
31. Bradley N, Lloyd-Williams M, Dowrick C. Effectiveness of palliative care interventions offering social support to people with life-limiting illness-A systematic review. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2018;27(3):e12837.
32. Carpenter JG, Lam K, Ritter AZ, Ersek M. A Systematic Review of Nursing Home Palliative Care Interventions: Characteristics and Outcomes. *J Am Med Dir Assoc* 2020;21(5):583-96.e2.
33. Health Quality Ontario. Team-based models for end-of-life care: an evidence-based analysis. *Ont Health Technol Assess Ser. Ontario: 2014. 14. 20.* Available

from: <http://www.hqontario.ca/evidence/publications-and-ohtac-recommendations/ontario-health-technology-assessment-series/eol-team-based-models>

34. Holmenlund K, Sjøgren P, Nordly M. Specialized palliative care in advanced cancer: What is the efficacy? A systematic review. *Palliat Support Care* 2017;15(6):724-40.
35. Keall RM, Clayton JM, Butow PN. Therapeutic life review in palliative care: a systematic review of quantitative evaluations. *J Pain Symptom Manage* 2015;49(4):747-61.
36. Luckett T, Davidson PM, Lam L, Phillips J, Currow DC, Agar M. Do community specialist palliative care services that provide home nursing increase rates of home death for people with life-limiting illnesses? A systematic review and meta-analysis of comparative studies. *J Pain Symptom Manage* 2013;45(2):279-97.
37. Martin RS, Hayes B, Gregorevic K, Lim WK. The Effects of Advance Care Planning Interventions on Nursing Home Residents: A Systematic Review. *J Am Med Dir Assoc* 2016;17(4):284-93.
38. Pan-Weisz TM, Kryza-Lacombe M, Burkeen J, Hattangadi-Gluth J, Malcarne VL, McDonald CR. Patient-reported health-related quality of life outcomes in supportive-care interventions for adults with brain tumors: A systematic review. *Psychooncology* 2019;28(1):11-21.
39. Salakari MR, Surakka T, Nurminen R, Pylkkänen L. Effects of rehabilitation among patients with advanced cancer: a systematic review. *Acta Oncol* 2015;54(5):618-28.
40. Singer AE, Goebel JR, Kim YS, Dy SM, Ahluwalia SC, Clifford M, et al. Populations and Interventions for Palliative and End-of-Life Care: A Systematic Review. *J Palliat Med* 2016;19(9):995-1008.
41. Xu Z, Chen L, Jin S, Yang B, Chen X, Wu Z. Effect of Palliative Care for Patients with Heart Failure. *Int Heart J* 2018;59(3):503-9.
42. Zhou K, Mao Y. Palliative care in heart failure : A meta-analysis of randomized controlled trials. *Herz* 2019;44(5):440-4.
43. Zimmermann FF, Burrell B, Jordan J. The acceptability and potential benefits of mindfulness-based interventions in improving psychological well-being for adults with advanced cancer: A systematic review. *Complement Ther Clin Pract* 2018;30:68-78.
44. Candy B, Jones L, Varagunam M, Speck P, Tookman A, King M. Spiritual and religious interventions for well-being of adults in the terminal phase of disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;(5):Cd007544.
45. Gomes B, Calanzani N, Curiale V, McCrone P, Higginson IJ. Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;(6):Cd007760.
46. Haun MW, Estel S, Rücker G, Friederich HC, Villalobos M, Thomas M, et al. Early palliative care for adults with advanced cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;6(6):Cd011129.
47. Hoerger M, Wayser GR, Schwing G, Suzuki A, Perry LM. Impact of Interdisciplinary Outpatient Specialty Palliative Care on Survival and Quality of Life in Adults With Advanced Cancer: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Ann Behav Med* 2019;53(7):674-85.
48. Shepperd S, Gonçalves-Bradley DC, Straus SE, Wee B. Hospital at home: home-based end-of-life care. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;2(2):Cd009231.
49. Dahlin C e. *Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care*. 3rd ed. Pittsburgh, PA;: National Consensus Project for Quality Palliative Care [cited]. Available from: <https://www.nationalcoalitionhpc.org/ncp/>
50. Higgins JPT TJ, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ, Welch VA (editors). . *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* version 6.2

- (updated February 2021): Cochrane [cited April 2021]. Available from: [www.training.cochrane.org/handbook](http://www.training.cochrane.org/handbook)
51. Faiz KW, Kristoffersen ES. [Real world data]. Tidsskr Nor Laegeforen 2017;137(21).
  52. Soni PD, Hartman HE, Dess RT, Abugharib A, Allen SG, Feng FY, et al. Comparison of Population-Based Observational Studies With Randomized Trials in Oncology. Journal of Clinical Oncology 2019;37(14):1209-16.
  53. Rubin DB. The design versus the analysis of observational studies for causal effects: parallels with the design of randomized trials. Stat Med 2007;26(1):20-36.
  54. Chavez-MacGregor M, Giordano SH. Randomized Clinical Trials and Observational Studies: Is There a Battle? Journal of Clinical Oncology 2016;34(8):772-3.
  55. Berentsen V, Grefsrød E, Eek A. Sansehager for personer med demens: utforming og bruk. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse 2007. Available from: <https://butikk.aldringoghelse.no/file/sync-files/sansehager-for-personer-med-demens-web.pdf>
  56. Oslo. Manglerudhjemmet[cited]. Available from: <https://www.oslo.kommune.no/helse-og-omsorg/omsorgsbolig-og-sykehjem/sykehjem/alle-sykehjem-og-helsehus/manglerudhjemmet/#gref>
  57. Dahm KT, Larun L. Sansehager for personer med demens. Omtale av andres forskningOslo: Folkehelseinstituttet [cited]. Available from: <https://www.fhi.no/publ/2019/sansehager-for-personer-med-demens/>
  58. Armstrong M, Flemming K, Kupeli N, Stone P, Wilkinson S, Candy B. Aromatherapy, massage and reflexology: A systematic review and thematic synthesis of the perspectives from people with palliative care needs. Palliat Med 2019;33(7):757-69.
  59. Armstrong M, Kupeli N, Flemming K, Stone P, Wilkinson S, Candy B. Complementary therapy in palliative care: A synthesis of qualitative and quantitative systematic reviews. Palliat Med 2020;34(10):1332-9.
  60. Falkensteiner M, Mantovan F, Müller I, Them C. The use of massage therapy for reducing pain, anxiety, and depression in oncological palliative care patients: a narrative review of the literature. ISRN Nurs 2011;2011:929868-.
  61. Shepperd S, Gonçalves-Bradley DC, Straus SE, Wee B. Hospital at home: home-based end-of-life care. Cochrane Database Syst Rev 2021;3:Cd009231.
  62. Moberg J, Oxman AD, Rosenbaum S, Schünemann HJ, Guyatt G, Flottorp S, et al. The GRADE Evidence to Decision (EtD) framework for health system and public health decisions. Health Res Policy Syst 2018;16(1):45.
  63. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for palliasjon til barn og unge uavhengig diagnose [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 04. mai 2017, lest 11. april 2021). [cited]. Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-til-barn-og-unge>
  64. LeBlanc TW, Abernethy AP, Currow DC, Kutner JS. Considerations in reporting palliative care clinical trials: standardizing information reported and authorship practices. Curr Opin Support Palliat Care 2012;6(4):494-9.
  65. Schulz KF, Altman DG, Moher D. CONSORT 2010 statement: updated guidelines for reporting parallel group randomized trials. Ann Intern Med 2010;152(11):726-32.
  66. Hoffmann TC, Glasziou PP, Boutron I, Milne R, Perera R, Moher D, et al. Better reporting of interventions: template for intervention description and replication (TIDieR) checklist and guide. BMJ (Clinical research ed) 2014;348:g1687.
  67. Higginson IJ, Evans CJ, Grande G, Preston N, Morgan M, McCrone P, et al. Evaluating complex interventions in End of Life Care: the MORECare Statement on good practice generated by a synthesis of transparent expert consultations and systematic reviews. BMC Medicine 2013;11(1):111.

68. Williamson PR, Altman DG, Bagley H, Barnes KL, Blazeby JM, Brookes ST, et al. The COMET Handbook: version 1.0. *Trials* 2017;18(Suppl 3):280.
69. Freemantle N, Calvert M, Wood J, Eastaugh J, Griffin C. Composite outcomes in randomized trials: greater precision but with greater uncertainty? *Jama* 2003;289(19):2554-9.
70. Helsebiblioteket. Vedlegg 3. Ordliste med forklaringer[cited]. Available from: <https://www.helsebiblioteket.no/helsebiblioteket>

# Vedlegg

## Vedlegg 1. Ordliste

Ord <sup>1</sup>	Definisjon/forklaring
Effekt	Den observerte sammenheng mellom et tiltak eller en eksposisjon og et utfall som blir uttrykt i et effektmål.
Effektestimat	Mål for effekt, f.eks. gjennomsnitt, frekvens, prosent, relativ risiko, odds ratio, "numbers needed to treat to benefit," standardisert gjennomsnittlig forskjell eller vektet gjennomsnittlig forskjell.
Gjennomsnittsforskjell (MD)	Effektestimat som beregnes når utfallene er kontinuerlige, f.eks. målt på en visuell analog skala (VAS).
GRADE	En metode for å vurdere kvaliteten på dokumentasjonen (for hvert utfall) og styrken på anbefalinger. Følgende fire kriterier blir vurdert: studietype, studiekvalitet, konsistens (samsvar mellom studier) og direktet (hvor like studiedeltakerne, tiltakene og utfallsmålene i de inkluderte studiene er i forhold til de personer, tiltak og utfall man egentlig er opptatt av).
Hjemmebasert lindrende behandling	I nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen (7) defineres hjemmebasert lindrende behandling som den pleie og omsorg som tilbys til pasient og pårørende når pasienten lever hele eller deler av den siste tiden av livet i hjemmet. Denne behandlingen omfatter hjemmesykepleie, hjelp til å anskaffe nødvendige hjelpemidler, oppfølging og nødvendige hjemmebesøk fra fastlegen, vurdering og innsats fra andre faggrupper i kommunen (prest, fysioterapeut, sosionom, osv.) samt samarbeid med spesialisthelsetjenesten (7).
Ikke-randomiserte studier	En klinisk studie som ikke fordeler deltakerne ved bruk av randomiserte metoder.
Interessekonflikter	I forskning: en problematisk situasjon som oppstår når forskere, forfattere, institusjoner, fagfeller eller redaktører har et

	økonomisk eller annet forhold til andre personer eller institusjoner, eller en personlig investering i forskningen som kan påvirke deres handlinger knyttet til forskningen på en uheldig måte. Interessekonflikter kan føre til skjevheter i forskningsdesign, adferd, analyse eller tolkning av forskningsresultater.
Klinisk kontrollerte studier	Studie hvor man undersøker effekten av et helserelatert tiltak ved å sammenligne resultatene fra tiltaksgruppen med resultatene fra en kontrollgruppe.
Komposittutfall	I komposittutfall kombineres flere ulike mål i ett enkelt utfall (for eksempel ulike kroniske sykdommer kombineres i ett komorbiditetsutfall) (69).
Konfidensintervall (KI)	Statistisk uttrykk for feilmargin fra frekvensstatistikk. Det angir intervallet som med en spesifisert sannsynlighet (vanligvis 95 %) inneholder den "sanne" verdien av variabelen man har målt. Presisjonen på resultatet angis som ytterpunktene for et intervall, f.eks. når man skriver $10,5 \pm 0,5$ (95 % KI), så betyr dette at målingen var 10,5, og at konfidensintervallet strekker seg fra 10,0 til 11,0. Jo smalere intervall, desto større presisjon.
Kontekst	Et begrepet for omstendighetene omkring en hendelse eller en tilstand (f.eks. geografisk beliggenhet, tidspunkt, type helseforetak). Konteksten virker inn på hvordan man tolker denne hendelsen eller tilstanden, og den kan også virke inn på hvordan hendelsen forløper.
Kontrollert før og etter-studie	Et ikke-randomisert studiedesign hvor man har to grupper, en tiltaksgruppe og en kontrollgruppe, og innhenter data fra begge gruppene både før og etter tiltaket.
Kontrollgruppe	En gruppe som brukes som sammenligning for en tiltaksgruppe. Den har lignende karakteristika som tiltaksgruppe, men mottar et alternativt tiltak eller ingen tiltak.
Kritisk vurdering/vurdering av systematiske skjevheter	En systematisk vurdering av studiens styrker og svakheter (forskningsprosess, resultat og relevans). Vurderingen gir et uttrykk for forskningens interne og eksterne validitet.
MEDLINE	En elektronisk database produsert av United States National Library of Medicine (NLM). Den indekserer millioner av artikler i utvalgte tidsskrifter, er tilgjengelig gjennom de fleste medisinske biblioteker og på Internett.
MeSH-emneord	Termer brukt av United States National Library of Medicine for å indeksere artikler i Index Medicus og MEDLINE. MeSH-systemet har en trestruktur hvor brede emneord forgrener seg i en serie av progressivt smalere emneord.

Metaanalyse	Statistiske teknikker i en systematisk oversikt for å integrere resultatene av inkluderte studier. Begrepet er noen ganger feilaktig brukt som synonym for systematiske oversikter som inkluderer en meta-analyse.
Odds ratio	Ratioen mellom odds for en hendelse i en gruppe og odds for en hendelse i en annen gruppe. I studier av behandlingseffekt er oddsen i behandlingsgruppen vanligvis delt på odds i kontrollgruppen. En odds ratio på 1 indikerer at det ikke er forskjell mellom gruppene. For uheldige utfall indikerer en odds ratio som er mindre enn 1, at tiltaket var effektivt når det gjelder å redusere risikoen for utfallet. Når risikoen er liten, så er odds ratio veldig lik risk ratio.
Palliativt team	Tverrfaglig behandlingsteam med base i sykehuset og ambulerende funksjon til hjemmebesøk og konsulentvirksomhet i sykehusets avdelinger. Teamet består av lege, sykepleier og andre yrkesgrupper, slik som sosionom, fysioterapeut, ergoterapeut, ernæringsfysiolog, psykolog eller prest.
Primærutfall	Det viktigste utfallet i en studie.
Randomisert kontrollert studie (RCT)	Et studiedesign hvor deltakerne er randomisert (tilfeldig fordelt) til en tiltaks- og kontrollgruppe. Resultatene blir vurdert ved å sammenlikne utfall i behandlings-/tiltaksgruppen og kontrollgruppen. En fordel ved en RCT er at den tilfeldige fordeling av deltakere til de to (eller flere) gruppene i teorien sikrer at gruppene er like med hensyn til demografiske og sykdomsspesifikke variabler samt konfunder-variabler.
Relativ risiko (RR)	Forholdet mellom risikoen i to grupper. I tiltaksstudier er dette risikoen i tiltaksgruppen delt på risikoen i kontrollgruppen. En relativ risiko på 1 indikerer at de ikke er forskjell på de to gruppene. For uønskede utfall indikerer en relativ risiko $< 1$ at tiltaket er effektivt for å redusere risikoen for dette utfallet.
Risiko	Andelen deltakerne som opplever en hendelse. Hvis 32 av 100 deltakere opplever hendelsen, er risikoen 0,32. Kontrollgrupperisiko er risikoen i kontrollgruppen. Noen ganger brukes "hendelsesrate" i stedet for risiko, og "kontrollhendelsesrate" i stedet for kontrollgrupperisiko.
Sekundært utfall	Et utfall som brukes for å evaluere ytterligere effekter av tiltaket, i tillegg til primære utfall. Et sekundært utfall er a-priori definert til å være mindre viktig enn de primære utfallene.
Standardavvik	Et mål for spredning eller fordeling av et sett med observasjoner. Beregnes som det gjennomsnittlige avviket fra gjennomsnittet i utvalget.



Standardisert gjennomsnittlig forskjell (SMD)	Forskjellen mellom to estimerte gjennomsnitt delt på et estimat for standardavviket. Det brukes for å kombinere resultater fra studier som brukte ulike måter å måle det samme begrepet på, f.eks. mental helse. Ved å uttrykke effektene som en standardisert verdi, kan resultatene kombineres da de ikke refererer til en bestemt skala. Standardisert gjennomsnittlig forskjell (SMD) er noen ganger referert til som en <i>d</i> -indeks.
Studiedesign	Hvordan en studie er planlagt for å besvare det aktuelle spørsmålet eller den aktuelle problemstillingen. Vanlige studiedesign er randomisert kontrollert studie, kaskontrollstudie, observasjonsstudie, grounded theory, osv.
Subgruppeanalyse eller undergruppeanalyse	En analyse hvor tiltakseffekten er evaluert i en definert delmengde av deltakerne i en studie, eller i komplementære delmengder, f.eks. fordelt på kjønn eller aldersgrupper. Studier er generelt for små til å tillate subgruppeanalyse, slik at de har tilstrekkelig statistisk styrke. Sammenlikning av subgrupper bør skje med test for interaksjon snarere enn ved å sammenlikne <i>p</i> -verdier. Da subgruppeanalyser kan øke antallet gjennomførte analyser betraktelig, vil risikoen for type I-feil øke og dermed risikoen for feilaktige signifikante resultater (se Multiple sammenlikninger).
Systematisk skjevhet	Systematiske feil som kan påvirke resultatene i en studie. Det finnes ulike typer i studier om effekten av tiltak i helsetjenesten: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seleksjons - eller utvalgsskjevhet (selection bias): systematiske skjevheter mellom gruppene som blir sammenliknet.</li> <li>• Eksposisjonsskjevhet (exposure bias): systematiske skjevheter i hvordan tiltaket som blir gitt.</li> <li>• Utøverskjevhet (performance bias): eksposisjon av andre faktorer enn tiltaket av interesse.</li> <li>• Frafallsskjevhet (attrition bias): frafall eller eksklusjon av personer som ble rekruttert til forsøket.</li> <li>• Måleskjevhet (detection bias): systematisk skjevhet i hvordan utfallsmål ble målt eller vurdert.</li> <li>• Hukommelsesskjevhet (recall bias): skjevhet som oppstår fra feiltakelser i forhold til å huske hendelser. Feiltakelser kan skje pga. manglende hukommelse, vurdering av hendelser i etterkant og endret oppfatning. Slik skjevhet er en trussel mot validiteten av retrospektive studier.</li> <li>• Rapporteringsskjevhet (reporting bias): systematiske oversikter kan også være særlig påvirket av skjevheter i</li> </ul>

	<p>relevante data som er tilgjengelige fra inkluderte studier. I tillegg kan en publisert artikkel presentere en skjevt sett med resultater (f.eks. kun utfall eller subgrupper hvor statistisk signifikante resultater fremkom).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Publikasjonsskjevhet (publication bias): skjevhet som oppstår når kun en del av alle relevante data er tilgjengelig. Publikasjon av forskning kan være avhengig av retning og egenskaper ved resultatene. Studier hvor et tiltak ikke finnes å være effektivt, publiseres ikke alltid. På grunn av dette kan systematiske oversikter, som ikke inkluderer upubliserte studier, overestimere effekten av et tiltak.</li> </ul>
Søkestrategi	<p>Metode brukt av forfattere av en oversikt for å identifisere relevante studier. Er en kombinasjon av søkeord, søkefilter, tidsrom og elektroniske databaser benyttet for å identifisere studier. Metoden kan suppleres med å søke manuelt i relevante tidsskrifter, kontakte farmasøytiske bedrifter eller eksperter, andre former for personlig kontakt og sjekke referanselister.</p>
Åndelige og eksistensielle behov	<p>I tråd med det Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen (7), åndelige og eksistensielle behov er en samlebetegnelse for personalets tilnærming og innsats i forhold til eksistensielle og åndelige utfordringer og behov i siste livsfase. Den europeiske palliative organisasjonen EAPC (17) definerer de som «den dynamiske dimensjonen ved menneskelivet som er relatert til hvordan personer, både som individer og fellesskap, opplever, uttrykker og/eller søker mening, hensikt og transcendent, og måten de er knyttet til øyeblikket, til seg selv, til andre, til naturen, til det betydningsfulle og/eller det hellige». Denne definisjonen peker på tre ulike dimensjoner:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Eksistensielle utfordringer (dvs. spørsmål knyttet til identitet, mening, lidelse og død, skyld og skam, forsoning og tilgivelse, frihet og ansvar, håp og fortvilelse, kjærlighet og glede).</li> <li>2. Verdier og holdninger (det som er viktig for hver enkelt person, slik som forholdet til seg selv, familie, venner, arbeid, ting, naturen, kunst og kultur, etikk og moral, og selve livet).</li> <li>3. Religiøs og livssynsmessig forankring (tro, overbevisning og praksis, forholdet til Gud, den ytterste virkelighet eller det transcendent).</li> </ol>

<sup>1</sup> De fleste ord/definisjoner er hentet fra Helsebiblioteket.no (70)

## Vedlegg 2. Søkestrategier

Søkedato: 30.10.2020

Søkeansvarlig: Tonje Lehne Refsdal

Fagfellevurdering: Elisabeth Hafstad og Anne-Lise Berthelsen

Database	Antall treff
CINAHL (EBSCO)	627
Cochrane Database of Systematic Reviews (Wiley)	270
Embase (Ovid)	1047
Epistemonikos (Epistemonikos Foundation)	1143
MEDLINE (Ovid)	1109
Totalt importert til EndNote	4196
Totalt til screening etter dublettkontroll i EndNote	<b>2853</b>

Database: CINAHL		
Søkegrensesnitt: EBSCOhost Research Databases - Search Screen - Advanced Search		
Avgrensinger: Limiters - Published Date: 20100101-20201231; Exclude MEDLINE records		
S1	((MH "Palliative Care" OR (MH "Terminal Care") OR (MH "Hospice Care") OR (MH "Hospice and Palliative Nursing") OR (MH "Advance Care Planning"))	61,040
S2	TI (((palliat* or terminal* or hospice or "end-of-life" or "last year of life" or "last week of life" or "last month of life" or "final year of life" or "final week of life" or "final month of life" or "life's end" or "end stage" or supportive) N3 (care or healthcare or medicine or therap* or nurs* or treat*)) OR AB(((palliat* or terminal* or hospice or "end-of-life" or "last year of life" or "last week of life" or "last month of life" or "final year of life" or "final week of life" or "final month of life" or "life's end" or "end stage" or supportive) N3 (care or healthcare or medicine or therap* or nurs* or treat*)) OR SU(((palliat* or terminal* or hospice or "end-of-life" or "last year of life" or "last week of life" or "last month of life" or "final year of life" or "final week of life" or "final month of life" or "life's end" or "end stage" or supportive) N3 (care or healthcare or medicine or therap* or nurs* or treat*))	81,942
S3	TI(("advance* care" W0 (plan* or directive*)) OR AB(("advance* care" W0 (plan* or directive*)) OR SU(("advance* care" W0 (plan* or directive*))	4,764
S4	TI palliat*	22,722
S5	S1 OR S2 OR S3 OR S4	84,763
S6	((MH "Nursing Homes+") OR (MH "Home Health Care+") OR (MH "Home Nursing") OR (MH "Community Health Nursing") OR (MH "Long Term Care"))	119,067
S7	TI(((community or primary or municipal* or ambulatory or "non-hospital" or non-hospital) N2 (care or healthcare or nurs* or service*)) OR AB(((community or primary or municipal* or ambulatory or "non-hospital" or nonhospital) N2 (care or healthcare or nurs* or service*)) ) OR SU(((community or primary or municipal* or ambulatory or "non-hospital" or nonhospital) N2 (care or healthcare or nurs* or service*))	213,135
S8	TI(((home* or domicile or domestic or domiciliary or residential) N2 (care or healthcare or nurs* or service*)) OR AB(((home* or domicile or domestic or domiciliary or residential) N2 (care or healthcare or nurs* or service*)) OR SU (((home* or domicile or domestic or domiciliary or residential) N2 (care or healthcare or nurs* or service*))	104,264

S9	TI(((death or dying or die or hospice or hospital or dialys* or hemodialys* or haemodialys* or "parenteral nutrition" or physiotherap* or therap* or visit* or palliat*) N2 home*)) OR AB(((death or dying or die or hospice or hospital or dialys* or hemodialys* or haemodialys* or "parenteral nutrition" or physiotherap* or therap* or visit* or palliat*) N2 home*)) OR SU(((death or dying or die or hospice or hospital or dialys* or hemodialys* or haemodialys* or "parenteral nutrition" or physiotherap* or therap* or visit* or palliat*)) N2 home*))	29,083
S10	TI(((longterm or long-term) N2 (care or healthcare))) OR AB(((longterm or long-term) N2 (care or healthcare))) OR SU(((longterm or long-term) N2 (care or healthcare)))	36,438
S11	S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10	348,579
S12	S5 AND S11	14,614
S13	((MH "Systematic Review") OR (MH "Meta Analysis") OR (MH "Practice Guidelines") OR TI(((systematic* OR evidence OR research OR literature OR umbrella) N2 (review* OR overview* OR synthes*))) OR "review of reviews" OR "overview of reviews" OR meta-analys* OR metaanalys* OR metanalys* OR meta-regression OR metaregression OR technology assessment* OR HTA OR pubmed OR medline OR handsearch* OR search* OR guideline) OR AB(((systematic* OR evidence OR research OR literature OR umbrella) N2 (review* OR overview* OR synthes*))) OR "review of reviews" OR "overview of reviews" OR meta-analys* OR metaanalys* OR metanalys* OR meta-regression OR metaregression OR technology assessment* OR HTA OR pubmed OR medline OR handsearch* OR search* OR guideline) OR SU(((systematic* OR evidence OR research OR literature OR umbrella) N2 (review* OR overview* OR synthes*))) OR "review of reviews" OR "overview of reviews" OR meta-analys* OR metaanalys* OR metanalys* OR meta-regression OR metaregression OR technology assessment* OR HTA OR pubmed OR medline OR handsearch* OR search* OR guideline)	500,780
S14	S12 AND S13	1,421
S15	S12 AND S13	627

Database: Cochrane Database of Systematic Reviews	
Søkegrensesnitt: Cochrane Library - Browse - Browse by Cochrane Review Group	
Avgrensinger: Pain, Palliative and Supportive Care	
Browse - Browse by Cochrane Review Group - Pain, Palliative and Supportive Care - Cochrane Reviews	270

Database: Embase 1974 to 2020 October 29		
Søkegrensesnitt: Ovid - Advanced Search		
1	exp palliative therapy/ or palliative nursing/ or terminal care/ or hospice care/ or advance care planning/	144158
2	((palliat* or terminal* or hospice or end-of-life or last year of life or last week of life or last month of life or final year of life or final week of life or final month of life or life's end or end stage or supportive) adj4 (care or healthcare or medicine or therap* or nurs* or treat*)).ti,ab,kw.	158372
3	(advance* care adj (plan* or directive*)).ti,ab,kw.	6342
4	palliat*.ti.	41011
5	or/1-4	229458
6	nursing home/ or exp home care/ or community care/ or community health nursing/ or home health agency/	193765
7	((community or primary or municipal* or ambulatory or non-hospital or nonhospital) adj3 (care or healthcare or nurs* or service*)).ti,ab,kw.	274422
8	((home* or domicile or domestic or domiciliary or residential) adj3 (care or healthcare or nurs* or service*)).ti,ab,kw.	94063

9	((death or dying or die or hospice or hospital or dialys* or hemodialys* or haemodialys* or parenteral nutrition or physiotherap* or therap* or visit* or palliat*) adj3 home*).ti,ab,kw.	45348
10	((longterm or long-term) adj3 (care or healthcare)).ti,ab,kw.	34849
11	or/6-10	512590
12	5 and 11	24240
13	Systematic Review/ or Meta Analysis/ or Biomedical Technology Assessment/ or Practice Guideline/ or (((systematic* or evidence or research or literature) adj3 (review* or overview* or synthes*)) or review of reviews or overview of reviews or meta-anal* or metaanal* or metanal* or meta-regression or metaregression or technology assessment* or HTA or guideline* or pubmed or medline or embase or cinahl or cochrane or handsearch* or search*).ti,ab,kw.	1931864
14	12 and 13	3219
15	limit 14 to yr="2010 -Current"	2489
16	limit 15 to embase	1047

Database: Epistemonikos		
Søkegrensesnitt: Advanced Search – Title/Abstract		
Avgrensinger: Systematic Reviews, Broad Synthesis og Structured summary, 2010 -2020		
	((palliat* OR terminal* OR hospice OR "end-of-life" OR "end of life" OR "last year of life" OR "last week of life" OR "last month of life" OR "final year of life" OR "final week of life" OR "final month of life" OR "life's end" OR "end-stage" OR "end stage" OR supportive) AND (care OR healthcare OR medicine OR therap* OR nurs* OR treat*)) OR "advance care planning" OR "advance care plan" OR "advance care plans" OR "advance care directive" OR "advance care directives" OR "advanced care planning" OR "advanced care plan" OR "advanced care plans" OR "advanced cared directive" OR "advanced care directives")	
AND		
	((community OR primary OR municipal* OR ambulatory OR non-hospital OR "non hospital" OR nonhospital OR home* OR domicile OR domestic OR domiciliary OR residential OR longterm OR long-term OR "long term") AND (care OR healthcare OR nurs* OR service*)) OR ((death OR dying OR die OR hospice OR hospital OR dialys* OR hemodialys* OR haemodialys* OR "parenteral nutrition" OR physiotherap* OR therap* OR visit* OR palliat*) AND home*))	
	Antall treff	1143

Database: Ovid MEDLINE(R) and Epub Ahead of Print, In-Process & Other Non-Indexed Citations, Daily and Versions(R) 1946 to October 29, 2020		
Søkegrensesnitt: Ovid – Advanced Search		
1	Palliative Care/ or Terminal Care/ or Hospice Care/ or "Hospice and Palliative Care Nursing"/ or Palliative Medicine/ or Advance Care Planning/	81253
2	((palliat* or terminal* or hospice or end-of-life or last year of life or last week of life or last month of life or final year of life or final week of life or final month of life or life's end or end stage or supportive) adj4 (care or healthcare or medicine or therap* or nurs* or treat*)).ti,ab,kf.	100747
3	(advance* care adj (plan* or directive*)).ti,ab,kf.	3787
4	palliat*.ti.	28502
5	or/1-4	145752
6	exp Nursing Homes/ or exp Home Care Services/ or Long-Term Care/ or Community Health Nursing/ or Home Care Agencies/	121096
7	((community or primary or municipal* or ambulatory or non-hospital or nonhospital) adj3 (care or healthcare or nurs* or service*)).ti,ab,kf.	208726

8	((home* or domicile or domestic or domiciliary or residential) adj3 (care or healthcare or nurs* or service*)).ti,ab,kf.	74568
9	((death or dying or die or hospice or hospital or dialys* or hemodialys* or haemodialys* or parenteral nutrition or physiotherap* or therap* or visit* or palliat*) adj3 home*).ti,ab,kf.	32001
10	((longterm or long-term) adj3 (care or healthcare)).ti,ab,kf.	26395
11	or/6-10	371404
12	5 and 11	15508
13	(Meta-Analysis or Systematic Review or Guideline or Practice Guideline).pt. or (Review.pt. and (pubmed or MEDLINE or Embase).ab.) or "Review Literature as Topic"/ or "Meta-Analysis as Topic"/ or exp "Technology Assessment, Biomedical"/ or (((systematic* or evidence or research or literature) adj4 (review* or overview* or synthes*)) or review of reviews or overview of reviews or meta-anal* or metaanal* or metanal* or meta-regression* or metaregression* or technology assessment* or HTA or guideline* or pubmed or medline or embase or cinahl or cochrane or handsearch* or search*).ti,ab,kf.	1327496
14	12 and 13	1601
15	limit 14 to yr="2010 -Current"	1109

---

### Vedlegg 3. Ekskluderte studier

---

Referanse	Begrunnelse for eksklusjon
Harding R, List S, Epiphaniou E, Jones H. How can informal caregivers in cancer and palliative care be supported? An updated systematic literature review of interventions and their effectiveness. Palliative medicine. 2012;26(1):7-22.	<50 % av inkluderte studier møter våre inklusjonskriterier
Kelly AJ, Luckett T, Clayton JM, Gabb L, Kochovska S, Agar M. Advance care planning in different settings for people with dementia: A systematic review and narrative synthesis. Palliative & supportive care. 2019;17(6):1-13.	<50 % av inkluderte studier møter våre inklusjonskriterier
Naghibi M, Smith TR, Elia M. A systematic review with meta-analysis of survival, quality of life and cost-effectiveness of home parenteral nutrition in patients with inoperable malignant bowel obstruction. Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland). 2015;34(5):825-37.	<50 % av inkluderte studier møter våre inklusjonskriterier
Ostherr K, Killoran P, Shegog R, Bruera E. Death in the Digital Age: A Systematic Review of Information and Communication Technologies in End-of-Life Care. Journal of palliative medicine. 2016;19(4):408-20.	<50 % av inkluderte studier møter våre inklusjonskriterier
Taylor J, Booth A, Beresford B, Phillips B, Wright K, Fraser L. Specialist paediatric palliative care for children and young people with cancer: A mixed-methods systematic review. Palliative medicine. 2020;34(6):269216320908490.	<50 % av inkluderte studier møter våre inklusjonskriterier
Poort H, Peters M, Bleijenberg G, Gielissen MFM, Goedendorp MM, Jacobsen P, et al. Psychosocial interventions for fatigue during cancer treatment with palliative intent. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017(7).	<50 % av inkluderte studier møter våre inklusjonskriterier

Mitchell G, Aubin M, Senior H, Johnson C, Fallon-Ferguson J, Williams B, et al. General practice nurses and physicians and end of life: a systematic review of models of care. <i>BMJ supportive &amp; palliative care</i> . 2020.	<50 % av inkluderte studier møter våre inklusjonskriterier
Candy B, Holman A, Leurent B, Davis S, Jones L. Hospice care delivered at home, in nursing homes and in dedicated hospice facilities: a systematic review of quantitative and qualitative evidence. <i>International journal of nursing studies</i> . 2011;48(1):121-33.	<50 % av inkluderte studier møter våre inklusjonskriterier
Sumalinog R, Harrington K, Dosani N, Hwang SW. Advance care planning, palliative care, and end-of-life care interventions for homeless people: A systematic review. <i>Palliative medicine</i> . 2017;31(2):109-19.	<50 % av inkluderte studier møter våre inklusjonskriterier
Dixon J, Karagiannidou M, Knapp M. The effectiveness of advance care planning in improving end of life outcomes for people with dementia and their carers: A systematic review and critical discussion. <i>Journal of pain and symptom management</i> . 2018;55(1):132-.	<50 % av inkluderte studier møter våre inklusjonskriterier
Hall RK, O'Hare AM, Anderson RA, Colón-Emeric CS. End-Stage Renal Disease in Nursing Homes: A Systematic Review. <i>Journal of the American Medical Directors Association</i> . 2013;14(4):242-7.	<50 % av inkluderte studier møter våre inklusjonskriterier
Lau CH, Wu X, Chung VC, Liu X, Hui EP, Cramer H, et al. Acupuncture and Related Therapies for Symptom Management in Palliative Cancer Care: Systematic Review and Meta-Analysis. <i>Medicine</i> . 2016;95(9):e2901.	<50 % av inkluderte studier møter våre inklusjonskriterier
Becqué YN, Rietjens JAC, van Driel AG, van der Heide A, Witkamp E. Nursing interventions to support family caregivers in end-of-life care at home: A systematic narrative review. <i>International journal of nursing studies</i> . 2019;97:28-39.	<50 % av inkluderte studier møter våre inklusjonskriterier
Bird M, Anderson K, MacPherson S, Blair A. Do interventions with staff in long-term residential facilities improve quality of care or quality for life people with dementia? A systematic review of the evidence. <i>International psychogeriatrics / IPA</i> . 2016;28(12):1-27.	<50 % av inkluderte studier møter våre inklusjonskriterier
Hudson BF, Best S, Stone P, Noble TB. Impact of informational and relational continuity for people with palliative care needs: a mixed methods rapid review. <i>BMJ open</i> . 2019;9(5):e027323.	<50 % av inkluderte studier møter våre inklusjonskriterier
Librada-Flores S, Nabal-Vicuna M, Forero-Vega D, Munoz-Mayorga I, Guerra-Martin MD. Implementation models of compassionate communities and compassionate cities at the end of life: A systematic review. <i>International Journal of Environmental Research and Public Health</i> . 2020;17(17):1-15.	<50 % av inkluderte studier møter våre inklusjonskriterier
Lotz JD, Jox RJ, Borasio GD, Führer M. Pediatric advance care planning: a systematic review. <i>Pediatrics</i> . 2013;131(3):e873-80.	<50 % av inkluderte studier møter våre inklusjonskriterier
Narayan SW, Nishtala PS. Discontinuation of Preventive Medicines in Older People with Limited Life Expectancy: A Systematic Review. <i>Drugs &amp; aging</i> . 2017;34(10):767-76.	<50 % av inkluderte studier møter våre inklusjonskriterier

Nevis I. Educational Intervention in End-of-Life Care: An Evidence-Based Analysis. Ontario health technology assessment series. 2014;14(17):1-30.	<50 % av inkluderte studier møter våre inklusjonskriterier
Fink HA, Ishani A, Taylor BC, Greer NL, MacDonald R, Rossini D, et al. Screening for, monitoring, and treatment of chronic kidney disease stages 1 to 3: a systematic review for the u.s. Preventive services task force and for an american college of physicians clinical practice guideline. <i>Annals of internal medicine</i> . 2012;156(8):570-81.	<50 % av inkluderte studier møter våre inklusjonskriterier
Leduc S, Cantor Z, Kelly P, Thiruganasambandamoorthy V, Wells G, Vailancourt C. The Safety and Effectiveness of On-Site Paramedic and Allied Health Treatment Interventions Targeting the Reduction of Emergency Department Visits by Long-Term Care Patients: Systematic Review. <i>Pre-hospital emergency care : official journal of the National Association of EMS Physicians and the National Association of State EMS Directors</i> . 2020:1-10.	<50 % av inkluderte studier møter våre inklusjonskriterier
Schichtel M, Wee B, Perera R, Onakpoya I. The Effect of Advance Care Planning on Heart Failure: a Systematic Review and Meta-analysis. <i>Journal of general internal medicine</i> . 2020;35(3):874-84.	<50% av inkluderte studier møter våre inklusjonskriterier
Carmont SA, Mitchell G, Senior H, Foster M. Systematic review of the effectiveness, barriers and facilitators to general practitioner engagement with specialist secondary services in integrated palliative care. <i>BMJ supportive &amp; palliative care</i> . 2018;8(4):385-99.	<50 % av inkluderte studier møter våre inklusjonskriterier
Norwegian Knowledge Centre for the Health Services. Do staff educational programmes affect end-of-life care in nursing homes? HTA Database. 2010.	<50 % av inkluderte studier møter våre inklusjonskriterier
Davis J, Morgans A, Stewart J. Developing an Australian health and aged care research agenda: a systematic review of evidence at the subacute interface. <i>Australian health review : a publication of the Australian Hospital Association</i> . 2016;40(4):420-7.	<50 % av inkluderte studier møter våre inklusjonskriterier
Weathers E, O'Caoimh R, Cornally N, Fitzgerald C, Kearns T, Coffey A, et al. Advance care planning: A systematic review of randomised controlled trials conducted with older adults. <i>Maturitas</i> . 2016;91:101-9.	<50 % av inkluderte studier møter våre inklusjonskriterier
Bello AK, Qarni B, Samimi A, Okel J, Chatterley T, Okpechi IG, et al. Effectiveness of Multifaceted Care Approach on Adverse Clinical Outcomes in Nondiabetic CKD: A Systematic Review and Meta-analysis. <i>Kidney international reports</i> . 2017;2(4):617-25.	<50 % av inkluderte studier møter våre inklusjonskriterier
Bradford N, Armfield NR, Young J, Smith AC. The case for home based telehealth in pediatric palliative care: a systematic review. <i>BMC palliative care</i> . 2013;12(1):4.	<50 % av inkluderte studier møter våre inklusjonskriterier
Calman L, Beaver K, Hind D, Lorigan P, Roberts C, Lloyd-Jones M. Survival benefits from follow-up of patients with lung cancer: a systematic review and meta-analysis. <i>Journal of thoracic oncology : official publication of the International Association for the Study of Lung Cancer</i> . 2011;6(12):1993-2004.	<50 % av inkluderte studier møter våre inklusjonskriterier



Mitchell S, Maynard V, Lyons V, Jones N, Gardiner C. The role and response of primary healthcare services in the delivery of palliative care in epidemics and pandemics: A rapid review to inform practice and service delivery during the COVID-19 pandemic. <i>Palliative medicine</i> . 2020;34(9):1182-92.	<50 % av inkluderte studier møter våre inklusjonskriterier
Anderson L, Brown JPR, Clark AM, Dalal H, Rossau HK, Bridges C, et al. Patient education in the management of coronary heart disease. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> . 2017;6(6):CD008895.	Annen populasjon
Coulter A, Entwistle VA, Eccles A, Ryan S, Shepperd S, Perera R. Personalised care planning for adults with chronic or long-term health conditions. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> . 2015;3(3):CD010523.	Annen populasjon
Dolor RJ, Melloni C, Chatterjee R, Allen LaPointe NM, Williams JB, Coeytaux RR, et al. Treatment Strategies for Women With Coronary Artery Disease 2012.	Annen populasjon
Helou N, Dwyer A, Shaha M, Zanchi A. Multidisciplinary management of diabetic kidney disease: a systematic review and meta-analysis. <i>Journal of Clinical Epidemiology</i> . 2016;14(7):169-207.	Annen populasjon
Hillier SL, Louw Q, Morris L, Uwimana J, Statham S. Massage therapy for people with HIV/AIDS. <i>Cochrane database of systematic reviews (Online)</i> . 2010(1):CD007502.	Annen populasjon
Karen G, Amanda B, Marie C, Chris RC, Moyra M, Michael D. Psychosocial interventions to improve quality of life and emotional wellbeing for recently diagnosed cancer patients. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> . 2012;11(2):CD007064.	Annen populasjon
Lopez-Vargas PA, Tong A, Howell M, Craig JC. Educational Interventions for Patients With CKD: A Systematic Review. <i>American journal of kidney diseases : the official journal of the National Kidney Foundation</i> . 2016;68(3):353-70.	Annen populasjon
Lutz G, Astrid F, Marion H, Alexandra LQ. Psychological interventions for individuals with cystic fibrosis and their families. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> . 2014;6(6):CD003148.	Annen populasjon
Maritta V, Heli H, Mari L, Lauri K, Clive EA. Information and communication technology in patient education and support for people with schizophrenia. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> . 2012;10(2):CD007198.	Annen populasjon
Naomi RW, Nicola JB, Esme RT, Gemma LQ. Non-pharmaceutical management of respiratory morbidity in children with severe global developmental delay. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> . 2014;10(10):CD010382.	Annen populasjon
Natale P, Palmer SC, Ruospo M, Saglimbene VM, Rabindranath KS, Strippoli GF. Psychosocial interventions for preventing and treating depression in dialysis patients. <i>The Cochrane database of systematic reviews</i> . 2019;12:CD004542.	Annen populasjon

Omidvari AH, Vali Y, Murray SM, Wonderling D, Rashidian A. Nutritional screening for improving professional practice for patient outcomes in hospital and primary care settings. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> . 2013(6).	Annen populasjon
Owensworth T, Chan RJ, Jones S, Robertson J, Pinkham MB. Use of telehealth platforms for delivering supportive care to adults with primary brain tumors and their family caregivers: A systematic review. <i>Psycho-oncology</i> . 2020.	Annen populasjon
Ream E, Hughes AE, Cox A, Skarparis K, Richardson A, Pedersen VH, et al. Telephone interventions for symptom management in adults with cancer. <i>The Cochrane database of systematic reviews</i> . 2020;6(6):CD007568.	Annen populasjon
Sherifali D, Ali MU, Ploeg J, Markle-Reid M, Valaitis R, Bartholomew A, et al. Impact of Internet-Based Interventions on Caregiver Mental Health: Systematic Review and Meta-Analysis. <i>Journal of medical Internet research</i> . 2018;20(7):e10668.	Annen populasjon
Shin ES, Seo KH, Lee SH, Jang JE, Jung YM, Kim MJ, et al. Massage with or without aromatherapy for symptom relief in people with cancer. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> . 2016(6).	Annen populasjon
Treanor CJ, Santin O, Prue G, Coleman H, Cardwell CR, O'Halloran P, et al. Psychosocial interventions for informal caregivers of people living with cancer. <i>The Cochrane database of systematic reviews</i> . 2019;6:CD009912.	Annen populasjon
Carey ML, Zucca AC, Freund MAG, Bryant J, Herrmann A, Roberts BJ. Systematic review of barriers and enablers to the delivery of palliative care by primary care practitioners. <i>Palliative Medicine</i> . 2019;33(9):1131-45.	Annen populasjon
Bryan AEB. Peer-administered interventions for depression: A meta-analytic review. <i>Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering</i> . 2014;74(11-B(E)).	Annen populasjon
Cooper TE, Heathcote LC, Clinch J, Gold JI, Howard R, Lord SM, et al. Antidepressants for chronic non-cancer pain in children and adolescents. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> . 2017(8).	Annen populasjon
Chien WT, Clifton AV, Zhao S, Lui S. Peer support for people with schizophrenia or other serious mental illness. <i>The Cochrane database of systematic reviews</i> . 2019;4:CD010880.	Annen populasjon
Chi NC, Demiris G. A systematic review of telehealth tools and interventions to support family caregivers. <i>Journal of telemedicine and telecare</i> . 2015;21(1):37-44.	Annen populasjon
Howell D, Hack TF, Oliver TK, Chulak T, Mayo S, Aubin M, et al. Models of care for post-treatment follow-up of adult cancer survivors: a systematic review and quality appraisal of the evidence. <i>Journal of cancer survivorship : research and practice</i> . 2012;6(4):359-71.	Annen populasjon

Shaw J, Sekelja N, Frasca D, Dhillon HM, Price MA. Being Mindful of Mindfulness Interventions in Cancer: a systematic review of intervention reporting and study methodology. <i>Psycho-oncology</i> . 2018;27(4):1162-71.	Annen populasjon
Sharma S. Acute respiratory distress syndrome. <i>Clinical evidence</i> . 2010;2010(no pagination).	Annen populasjon
Moore TH, King AJ, Evans M, Sharp D, Persad R, Huntley AL. Supportive care for men with prostate cancer: why are the trials not working? A systematic review and recommendations for future trials. <i>Cancer medicine</i> . 2015;4(8):1240-51.	Annen populasjon
Baidobonsoo S, Costa V, Hulobowich C, Kaulback K, Nevis I, Sehatzadeh S, et al. Health care for people approaching the end of life: An evidentiary framework. <i>Ontario Health Technology Assessment Series</i> . 2014;14(14).	Annet studiedesign
Beasley A, Bakitas MA, Edwards R, Kavalieratos D. Models of non-hospice palliative care: a review. <i>Annals of palliative medicine</i> . 2019;8(Suppl 1):S15-S21.	Annet studiedesign
Beller EM, van Driel ML, McGregor L, Truong S, Mitchell G. Palliative pharmacological sedation for terminally ill adults. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> . 2015(1).	Annet studiedesign
Bowers B, Ryan R, Kuhn I, Barclay S. Anticipatory prescribing of injectable medications for adults at the end of life in the community: A systematic literature review and narrative synthesis. <i>Palliative medicine</i> . 2019;33(2):160-77.	Annet studiedesign
Brown L, Gardner G, Bonner A. A comparison of treatment options for management of end stage kidney disease in elderly patients: a systematic review. <i>JBIC Database of Systematic Reviews &amp; Implementation Report</i> . 2014;12(7):374-404.	Annet studiedesign
de Nooijer K, Penders YW, Pivodic L, Van Den Noortgate NJ, Pype P, Van den Block L. Specialist palliative care services for older people in primary care: A systematic review using narrative synthesis. <i>Palliative medicine</i> . 2020;34(1):32-48.	Annet studiedesign
Good P, Richard R, Syrmiss W, Jenkins-Marsh S, Stephens J. Medically assisted nutrition for adult palliative care patients. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> . 2014(4).	Annet studiedesign
Lillie AK, Read S, Mallen C, Croft P, McBeth J. Musculoskeletal pain in older adults at the end-of-life: a systematic search and critical review of the literature with priorities for future research. <i>BMC palliative care</i> . 2013;12(1):27.	Annet studiedesign
Singh T, Harding R. Palliative care in South Asia: a systematic review of the evidence for care models, interventions, and outcomes. <i>BMC research notes</i> . 2015;8(1):172.	Annet studiedesign
Totten AM, White-Chu EF, Wasson N, Morgan E, Kansagara D, Davis-O'Reilly C, et al. Home-Based Primary Care Interventions 2016.	Annet studiedesign

Virdun C, Brown N, Phillips J, Lockett T, Agar M, Green A, et al. Elements of optimal paediatric palliative care for children and young people: An integrative review using a systematic approach. Collegian (Royal College of Nursing, Australia). 2015;22(4):421-31.	Annet studiedesign
Walker RC, Howard K, Morton RL. Home hemodialysis: a comprehensive review of patient-centered and economic considerations. ClinicoEconomics and outcomes research : CEOR. 2017;9:149-61.	Annet studiedesign
Mücke M, Mochamat N, Cuhls H, Peuckmann-Post V, Minton O, Stone P, et al. Pharmacological treatments for fatigue associated with palliative care: executive summary of a Cochrane Collaboration systematic review. Journal of cachexia, sarcopenia and muscle. 2016;7(1):23-7.	Annet studiedesign
Chan RJ, Webster J. A Cochrane review on the effects of end-of-life care pathways: Do they improve patient outcomes? Australian Journal of Cancer Nursing. 2011;12(2):26-30.	Annet studiedesign
Agarwal R, Epstein AS. Advance Care Planning and End-of-Life Decision Making for Patients with Cancer. Seminars in oncology nursing. 2018;34(3):316-26.	Annet studiedesign
Bennett WL, Pitts S, Aboumatar H, Sharma R, Smith BM, Das A, et al. Strategies for Patient, Family, and Caregiver Engagement2020.	Annet studiedesign
Bolt SR, van der Steen JT, Mujezinović I, Janssen DJA, Schols J, Zwakhalen SMG, et al. Practical nursing recommendations for palliative care for people with dementia living in long-term care facilities during the COVID-19 pandemic: A rapid scoping review. International journal of nursing studies. 2020;113:103781.	Annet studiedesign
Brereton L, Clark J, Ingleton C, Gardiner C, Preston L, Ryan T, et al. What do we know about different models of providing palliative care? Findings from a systematic review of reviews. Palliative medicine. 2017;31(9):781-97.	Annet studiedesign
Malcolm C, Knighting K, Taylor C. Home-based end of life care for children and their families - a systematic scoping review and narrative synthesis. Journal of pediatric nursing. 2020;55:126-33.	Annet studiedesign
McParland C, Johnston BM. Palliative and end of life care in prisons: a mixed-methods rapid review of the literature from 2014-2018. BMJ open. 2019;9(12):e033905.	Annet studiedesign
Bannon M, Ernecoff NC, Dionne-Odom JN, Zimmermann C, Corbelli J, Klein-Fedyshin M, et al. Comparison of Palliative Care Interventions for Cancer versus Heart Failure Patients: A Secondary Analysis of a Systematic Review. Journal of palliative medicine. 2019;22(8):966-9.	Annet studiedesign
Bowers B, Pollock K, Barclay S. Administration of end-of-life drugs by family caregivers during covid-19 pandemic. The BMJ. 2020;369:m1615.	Annet studiedesign
Casteli CPM, Mbemba GIC, Dumont S, Dallaire C, Juneau L, Martin E, et al. Indicators of home-based hospitalization model and strategies for its implementation: A systematic review of reviews. Systematic Reviews. 2020;9(1):172.	Annet studiedesign

Gomes B, Calanzani N, Curiale V, McCrone PP, Higginson IJ, Brito M. Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers. <i>São Paulo medical journal = Revista paulista de medicina</i> . 2016;134(1):93-4.	Annet studiedesign
Kavalieratos D, Gelfman LP, Tycon LE, Riegel B, Bekelman DB, Ikejiani DZ, et al. Palliative Care in Heart Failure: Rationale, Evidence, and Future Priorities. <i>Journal of the American College of Cardiology</i> . 2017;70(15):1919-30.	Annet studiedesign
Albers G, Harding R, Pasman HR, Onwuteaka-Philipsen BD, Hall S, Toscani F, et al. What is the methodological rigour of palliative care research in long-term care facilities in Europe? A systematic review. <i>Palliative medicine</i> . 2012;26(5):722-33.	Annet studiedesign
Alt-Epping B, Haas AL, Jansky M, Nauck F. [Anticancer therapy for symptom relief? : A systematic review of clinical trials in oncology]. <i>Schmerz (Berlin, Germany)</i> . 2018;32(2):90-8.	Annet studiedesign
Bainbridge D, Seow H, Sussman J. Common Components of Efficacious In-Home End-of-Life Care Programs: A Review of Systematic Reviews. <i>Journal of the American Geriatrics Society</i> . 2016;64(3):632-9.	Annet studiedesign
Bozzetti F. The role of parenteral nutrition in patients with malignant bowel obstruction. <i>Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer</i> . 2019;27(12):4393-9.	Annet studiedesign
Gilissen J, Pivodic L, Gastmans C, Vander Stichele R, Deliens L, Breuer E, et al. How to achieve the desired outcomes of advance care planning in nursing homes: a theory of change. <i>BMC geriatrics</i> . 2018;18(1):47.	Annet studiedesign
Halbmayr-Kubicsek U. Autonomy at the end of life despite very old age and cognitive impairment: Effects of advance care planning in residential nursing homes. <i>HeilberufeSCIENCE</i> . 2015;6(4):102-8.	Annet studiedesign
Hashem F, Brigden C, Wilson P, Butler C. Understanding what works, why and in what circumstances in hospice at home services for end-of-life care: Applying a realist logic of analysis to a systematically searched literature review. <i>Palliative medicine</i> . 2020;34(1):16-31.	Annet studiedesign
Isenberg S, Killackey T, Kurahashi A, Walsh C, Wentlandt K, Lovrics E, et al. Palliative Care Transitions from Acute Care to Community-Based Care—A Systematic Review (FR420A). <i>Journal of Pain &amp; Symptom Management</i> . 2020;59(2):457-.	Annet studiedesign
Johnston B. Review: End-of-life care in UK care homes: a systematic review of the literature. <i>Journal of Research in Nursing</i> . 2018;23(2/3):201-2.	Annet studiedesign
Leduc S, Cantor Z, Kelly P, Thiruganasambandamoorthy V, Wells G, Vailancourt C. LO15: Paramedic and allied health professional interventions at long-term care facilities to reduce emergency department visits: systematic review...Canadian Association of Emergency Physicians (CAEP/ACMU) Conference, June 1-4, 2020, Ontario, Canada. <i>CJEM: Canadian Journal of Emergency Medicine</i> . 2020;22(s1):S12-S.	Annet studiedesign

Martens P, Vercammen J, Ceyskens W, Jacobs L, Luwel E, Van Aerde H, et al. Effects of intravenous home dobutamine in palliative end-stage heart failure on quality of life, heart failure hospitalization, and cost expenditure. <i>ESC heart failure</i> . 2018;5(4):562-9.	Annet studiedesign
Nazir A, Smucker WD. Heart Failure in Post-Acute and Long-Term Care: Evidence and Strategies to Improve Transitions, Clinical Care, and Quality of Life. <i>Journal of the American Medical Directors Association</i> . 2015;16(10):825-31.	Annet studiedesign
Nelson-Brantley H, Buller C, Befort C, Ellerbeck E, Shifter A, Ellis S. Using Implementation Science to Further the Adoption and Implementation of Advance Care Planning in Rural Primary Care. <i>Journal of nursing scholarship : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing</i> . 2020;52(1):55-64.	Annet studiedesign
Burns J, Polus S, Brereton L, Chilcott J, Ward SE, Pfadenhauer LM, et al. Looking beyond the forest: using harvest plots, gap analysis and expert consultations to assess effectiveness, engage stakeholders and inform policy. <i>Research synthesis methods</i> . 2018;9(1):132-40.	Annet studiedesign
The Lancet. Palliative care and the COVID-19 pandemic. <i>The Lancet</i> . 2020;395(10231):1168.	Annet studiedesign
Abernathy BR. Home Monitoring in Patients with Hypoplastic Left Heart Syndrome: A Literature Review. <i>Pediatric Nursing</i> . 2018;44(2):68-76.	Annet studiedesign
Coelho SP, Capelas ML, Alves SM, Sá L, de Mello RA. Challenges in Lung Cancer Approaches: from the Clinical Issues to the Novel Therapies. <i>Recent advances in DNA &amp; gene sequences</i> . 2015;9(1):45-50.	Annet studiedesign
Fahner J, Rietjens J, van der Heide A, Milota M, van Delden J, Kars M. Evaluation showed that stakeholders valued the support provided by the Implementing Pediatric Advance Care Planning Toolkit. <i>Acta paediatrica (Oslo, Norway : 1992)</i> . 2020.	Annet studiedesign
Ferrell BR, Chung V, Koczywas M, Smith TJ. Dissemination and Implementation of Palliative Care in Oncology. <i>Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology</i> . 2020;38(9):995-1001.	Annet studiedesign
Hancock S, Preston N, Jones H, Gadoud A. Telehealth in palliative care is being described but not evaluated: a systematic review. <i>BMC palliative care</i> . 2019;18(1):114.	Annet studiedesign
Harris PF. 2016 - Review: Palliative care improves quality of life and symptom burden but does not affect mortality at 1 to 3 months. <i>ACP Journal Club</i> . 2017;166(6):1-	Annet studiedesign
Ling J. Respite support for children with a life-limiting condition and their parents: a literature review. <i>International Journal of Palliative Nursing</i> . 2012;18(3):129-34.	Annet studiedesign
Maddocks M, Lovell N, Booth S, Man WDC, Higginson IJ. Palliative care and management of troublesome symptoms for people with chronic obstructive pulmonary disease. <i>The Lancet</i> . 2017;390(10098):988-1002.	Annet studiedesign

Moro TT, Savage TA, Gehlert S. Agency, social and healthcare supports for adults with intellectual disability at the end of life in out-of-home, non-institutional community residences in Western nations: A literature review. <i>Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities</i> . 2017;30(6):1045-56.	Annet studiedesign
Nordly M, Soelberg Vadstrup E, Sjogren P, Kurita GP. Home-based specialized palliative care in patients with advanced cancer: A systematic review. <i>Palliative Medicine</i> . 2016:NP128-NP9.	Annet studiedesign
Thomas S, Dalton J, Harden M, Eastwood A, Parker G. Updated meta-review of evidence on support for carers 2017.	Annet studiedesign
Stober M. Palliative Care in Home Health: A Review of the Literature. <i>Home healthcare now</i> . 2017;35(7):373-7.	Annet studiedesign
Steigleder T, Stiel S, Ostgathe C. Dying of brain tumours: specific aspects of care. <i>Current opinion in supportive and palliative care</i> . 2013;7(4):417-23.	Annet studiedesign
Spacey A, Scammell J, Board M, Porter S. Systematic critical realist review of interventions designed to improve end-of-life care in care homes. <i>Nursing &amp; Health Sciences</i> . 2020;22(2):343-54.	Annet studiedesign
Spacey A, Scammell J, Board M, Porter S. Systematic critical realist review of interventions designed to improve end-of-life care in care homes. <i>Nursing &amp; health sciences</i> . 2019;22(2):343-54.	Annet studiedesign
Rzadkiewicz M, Nasiłowski J. Psychosocial Interventions for Patients with Severe COPD-An Up-to-Date Literature Review. <i>Medicina (Kaunas, Lithuania)</i> . 2019;55(9).	Annet studiedesign
Ferrell BR. National Consensus Project Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care: Implications for Oncology Nursing. <i>Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing</i> . 2019;6(2):151-3.	Annet studiedesign
Pinto S, Carvalho MD. Breathing new life into treatment advances for respiratory failure in amyotrophic lateral sclerosis patients. <i>Neurodegenerative Disease Management</i> . 2014;4(1):83-102.	Annet studiedesign
Pastor DK, Moore G. Uncertainties of the heart: palliative care and adult heart failure. <i>Home healthcare nurse</i> . 2013;31(1):29-36; quiz 7.	Annet studiedesign
Oliver DP, Demiris G, Wittenberg-Lyles E, Washington K, Day T, Novak H. A systematic review of the evidence base for telehospice. <i>Telemedicine journal and e-health : the official journal of the American Telemedicine Association</i> . 2012;18(1):38-47.	Annet studiedesign
Reeves C, Lillie AK, Burrow S. End-of-life care for people with dementia in UK care homes. <i>Journal of Community Nursing</i> . 2019;33(2):60-5.	Annet studiedesign
Gilissen J, Pivodic L, Smets T, Gastmans C, Vander Stichele R, Deliëns L, et al. Preconditions for successful advance care planning in nursing homes: A systematic review. <i>International journal of nursing studies</i> . 2017;66:47-59.	Annet studiedesign

Bai M, Reynolds NR, McCorkle R. The promise of clinical interventions for hepatocellular carcinoma from the west to mainland China. Palliative & supportive care. 2013;11(6):503-22.	Annet studiedesign
Hoon LS, Chi Sally CW, Hong-Gu H. Effect of psychosocial interventions on outcomes of patients with colorectal cancer: a review of the literature. European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society. 2013;17(6):883-91.	Annen setting
Silva M, Genoff M, Zaballa A, Stabler SM, Gany F, Diamond L. Interpreting in palliative care: A systematic review of the impact of interpreters on the delivery of palliative care services to cancer patients with limited English proficiency. Journal of Clinical Oncology. 2014;32(31).	Annen setting
Hasanpour Dehkordi A, Sarokhani D, Ghafari M, Mikelani M, Mahmoodnia L. Effect of Palliative Care on Quality of Life and Survival after Cardiopulmonary Resuscitation: A Systematic Review. International journal of preventive medicine. 2019;10:147.	Annen setting
Brinkman-Stoppelenburg A, Rietjens JA, van der Heide A. The effects of advance care planning on end-of-life care: a systematic review. Palliative medicine. 2014;28(8):1000-25.	Annen setting
Buckley LA, Maayan N, Soares-Weiser K, Adams CE. Supportive therapy for schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015;4(4):CD004716.	Annen setting
Gaertner J, Siemens W, Meerpohl JJ, Antes G, Meffert C, Xander C, et al. Effect of specialist palliative care services on quality of life in adults with advanced incurable illness in hospital, hospice, or community settings: systematic review and meta-analysis. BMJ (Clinical research ed). 2017;357(no pagination):j2925.	Annen setting
MacDonald JM, Barrett D. Companion animals and well-being in palliative care nursing: a literature review. Journal of clinical nursing. 2016;25(3-4):300-10.	Annen setting
Caruso Brown AE, Howard SC, Baker JN, Ribeiro RC, Lam CG. Evaluating home-based pediatric palliative care globally: A systematic review. Pediatric Blood and Cancer. 2013:171.	Annen setting
Roccarina D, Majumdar A, Thorburn D, Davidson BR, Tsochatzis E, Gurusamy KS. Management of people with intermediate-stage hepatocellular carcinoma: an attempted network meta-analysis. The Cochrane database of systematic reviews. 2017;3(3):CD011649.	Annen setting
Wilson R, Hepgul N, Higginson IJ, Gao W. End-of-life care and place of death in adults with serious mental illness: A systematic review and narrative synthesis. Palliative medicine. 2020;34(1):49-68.	Annen setting
Saunders S, Killackey T, Kurahashi A, Walsh C, Wentlandt K, Lovrics E, et al. Palliative care transitions from acute care to community-based care - a systematic review. Journal of pain and symptom management. 2019;58(4):721-34.e1.	Annen setting



Baldwin C, Kimber KL, Gibbs M, Weekes CE. Supportive interventions for enhancing dietary intake in malnourished or nutritionally at-risk adults. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016;12(12):CD009840.	Annet tiltak
Barnes H, McDonald J, Smallwood N, Manser R. Opioids for the palliation of refractory breathlessness in adults with advanced disease and terminal illness. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016(3).	Annet tiltak
Boudreault S, Chen J, Wu KY, Plüddemann A, Heneghan C. Self-management programs for cirrhosis: a systematic review. Journal of clinical nursing. 2020;29(19/20):3625-37.	Annet tiltak
Chhabra PT, Rattinger GB, Dutcher SK, Hare ME, Parsons KL, Zuckerman IH. Medication reconciliation during the transition to and from long-term care settings: a systematic review. Research in social & administrative pharmacy : RSAP. 2012;8(1):60-75.	Annet tiltak
Cooper TE, Heathcote LC, Anderson B, Grégoire MC, Ljungman G, Eccleston C. Non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) for cancer-related pain in children and adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017(7).	Annet tiltak
Cooper TE, Wiffen PJ, Heathcote LC, Clinch J, Howard R, Krane E, et al. Antiepileptic drugs for chronic non-cancer pain in children and adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017(8).	Annet tiltak
Cox L, Darvill E, Dorman S. Levomepromazine for nausea and vomiting in palliative care. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015(11).	Annet tiltak
Finucane AM, Jones L, Leurent B, Sampson EL, Stone P, Tookman A, et al. Drug therapy for delirium in terminally ill adults. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2020(1).	Annet tiltak
Furmaniak AC, Menig M, Markes MH. Exercise for women receiving adjuvant therapy for breast cancer. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016;9(9):CD005001.	Annet tiltak
Good P, Richard R, Syrmiss W, Jenkins-Marsh S, Stephens J. Medically assisted hydration for adult palliative care patients. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2014(4).	Annet tiltak
Hadley G, Derry S, Moore RA, Wiffen PJ. Transdermal fentanyl for cancer pain. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2013(10).	Annet tiltak
Hatano Y, Matsuoka H, Lam L, Currow DC. Side effects of corticosteroids in patients with advanced cancer: a systematic review. Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer. 2018;26(12):3979-83.	Annet tiltak
Haywood A, Duc J, Good P, Khan S, Rickett K, Vayne-Bossert P, et al. Systemic corticosteroids for the management of cancer-related breathlessness (dyspnoea) in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2019(2).	Annet tiltak

Hurlow A, Bennett MI, Robb KA, Johnson MI, Simpson KH, Oxberry SG. Transcutaneous electric nerve stimulation (TENS) for cancer pain in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2012(3).	Annet tiltak
Ishani A, Slinin Y, Greer N, MacDonald R, Messana J, Rutks I, et al. Comparative Effectiveness of Home-Based Kidney Dialysis Versus In-Center or Other Outpatient Kidney Dialysis Locations – A Systematic Review 2015.	Annet tiltak
Jones S, Man WDC, Gao W, Higginson IJ, Wilcock A, Maddocks M. Neuro-muscular electrical stimulation for muscle weakness in adults with advanced disease. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016(10).	Annet tiltak
Klein PJ, Schneider R, Rhoads CJ. Qigong in cancer care: a systematic review and construct analysis of effective Qigong therapy. Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer. 2016;24(7):3209-22.	Annet tiltak
Macken L, Hashim A, Mason L, Verma S. Permanent Indwelling Peritoneal Catheters for Palliation of Refractory Ascites in End-Stage Liver Disease: A Systematic Review. Liver international : official journal of the International Association for the Study of the Liver. 2019;39(9):1594-607.	Annet tiltak
Nicholson AB, Watson GR, Derry S, Wiffen PJ. Methadone for cancer pain. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017(2).	Annet tiltak
Nzwalo I, Aboim MA, Joaquim N, Marreiros A, Nzwalo H. Systematic Review of the Prevalence, Predictors, and Treatment of Insomnia in Palliative Care. The American journal of hospice & palliative care. 2020;37(11):957-69.	Annet tiltak
Paley CA, Johnson MI, Tashani OA, Bagnall AM. Acupuncture for cancer pain in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015(10).	Annet tiltak
Perry L, Hamilton S, Williams J, Jones S. Nursing interventions for improving nutritional status and outcomes of stroke patients: descriptive reviews of processes and outcomes. Worldviews on evidence-based nursing / Sigma Theta Tau International, Honor Society of Nursing. 2013;10(1):17-40.	Annet tiltak
Ramasubbu DA, Smith V, Hayden F, Cronin P. Systemic antibiotics for treating malignant wounds. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017;8:CD011609.	Annet tiltak
Rayner L, Price A, Evans A, Valsraj K, Hotopf M, Higginson IJ. Antidepressants for the treatment of depression in palliative care: systematic review and meta-analysis. Palliative medicine. 2011;25(1):36-51.	Annet tiltak
Ruiz Garcia V, López-Briz E, Carbonell Sanchis R, Gonzalez Perales JL, Bort-Martí S. Megestrol acetate for treatment of anorexia-cachexia syndrome. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2013(3).	Annet tiltak
Salt S, Mulvaney CA, Preston NJ. Drug therapy for symptoms associated with anxiety in adult palliative care patients. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017(5).	Annet tiltak

Siemens W, Xander C, Meerpohl JJ, Buroh S, Antes G, Schwarzer G, et al. Pharmacological interventions for pruritus in adult palliative care patients. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016(11).	Annet tiltak
Simon ST, Higginson IJ, Booth S, Harding R, Weingärtner V, Bausewein C. Benzodiazepines for the relief of breathlessness in advanced malignant and non-malignant diseases in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016(10).	Annet tiltak
Sutherland A, Naessens K, Plugge E, Ware L, Head K, Burton MJ, et al. Olanzapine for the prevention and treatment of cancer-related nausea and vomiting in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2018(9).	Annet tiltak
van Dalen EC, Mank A, Leclercq E, Mulder RL, Davies M, Kersten MJ, et al. Low bacterial diet versus control diet to prevent infection in cancer patients treated with chemotherapy causing episodes of neutropenia. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016;4:CD006247.	Annet tiltak
Wayne-Bossert P, Haywood A, Good P, Khan S, Rickett K, Hardy JR. Corticosteroids for adult patients with advanced cancer who have nausea and vomiting (not related to chemotherapy, radiotherapy, or surgery). Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017(7).	Annet tiltak
Wang Y, Ivany JN, Perkovic V, Gallagher MP, Woodward M, Jardine MJ. Anticoagulants and antiplatelet agents for preventing central venous haemodialysis catheter malfunction in patients with end-stage kidney disease. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016;4:CD009631.	Annet tiltak
Whistance RN, Blazeby JM. Systematic review: quality of life after treatment for upper gastrointestinal cancer. Current opinion in supportive and palliative care. 2011;5(1):37-46.	Annet tiltak
Wiffen PJ, Cooper TE, Anderson AK, Gray AL, Grégoire MC, Ljungman G, et al. Opioids for cancer-related pain in children and adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017(7).	Annet tiltak
Wiffen PJ, Derry S, Moore RA. Tramadol with or without paracetamol (acetaminophen) for cancer pain. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017(5).	Annet tiltak
Wiffen PJ, Derry S, Moore RA, McNicol ED, Bell RF, Carr DB, et al. Oral paracetamol (acetaminophen) for cancer pain. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017(7).	Annet tiltak
Wiffen PJ, Derry S, Naessens K, Bell RF. Oral tapentadol for cancer pain. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015(9).	Annet tiltak
Wiffen PJ, Wee B, Moore RA. Oral morphine for cancer pain. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016(4).	Annet tiltak
Murray-Brown F, Dorman S. Haloperidol for the treatment of nausea and vomiting in palliative care patients. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015(11).	Annet tiltak

Stevens R, Macbeth F, Toy E, Coles B, Lester JF. Palliative radiotherapy regimens for patients with thoracic symptoms from non-small cell lung cancer. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015;1(1):CD002143.	Annet tiltak
Wiffen PJ, Derry S, Moore RA. Impact of morphine, fentanyl, oxycodone or codeine on patient consciousness, appetite and thirst when used to treat cancer pain. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2014(5).	Annet tiltak
Uronis HE, Ekstrom MP, Currow DC, McCrory DC, Samsa GP, Abernethy AP. Oxygen for relief of dyspnoea in people with chronic obstructive pulmonary disease who would not qualify for home oxygen: a systematic review and meta-analysis. Thorax. 2015;70(5):492-4.	Annet tiltak
Bennett S, Pigott A, Beller EM, Haines T, Meredith P, Delaney C. Educational interventions for the management of cancer-related fatigue in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016(11).	Annet tiltak
Anie KA, Green J. Psychological therapies for sickle cell disease and pain. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015;5(5):CD001916.	Annet tiltak
Cool L, Vandijck D, Debruyne P, Desmedt M, Lefebvre T, Lycke M, et al. Organization, quality and cost of oncological home-hospitalization: A systematic review. Critical reviews in oncology/hematology. 2018;126:145-53.	Annet tiltak
Candy B, Jones L, Larkin PJ, Vickerstaff V, Tookman A, Stone P. Laxatives for the management of constipation in people receiving palliative care. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015(5).	Annet tiltak
Candy B, Jones L, Vickerstaff V, Larkin PJ, Stone P. Mu-opioid antagonists for opioid-induced bowel dysfunction in people with cancer and people receiving palliative care. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2018(6).	Annet tiltak
Derry S, Wiffen PJ, Moore RA, McNicol ED, Bell RF, Carr DB, et al. Oral nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) for cancer pain in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017(7).	Annet tiltak
King S, Forbes K, Hanks GW, Ferro CJ, Chambers EJ. A systematic review of the use of opioid medication for those with moderate to severe cancer pain and renal impairment: a European Palliative Care Research Collaborative opioid guidelines project. Palliative medicine. 2011;25(5):525-52.	Annet tiltak
Kim KH, Lee MS, Kim TH, Kang JW, Choi TY, Lee JD. Acupuncture and related interventions for symptoms of chronic kidney disease. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016;6(6):CD009440.	Annet tiltak
Hussain JA, Bland M, Langan D, Johnson MJ, Currow DC, White IR. Quality of missing data reporting and handling in palliative care trials demonstrates that further development of the CONSORT missing data reporting guidance is required: a systematic review. Journal of clinical epidemiology. 2017;88:81-91.	Annet tiltak
Allers K, Hoffmann F, Schnakenberg R. Hospitalizations of nursing home residents at the end of life: A systematic review. Palliative medicine. 2019;33(10):269216319866648.	Annet tiltak

Badrakalimuthu V, Barclay S. Do people with dementia die at their preferred location of death? A systematic literature review and narrative synthesis. <i>Age and ageing</i> . 2014;43(1):13-9.	Annet tiltak
Husebo BS, Achterberg W, Flo E. Identifying and Managing Pain in People with Alzheimer's Disease and Other Types of Dementia: A Systematic Review. <i>CNS drugs</i> . 2016;30(6):481-97.	Annet tiltak
Karner C, Kew K, Wakefield V, Masento N, Edwards SJ. Targeted therapies for previously treated advanced or metastatic renal cell carcinoma: systematic review and network meta-analysis. <i>BMJ open</i> . 2019;9(3):e024691.	Annet tiltak
Mücke M, Carter C, Cuhls H, Prüß M, Radbruch L, Häuser W. [Cannabinoids in palliative care : Systematic review and meta-analysis of efficacy, tolerability and safety]. <i>Schmerz (Berlin, Germany)</i> . 2016;30(1):25-36.	Annet tiltak
Poudel A, Yates P, Rowett D, Nissen LM. Use of preventive medication in patients with limited life expectancy: a systematic review. <i>Journal of pain and symptom management</i> . 2017;53(6):1097-110.e1.	Annet tiltak
Cai R, Zimmermann C, Krzyzanowska M, Granton J, Hannon B. Thromboprophylaxis for inpatients with advanced cancer in palliative care settings: A systematic review and narrative synthesis. <i>Palliative medicine</i> . 2019;33(5):486-99.	Annet tiltak
Ford JA, Jones R, Elders A, Mulatero C, Royle P, Sharma P, et al. Denosumab for treatment of bone metastases secondary to solid tumours: Systematic review and network meta-analysis. <i>European journal of cancer (Oxford, England : 1990)</i> . 2013;49(2):416-30.	Annet tiltak
Gibbons C, Pagnini F, Friede T, Young CA. Treatment of fatigue in amyotrophic lateral sclerosis/motor neuron disease. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> . 2018;1:CD011005.	Annet tiltak
Beecham E, Candy B, Howard R, McCulloch R, Laddie J, Rees H, et al. Pharmacological interventions for pain in children and adolescents with life-limiting conditions. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> . 2015(3).	Annet tiltak
Bell RF, Eccleston C, Kalso EA. Ketamine as an adjuvant to opioids for cancer pain. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> . 2017(6).	Annet tiltak
Koyyalagunta D, Bruera E, Solanki DR, Nouri KH, Burton AW, Toro MP, et al. A systematic review of randomized trials on the effectiveness of opioids for cancer pain. <i>Pain physician</i> . 2012;15(3 Suppl):ES39-58.	Annet tiltak
León Ruiz M, Rodríguez Sarasa ML, Sanjuán Rodríguez L, Pérez Nieves MT, Ibáñez Estélez F, Arce Arce S, et al. Guidelines for seizure management in palliative care: Proposal for an updated clinical practice model based on a systematic literature review. <i>Neurologia (Barcelona, Spain)</i> . 2019;34(3):165-97.	Annet tiltak

McNicol ED, Ferguson MC, Schumann R. Methadone for neuropathic pain in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017(5).	Annet tiltak
Mücke M, Mochamat m, Cuhls H, Peuckmann-Post V, Minton O, Stone P, et al. Pharmacological treatments for fatigue associated with palliative care. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015(5).	Annet tiltak
Nair KPS, Chandler B, Lee M, Oliver D, Sansam K, King L, et al. Rehabilitation medicine in palliative care of chronic neurological conditions. BMJ supportive & palliative care. 2020.	Annet tiltak
Nizamic T, Murad MH, Allen LA, McIlvennan CK, Wordingham SE, Matlock DD, et al. Ambulatory Inotrope Infusions in Advanced Heart Failure: A Systematic Review and Meta-Analysis. JACC Heart failure. 2018;6(9):757-67.	Annet tiltak
Tappenden P, Carroll C, Hamilton J, Kaltenthaler E, Wong R, Wadsley J, et al. Cabozantinib and vandetanib for unresectable locally advanced or metastatic medullary thyroid cancer: a systematic review and economic model. Health technology assessment (Winchester, England). 2019;23(8):1-144.	Annet tiltak
Palmer SC, Saglimbene V, Mavridis D, Salanti G, Craig JC, Tonelli M, et al. Erythropoiesis-stimulating agents for anaemia in adults with chronic kidney disease: a network meta-analysis. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2014;12(12):CD010590.	Annet tiltak
Zhu X, Ko YJ, Berry S, Shah K, Lee E, Chan K. A Bayesian network meta-analysis on second-line systemic therapy in advanced gastric cancer. Gastric cancer : official journal of the International Gastric Cancer Association and the Japanese Gastric Cancer Association. 2017;20(4):1-9.	Annet tiltak
Queeley GL, Campbell ES. Comparing Treatment Modalities for End-Stage Renal Disease: A Meta-Analysis. American health & drug benefits. 2018;11(3):118-27.	Annet tiltak
Ujeyl M, Müller-Oerlinghausen B. [Antidepressants for treatment of depression in palliative patients : a systematic literature review]. Der Schmerz. 2012;26(5):523-36.	Annet tiltak
Halbmayer-Kubicsek U. Autonomie am Lebensende trotz Hochaltrigkeit und kognitiver Beeinträchtigung. HeilberufeSCIENCE. 2015;6(4):102-8.	Duplikat
Chan RJ, Webster J, Bowers A. End-of-life care pathways for improving outcomes in caring for the dying. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016(2).	Ikke riktige utfall
Hall S, Kolliakou A, Petkova H, Froggatt K, Higginson IJ. Interventions for improving palliative care for older people living in nursing care homes. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2011(3).	Ikke riktige utfall
Houben CH, Spruit MA, Groenen MT, Wouters EF, Janssen DJ. Efficacy of Advance Care Planning: A Systematic Review and Meta-Analysis. Journal of the American Medical Directors Association. 2014;15(7):477-89.	Ikke riktige utfall

Jung MY, Matthews AK. A Systematic Review of Clinical Interventions Facilitating End-of-Life Communication Between Patients and Family Caregivers. <i>The American journal of hospice &amp; palliative care</i> . 2020;1049909120929323.	Ikke riktige utfall
Mercadante S, Porzio G, Valle A, Fusco F, Aielli F, Costanzo V, et al. Palliative sedation in patients with advanced cancer followed at home: a systematic review. <i>Journal of pain and symptom management</i> . 2011;41(4):754-60.	Ikke riktige utfall
Oczkowski SJ, Chung HO, Hanvey L, Mbuagbaw L, You JJ. Communication Tools for End-of-Life Decision-Making in Ambulatory Care Settings: A Systematic Review and Meta-Analysis. <i>PloS one</i> . 2016;11(4):e0150671.	Ikke riktige utfall
Ronald LK, Alison A, Timothy OL. Nutritional support for liver disease. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> . 2012;5(5):CD008344.	Ikke riktige utfall
Suetonia CP, Andrew RP, Jonathan CC, David WJ, Paul S, Luc F, et al. Home versus in-centre haemodialysis for end-stage kidney disease. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> . 2014;11(11):CD009535.	Ikke riktige utfall
Tjia J, Velten SJ, Parsons C, Valluri S, Briesacher BA. Studies to reduce unnecessary medication use in frail older adults: a systematic review. <i>Drugs &amp; aging</i> . 2013;30(5):285-307.	Ikke riktige utfall
Alyami HM, Chan RJ, New K. End-of-life care preferences for people with advanced cancer and their families in intensive care units: a systematic review. <i>Supportive care in cancer : official journal of the International Association of Supportive Care in Cancer</i> . 2019;27(9):3233-44.	Ikke riktige utfall
Batchelor F, Hwang K, Haralambous B, Fearn M, Mackell P, Nolte L, et al. Facilitators and barriers to advance care planning implementation in Australian aged care settings: A systematic review and thematic analysis. <i>Australasian journal on ageing</i> . 2019;38(3):173-81.	Ikke riktige utfall
Williams AD, Bird ML, Hardcastle SGK, Kirschbaum M, Ogden KJ, Walters JAE. Exercise for reducing falls in people living with and beyond cancer. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> . 2018(10).	Ikke riktige utfall
Greenfield K, Holley S, Schoth DE, Harrop E, Howard RF, Bayliss J, et al. A mixed-methods systematic review and meta-analysis of barriers and facilitators to paediatric symptom management at end of life. <i>Palliative medicine</i> . 2020;34(6):689-707.	Ikke riktige utfall
Baik D, Cho H, Masterson Creber RM. Examining Interventions Designed to Support Shared Decision Making and Subsequent Patient Outcomes in Palliative Care: A Systematic Review of the Literature. <i>The American journal of hospice &amp; palliative care</i> . 2019;36(1):1049909118783688.	Ikke riktige utfall
Bouca-Machado R, Rosario M, Alarcao J, Correia-Guedes L, Abreu D, Ferreira JJ. Clinical trials in palliative care: A systematic review of their methodological characteristics and of the quality of their reporting. <i>BMC Palliative Care</i> . 2017;16(1):10.	Ikke riktige utfall

Laplante S, Liu FX, Culleton B, Bernardo A, King D, Hudson P. The Cost Effectiveness of High-Dose versus Conventional Haemodialysis: a Systematic Review. <i>Applied health economics and health policy</i> . 2016;14(2):185-93.	Ikke riktige utfall
Murphy E, Froggatt K, Connolly S, O'Shea E, Sampson EL, Casey D, et al. Palliative care interventions in advanced dementia. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> . 2016;12(12):CD011513.	Ikke riktige utfall
Robinson L, Dickinson C, Rousseau N, Beyer F, Clark A, Hughes J, et al. A systematic review of the effectiveness of advance care planning interventions for people with cognitive impairment and dementia. <i>Age and ageing</i> . 2012;41(2):263-9.	Ikke riktige utfall
Pike E, Hamidi V, Ringerike T, Wisloff T, Klemp M. More Use of Peritoneal Dialysis Gives Significant Savings: A Systematic Review and Health Economic Decision Model. <i>Journal of clinical medicine research</i> . 2017;9(2):104-16.	Ikke riktige utfall
Latif AI, Irwan AM. Models and benefits of palliative care for the quality of life of people with HIV: a systematic review. <i>HIV Nursing</i> . 2019;19(4):80-5.	Ikke systematisk oversikt
Ruiz-Iniguez R, Bravo Sobrino N, Pena Ibanez F, Navarro Siguero N, Seco Martinez A, Carralero Montero A. Nursing intervention on quality of life in people with home-based palliative care: a systematic review. <i>Medicina Paliativa</i> . 2017;24(2):72-82.	Ikke systematisk oversikt
Thinnes A, Padilla R. Effect of Educational and Supportive Strategies on the Ability of Caregivers of People With Dementia to Maintain Participation in That Role. <i>The American journal of occupational therapy : official publication of the American Occupational Therapy Association</i> . 2011;65(5):541-9.	Ikke systematisk oversikt
Warth M, Zöller J, Köhler F, Aguilar-Raab C, Kessler J, Ditzen B. Psychosocial Interventions for Pain Management in Advanced Cancer Patients: a Systematic Review and Meta-analysis. <i>Current oncology reports</i> . 2020;22(1):3.	Ikke systematisk oversikt
Wilkins ML, Dallas RH, Fanone KE, Lyon ME. Pediatric palliative care for youth with HIV/AIDS: Systematic review of the literature. <i>HIV/AIDS - Research and Palliative Care</i> . 2013;5:165-79.	Ikke systematisk oversikt
Kochovska S, Garcia MV, Bunn F, Goodman C, Lockett T, Parker D, et al. Components of palliative care interventions addressing the needs of people with dementia living in long-term care: A systematic review. <i>Palliative medicine</i> . 2020;34(4):454-92.	Ikke systematisk oversikt
Ambroggi M, Biasini C, Toscani I, Orlandi E, Berte R, Mazzari M, et al. Can early palliative care with anticancer treatment improve overall survival and patient-related outcomes in advanced lung cancer patients? A review of the literature. <i>Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer</i> . 2018;26(9):2945-53.	Ikke systematisk oversikt
Diop MS, Rudolph JL, Zimmerman KM, Richter MA, Skarf LM. Palliative Care Interventions for Patients with Heart Failure: A Systematic Review and Meta-Analysis. <i>Journal of palliative medicine</i> . 2017;20(1):84-92.	Ikke systematisk oversikt



Kauw D, Koole MAC, van Dorth JR, Tulevski II, Somsen GA, Schijven MP, et al. eHealth in patients with congenital heart disease: a review. <i>Expert Review of Cardiovascular Therapy</i> . 2018;16(9):627-34.	Ikke systematisk oversikt
Kidd L, Cayless S, Johnston B, Wengstrom Y. Telehealth in palliative care in the UK: a review of the evidence. <i>Journal of telemedicine and tel-ecare</i> . 2010;16(7):394-402.	Ikke systematisk oversikt
Kiosses DN, Alexopoulos GS. Problem-Solving Therapy in the Elderly. Current treatment options in psychiatry. 2014;1(1):15-26.	Ikke systematisk oversikt
Harding R, Albertyn R, Sherr L, Gwyther L. Pediatric palliative care in sub-saharan Africa: a systematic review of the evidence for care models, interventions, and outcomes. <i>Journal of pain and symptom management</i> . 2014;47(3):642-51.	Ikke systematisk oversikt
Davis MP, Temel JS, Balboni T, Glare P. A review of the trials which examine early integration of outpatient and home palliative care for patients with serious illnesses. <i>Annals of palliative medicine</i> . 2015;4(3):99-121.	Ikke systematisk oversikt
DiMartino LD, Weiner BJ, Mayer DK, Jackson GL, Biddle AK. Do Palliative Care Interventions Reduce Emergency Department Visits among Patients with Cancer at the End of Life? A Systematic Review. <i>Journal of palliative medicine</i> . 2014;17(12):1384-99.	Ikke systematisk oversikt
Cowley A, Bath-Hextall F, Cooper J. Interventions for healthcare professionals, organizations and patients to enhance quality of life for people diagnosed with palliative esophagogastric cancer: a systematic review. <i>JBI database of systematic reviews and implementation reports</i> . 2017;15(3):840-52.	Ikke systematisk oversikt
Hassankhani H, Rahmani A, Taleghani F, Sanaat Z, Dehghannezhad J. Palliative Care Models for Cancer Patients: Learning for Planning in Nursing (Review). <i>Journal of cancer education : the official journal of the American Association for Cancer Education</i> . 2020;35(1):3-13.	Ikke systematisk oversikt
Hernandez SC, Overholser JC. A Systematic Review of Interventions for Hope/Hopelessness in Older Adults. <i>Clinical gerontologist</i> . 2020:1-33.	Ikke systematisk oversikt
Uceda Torres ME, Rodríguez Rodríguez JN, Sánchez Ramos JL, Alvarado Gómez F. Transfusion in palliative cancer patients: a review of the literature. <i>Journal of palliative medicine</i> . 2014;17(1):88-104.	Ikke systematisk oversikt
Solis GR, Mancera BM, Shen MJ. Strategies used to facilitate the discussion of advance care planning with older adults in primary care settings: A literature review. <i>Journal of the American Association of Nurse Practitioners</i> . 2018;30(5):270-9.	Ikke systematisk oversikt
Salins N, Ramanjulu R, Patra L, Deodhar J, Muckaden MA. Integration of Early Specialist Palliative Care in Cancer Care and Patient Related Outcomes: A Critical Review of Evidence. <i>Indian journal of palliative care</i> . 2016;22(3):252-7.	Ikke systematisk oversikt

El-Jawahri A, Greer JA, Temel JS. Does palliative care improve outcomes for patients with incurable illness? A review of the evidence. The journal of supportive oncology. 2011;9(3):87-94.	Ikke systematisk oversikt
Lechner B, Chow R, Pulenzas N, Popovic M, Zhang N, Zhang X, et al. Survival benefit from palliative treatment in patients with advanced prostate cancer: A selected review. Cancer: Survival, quality of life and ethical implications. 2016.	Ikke systematisk oversikt
Matsuda A, Yamaoka K, Tango T. Quality of life in advanced non-small cell lung cancer patients receiving palliative chemotherapy: A meta-analysis of randomized controlled trials. Experimental and therapeutic medicine. 2012;3(1):134-40.	Ikke systematisk oversikt
Mountford W, Denning KH, Green J. Advance care planning and decision-making in dementia care: a literature review. Nursing older people. 2020.	Ikke systematisk oversikt
Pérez-Eizaguirre M, Vergara-Moragues E. Music Therapy Interventions in Palliative Care: A Systematic Review. Journal of palliative care. 2020;825859720957803.	Ikke systematisk oversikt
Rincy J, Durline B-M, Stella I, Joanne KS. The effectiveness of structured interdisciplinary collaboration for adult home hospice patients on patient satisfaction and hospital admissions and re-admissions: a systematic review. JBI Library of Systematic Reviews. 2016;14(1):108-39.	Ikke systematisk oversikt
Etkind SN, Bone AE, Lovell N, Cripps RL, Harding R, Higginson IJ, et al. The role and response of palliative care and hospice services in epidemics and pandemics: a rapid review to inform practice during the COVID-19 pandemic. Journal of pain and symptom management. 2020;60(1):e31-e40.	Ikke systematisk oversikt
van der Cammen TJM, Rajkumar C, Onder G, Sterke CS, Petrovic M. Drug cessation in complex older adults: time for action. Age and ageing. 2014;43(1):20-5.	Ikke systematisk oversikt
Slack C. Best Practice for After-Hours Hospice Symptom Management: A Literature Review. Home healthcare now. 2015;33(9):482-6.	Ikke systematisk oversikt
Ahn S, Romo RD, Campbell CL. A systematic review of interventions for family caregivers who care for patients with advanced cancer at home. Patient Education and Counseling. 2020;103(8):1518-30.	Lav eller moderat metodisk kvalitet
Bradley N, Lloyd-Williams M, Dowrick C. Effectiveness of palliative care interventions offering social support to people with life-limiting illness- A systematic review. European journal of cancer care. 2018;27(3):e12837.	Lav eller moderat metodisk kvalitet
Carpenter JG, Lam K, Ritter AZ, Ersek M. A Systematic Review of Nursing Home Palliative Care Interventions: Characteristics and Outcomes. Journal of the American Medical Directors Association. 2020;21(5):583-96.e2.	Lav eller moderat metodisk kvalitet

Health Quality O. Team-Based Models for End-of-Life Care: An Evidence-Based Analysis. Ontario health technology assessment series. 2014;14(20):1-49.	Lav eller moderat metodisk kvalitet
Holmenlund K, Sjøgren P, Nordly M. Specialized palliative care in advanced cancer: What is the efficacy? A systematic review. Palliative & supportive care. 2017;15(6):1-17.	Lav eller moderat metodisk kvalitet
Keall RM, Clayton JM, Butow PN. Therapeutic Life Review in Palliative Care: A Systematic Review of Quantitative Evaluations. Journal of pain and symptom management. 2015;49((Keall R.M., rkeall@sydney.edu.au) University of Sydney, Camperdown, New South Wales, Australia):747-61.	Lav eller moderat metodisk kvalitet
Luckett T, Davidson PM, Lam L, Phillips J, Currow DC, Agar M. Do community specialist palliative care services that provide home nursing increase rates of home death for people with life-limiting illnesses? A systematic review and meta-analysis of comparative studies. Journal of pain and symptom management. 2013;45(2):279-97.	Lav eller moderat metodisk kvalitet
Martin RS, Hayes B, Gregorevic K, Lim WK. The Effects of Advance Care Planning Interventions on Nursing Home Residents: A Systematic Review. Journal of the American Medical Directors Association. 2016;17(4):284-93.	Lav eller moderat metodisk kvalitet
Miranda R, Bunn F, Lynch J, Van den Block L, Goodman C. Palliative care for people with dementia living at home: A systematic review of interventions. Palliative medicine. 2019;33(7):726-42.	Lav eller moderat metodisk kvalitet
Pan-Weisz TM, Kryza-Lacombe M, Burkeen J, Hattangadi-Gluth J, Malcarne VL, McDonald CR. Patient-reported health-related quality of life outcomes in supportive-care interventions for adults with brain tumors: A systematic review. Psycho-Oncology. 2019;28(1):11-21.	Lav eller moderat metodisk kvalitet
Salakari MR, Surakka T, Nurminen R, Pylkkänen L. Effects of rehabilitation among patients with advanced cancer: a systematic review. Acta oncologica (Stockholm, Sweden). 2015;54(5):1-11.	Lav eller moderat metodisk kvalitet
Singer AE, Goebel JR, Kim YS, Dy SM, Ahluwalia SC, Clifford M, et al. Populations and Interventions for Palliative and End-of-Life Care: A Systematic Review. Journal of palliative medicine. 2016;19(9):995-1008.	Lav eller moderat metodisk kvalitet
Xu Z, Chen L, Jin S, Yang B, Chen X, Wu Z. Effect of Palliative Care for Patients with Heart Failure. International heart journal. 2018;59(3):503-9.	Lav eller moderat metodisk kvalitet
Zhou K, Mao Y. Palliative care in heart failure : A meta-analysis of randomized controlled trials. Herz. 2019;44(5):440-4.	Lav eller moderat metodisk kvalitet
Zimmermann FF, Burrell B, Jordan J. The acceptability and potential benefits of mindfulness-based interventions in improving psychological well-being for adults with advanced cancer: A systematic review. Complementary Therapies in Clinical Practice. 2018;30:68-78.	Lav eller moderat metodisk kvalitet

Higginson IJ, Evans CJ. What is the evidence that palliative care teams improve outcomes for cancer patients and their families? <i>Cancer journal</i> (Sudbury, Mass). 2010;16(5):423-35.	Litteratursøk gjennomført før 2010
Mantovan F, Ausserhofer D, Huber M, Schulc E, Them C. Interventions and their effects on informal caregivers of people with dementia: a systematic literature review [German]. <i>Pflege</i> . 2010;23(4):223-39.	Litteratursøk gjennomført før 2010
Gomes B, Calanzani N, Curiale V, McCrone P, Higginson IJ. Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> . 2013(6).	Overlapp av primærstudier med inkluderte SO'er
Haun MW, Estel S, Rücker G, Friederich HC, Villalobos M, Thomas M, et al. Early palliative care for adults with advanced cancer. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> . 2017(6).	Overlapp av primærstudier med inkluderte SO'er
Hoerger M, Wayser GR, Schwing G, Suzuki A, Perry LM. Impact of Interdisciplinary Outpatient Specialty Palliative Care on Survival and Quality of Life in Adults With Advanced Cancer: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. <i>Annals of behavioral medicine : a publication of the Society of Behavioral Medicine</i> . 2019;53(7):674-85.	Overlapp av primærstudier med inkluderte SO'er
Shepperd S, Gonçalves-Bradley D, Straus S, Wee B. Hospital at home: home-based end-of-life care. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> . 2016;2(2):CD009231.	Overlapp av primærstudier med inkluderte SO'er
Candy B, Jones L, Varagunam M, Speck P, Tookman A, King M. Spiritual and religious interventions for well-being of adults in the terminal phase of disease. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> . 2012(5).	Overlapp av primærstudier med inkluderte SO'er

#### Vedlegg 4. Risiko for metodiske skjevheter

Denne tabellen viser risiko for metodiske skjevheter blant både de systematiske oversiktene som ble ekskludert og inkludert. Som beskrevet under metoden, ekskluderte vi systematiske oversikter av både moderat og lav kvalitet.

##### *Risiko for systematiske skjevheter av de systematiske oversiktene (n=25)*

Studier	Sp1	Sp2	Sp3	Sp4	Sp5	Sp6	Sp7	Sp8	Sp9	Vurdering
Ahn 2020 (30)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nei	Uklart	Ja	Lav
Bradley 2018 (31)	Ja	Ja	Ja	Nei	Nei	Nei	Nei	Uklart	Uklart	Lav
Bridget 2011 (44)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Høy
Candy 2011 (44)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Høy
Candy 2020 (25)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Høy
Carpenter 2020 (32)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nei	Uklart	Ja	Lav

Gomes 2013 (45)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Høy
Haun 2017 (46)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Høy
Health Quality Ontario 2014 (33)	Ja	Ja	Ja	Nei	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Lav
Hoerger 2019 (47)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Høy
Holmelund 2017 (34)	Ja	Ja	Ja	Ja	Nei	Nei	Nei	Nei	Nei	Lav
Kamioka 2014 (27)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Høy
Kavalieratos 2016 (28)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Høy
Keall 2015 (35)	Ja	Ja	Ja	Uklart	Ja	Ja	Nei	Ja	Ja	Lav
Latorraca 2019 (29)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Høy
Luckett 2013 (36)	Ja	Ja	Ja	Nei	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Lav
Martin 2016 (37)	Ja	Nei	Ja	Nei	Nei	Nei	Ja	Ja	Nei	Lav
Miranda 2019 (14)	Ja	Ja	Ja	Nei	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Lav
Pan-Weisz 2019 (38)	Ja	Ja	Ja	Nei	Ja	Ja	Nei	Ja	Ja	Lav
Salakari 2015 (39)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nei	Nei	Nei	Nei	Lav
Shepperd 2016 (48)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Høy
Singer 2016 (40)	Ja	Ja	Ja	Uklart	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Moderat
Xu 2018 (41)	Ja	Ja	Ja	Nei	Ja	Ja	Ja	Ja	Uklart	Lav
Zhou 2019 (42)	Ja	Ja	Ja	Nei	Nei	Nei	Ja	Ja	Ja	Lav
Zimmermann 2018 (43)	Ja	Ja	Ja	Uklart	Ja	Ja	Nei	Uklart	Nei	Lav

**Sp1:** Beskriver forfatterne klart hvilke metoder de brukte for å finne primærstudiene?

**Sp2:** Ble det utført et tilfredsstillende litteratursøk?

**Sp3:** Beskriver forfatterne hvilke kriterier som ble brukt for å bestemme hvilke studier som skulle inkluderes (studiedesign, deltakere, tiltak, ev. Endepunkter)?

**Sp4:** Ble det sikret mot systematiske skjevheter (bias) ved seleksjon av studier (eksplisitte seleksjonskriterier brukt, vurdering gjort av flere personer uavhengig av hverandre)?

**Sp5:** Er det klart beskrevet et sett av kriterier for å vurdere intern validitet?

**Sp6:** Er validiteten til studiene vurdert (enten ved inklusjon av primærstudier eller i analysen av primærstudier) ved bruk av relevante kriterier?

**Sp7:** Er metodene som ble brukt da resultatene ble sammenfattet, klart beskrevet?

**Sp8:** Ble resultatene fra studiene sammenfattet på forsvarlig måte?

**Sp9:** Er forfatternes konklusjoner støttet av data og/eller analysen som er rapportert i oversikten?

**Vurdering:** Hvordan vil du rangere den vitenskapelige kvaliteten i denne oversikten?

## Vedlegg 5. Ekskluderte oversikter på grunn av overlappingsgrad

Denne figuren viser overlappingsgraden av primærstudier blant de systematiske oversiktene som ble ekskludert på grunn av høy overlappingsgrad, og de fem systematiske oversiktene som ble inkludert i rapporten.

### Overlapping blant de systematiske oversiktene

	Candy 2011 (26)	Candy 2012 (44)	Candy 2020 (25)	Gomes 2013 (45)	Haun 2017 (46)	Hoerger 2019 (47)	Kamioka 2014 (27)	Kavalieratos 2016 (28)	Latorraca 2019 (29)	Shepperd 2016 (48)
<b>Antall studier inkludert</b>	11	5	22	23	7	9	4	43	3	4
<b>Overlapping (n, %)<sup>1</sup></b>	5 (45%)	5 (100%)	2 (9%)	12 (52%)	5 (71%)	7 (78%)	0	20 (47%)	1 (33%)	4 (100%)
Candy 2011 (26)		5	0	2	0	0	0	3	0	0
Candy 2012 (44)	5		2	2	0	1	0	3	0	1
Candy 2020 (25)	0	2		0	0	0	0	0	0	0
Gomes 2013 (45)	2	2	0		1	2	0	7	0	3
Haun 2017 (46)	0	0	0	1		5	0	5	0	0
Hoerger 2019 (47)	0	1	0	2	5		0	8	0	0
Kamioka 2014 (27)	0	0	0	0	0	0		0	0	0
Kavalieratos 2016 (28)	3	3	0	7	5	8	0		1	1
Latorraca 2019 (29)	0	0	0	0	0	0	0	1		0
Shepperd 2016 (48)	0	1	0	3	0	0	0	1	0	

<sup>1</sup> Tallene samsvarer ikke med de i radene nedenfor da én primærstudie kan være inkludert i flere systematiske oversikter

## Vedlegg 6. Evidensprofiler: Gradering av tilliten til dokumentasjonen

### Sammenligning: Hjemmebasert lindrende behandling og omsorg versus vanlig praksis

<b>Land:</b> Italia, Storbritannia, USA <b>Populasjon:</b> Pasienter med multipel sklerose, og pårørende av kreftpasienter i livets slutfase <b>Tiltak:</b> Hjemmebasert lindrende behandling og omsorg <b>Kontroll:</b> Vanlig praksis <b>Setting:</b> Pasientenes hjem								
Kvalitetsvurderinger								
Antall studier (deltakere)	Studie design	Studiekvalitet	Konsistens	Direkthet	Presisjon	Andre faktorer	Effekt	Tillit
<b>Pasientenes livskvalitet: 3-6 måneder etter tiltak</b>								
2 RCTer (76 deltakere)	RCT	Veldig alvorlige begrensinger <sup>1</sup>	Ingen begrensing	Ingen begrensing	Veldig alvorlige begrensinger <sup>2</sup>	Ingen begrensing	-	⊕○○○ SVÆRT LAV
<b>Pårørendes livskvalitet: fra 6 uker til 8 måneder etter tiltak</b>								
6 RCTer (631 deltakere)	RCT	Veldig alvorlige begrensinger <sup>1</sup>	Ingen begrensing	Ingen begrensing	Alvorlig begrensing <sup>3</sup>	Ingen begrensing	-	⊕○○○ SVÆRT LAV
<b>Uønskede hendelser: 6 måneder etter tiltak</b>								
2 RCTer (439 deltakere)	RCT	Veldig alvorlige begrensinger <sup>1</sup>	Ingen begrensing	Ingen begrensing	Alvorlig begrensing <sup>4</sup>	Ingen begrensing	-	⊕○○○ SVÆRT LAV
<b>Sykehusinnleggelse: 6 måneder etter tiltak</b>								
1 RCT (76 deltakere)	RCT	Veldig alvorlige begrensinger <sup>1</sup>	Ingen begrensing	Ingen begrensing	Veldig alvorlige begrensinger <sup>2</sup>	Ingen begrensing	-	⊕○○○ SVÆRT LAV
<b>Funksjonsnedsettelse: 4 måneder etter tiltak</b>								

1 RCT (16 deltakere)	RCT	Veldig alvorlige begrensinger <sup>1</sup>	Ingen begrensing	Ingen begrensing	Veldig alvorlige begrensinger <sup>2</sup>	Ingen begrensing	-	⊕○○○ SVÆRT LAV
<b>Depresjon: 4 måneder etter tiltak</b>								
9 RCTer (952 deltakere)	RCT	Veldig alvorlige begrensinger <sup>1</sup>	Ingen begrensing	Ingen begrensing	Alvorlig begren- sing <sup>3</sup>	Ingen begrensing	-	⊕○○○ SVÆRT LAV
<b>Angst: 4 måneder etter tiltak</b>								
1 RCT (16 deltakere)	RCT	Veldig alvorlige begrensinger <sup>1</sup>	Ingen begrensing	Ingen begrensing	Alvorlige Begrensinger <sup>2</sup>	Ingen begrensing	-	⊕○○○ SVÆRT LAV

RCT: Randomisert kontrollert studie

<sup>1</sup> Nedgradert to nivåer for metodiske skjevheter: blinding av deltakerne og personell, manglende rapportering av frafall og utfallsdata.

<sup>2</sup> Nedgradert to nivåer for presisjon: studien hadde lite utvalg og bredt konfidensintervall.

<sup>3</sup> Nedgradert ett nivå for presisjon: bredt konfidensintervall.

<sup>4</sup> Nedgradert ett nivå for presisjon: konfidensintervall er bredt, og effektestimater var ikke rapportert.



## Sammenligning: Sykehjemsbasert lindrende behandling og omsorg versus vanlig praksis

<b>Land:</b> Canada, Kenya, Kina, Norge, Storbritannia, Sverige, USA								
<b>Populasjon:</b> Pasienter med kreft eller hjertesvikt og deres pårørende								
<b>Tiltak:</b> Sykehjemsbasert lindrende behandling og omsorg i sykehjem								
<b>Kontroll:</b> Vanlig praksis, aktive tiltak, og venteliste								
<b>Setting:</b> Sykehjem, poliklinikk								
Kvalitetsvurderinger								
Antall studier (deltakere)	Studie design	Studiekvalitet	Konsistens	Direkthet	Presisjon	Andre faktorer	Effekt	Tillit
<b>Pasientenes livskvalitet: 3 måneder etter tiltak</b>								
15 RCTer (2 115 deltakere)	RCT	Veldig alvorlige begrensinger <sup>1</sup>	Alvorlig begrensing <sup>2</sup>	Ingen begrensing	Ingen begrensing	Ingen begrensing	-	⊕○○○ SVÆRT LAV
<b>Pasientenes livskvalitet: 6 måneder etter tiltak</b>								
12 RCTer (1 915 deltakere)	RCT	Veldig alvorlige begrensinger <sup>1</sup>	Alvorlig begrensing <sup>2</sup>	Ingen begrensing	Ingen begrensing	Ingen begrensing	-	⊕○○○ SVÆRT LAV
<b>Pårørendes livskvalitet: inntil 6 måneder etter tiltak</b>								
7 RCTer (823 deltakere)	RCT	Veldig alvorlige begrensinger <sup>1</sup>	Ingen begrensing	Ingen begrensing	Alvorlig begrensing <sup>3</sup>	Ingen begrensing	-	⊕○○○ SVÆRT LAV
<b>Dødssted: valg av dødssted for pasient</b>								
6 RCTer (1 435 deltakere)	RCT	Veldig alvorlige begrensinger <sup>1</sup>	Ingen begrensing	Ingen begrensing	Alvorlig begrensing <sup>3</sup>	Ingen begrensing	-	⊕○○○ SVÆRT LAV
<b>Pasienttilfredshet: oppfølgingsperiode var ikke rapportert</b>								
11 RCTer (2 690 deltakere)	RCT	Veldig alvorlige begrensinger <sup>1</sup>	Ingen begrensing	Ingen begrensing	Alvorlig begrensing <sup>3</sup>	Ingen begrensing	-	⊕○○○ SVÆRT LAV
<b>Depresjon og angst: oppfølgingsperiode var ikke rapportert</b>								
23 RCTer (1 285 deltakere)	RCT	Veldig alvorlige begrensinger <sup>1</sup>	Ingen begrensing	Ingen begrensing	Alvorlig begrensing <sup>3</sup>	Ingen begrensing	-	⊕○○○ SVÆRT LAV

RCT: Randomisert kontrollert studie

<sup>1</sup> Nedgradert to nivåer for metodiske skjevheter: manglende rapportering av blinding, frafall, og utfallsdata. Studiene ble vurdert til å ha høy risiko til metodiske skjevheter til subjektive utfall.

<sup>2</sup> Nedgradert ett nivå for inkonsistens/samsvar: resultatene fra de primærstudiene spriker; dette indikerer høyt heterogenitet.

<sup>3</sup> Nedgradert ett nivå for presisjon: effektestimater var ikke rapportert.

### Sammenligning: Lindrende behandling og omsorg i sansehager versus vanlig praksis

<b>Land:</b> Kina og Sør-Korea								
<b>Populasjon:</b> Pasienter med ulike diagnoser som demens, alvorlige psykiske lidelser, og hjerneslag								
<b>Tiltak:</b> Lindrende behandling og omsorg i sansehager								
<b>Kontroll:</b> Vanlig praksis								
<b>Setting:</b> Sansehager								
Kvalitetsvurderinger								
Antall studier (deltakere)	Studie design	Studiekvalitet	Konsistens	Direkthet	Presisjon	Andre faktorer	Effekt	Tillit
<b>Pasientenes livskvalitet: oppfølgingsperiode var ikke rapportert</b>								
1 RCT (53 deltakere)	RCT	Alvorlig begrensing <sup>1</sup>	Ingen begrensing	Alvorlig begrensing <sup>2</sup>	Alvorlig begrensing <sup>3</sup>	Ingen begrensing	-	⊕○○○ SVÆRT LAV
<b>Depresjon og angst: oppfølgingsperiode var ikke rapportert</b>								
1 RCT (24 deltakere)	RCT	Alvorlig begrensing <sup>1</sup>	Ingen begrensing	Alvorlig begrensing <sup>2</sup>	Alvorlig begrensing <sup>3</sup>	Ingen begrensing	-	⊕○○○ SVÆRT LAV

**RCT:** Randomisert kontrollert studie

<sup>1</sup> Nedgradert ett nivå for metodiske skjevheter: manglende rapportering av blinding av helsepersonell.

<sup>2</sup> Nedgradert ett nivå for direkthet: tiltak er i liten grad overførbare til norsk forhold.

<sup>3</sup> Nedgradert ett nivå for presisjon: studien hadde lite utvalg.

## Sammenligning: Alternative tiltak som en del av lindrende behandling og omsorg versus vanlig praksis

<b>Land:</b> Kina og Sør-Korea								
<b>Populasjon:</b> Pasienter med ulike diagnoser som demens, alvorlige psykiske lidelser, og hjerneslag								
<b>Tiltak:</b> Lindrende behandling og omsorg i sansehager								
<b>Kontroll:</b> Vanlig praksis								
<b>Setting:</b> Sansehager								
Kvalitetsvurderinger								
Antall studier (deltakere)	Studie design	Studiekvalitet	Konsistens	Direkthet	Presisjon	Andre faktorer	Effekt	Tillit
<b>Pasientenes livskvalitet: oppfølgingsperiode var ikke rapportert</b>								
9 RCTer (1 285 deltakere)	RCT	Veldig alvorlige begrensinger <sup>1</sup>	Ingen begrensing	Alvorlig begrensing <sup>2</sup>	Ingen begrensing	Ingen begrensing	-	⊕○○○ SVÆRT LAV
<b>Uønskede hendelser: oppfølgingsperiode var ikke rapportert</b>								
2 RCTer (72 deltakere)	RCT	Veldig alvorlige begrensinger <sup>1</sup>	Ingen begrensing	Alvorlig begrensing <sup>2</sup>	Alvorlig begrensing <sup>3</sup>	Ingen begrensing	-	⊕○○○ SVÆRT LAV
<b>Pasienttilfredshet: oppfølgingsperiode var ikke rapportert</b>								
1 RCT (46 deltakere)	RCT	Veldig alvorlige begrensinger <sup>1</sup>	Ingen begrensing	Alvorlig begrensing <sup>2</sup>	Alvorlig begrensing <sup>3</sup>	Ingen begrensing	-	⊕○○○ SVÆRT LAV
<b>Angst: 3 uker etter tiltak</b>								
12 RCTer (293 deltakere)	RCT	Veldig alvorlige begrensinger <sup>1</sup>	Ingen begrensing	Alvorlig begrensing <sup>2</sup>	Ingen begrensing	Ingen begrensing	-	⊕○○○ SVÆRT LAV

RCT: Randomisert kontrollert studie

<sup>1</sup> Nedgradert to nivåer for metodiske skjevheter: manglende rapportering av randomiseringsprosedyrer, blinding av helsepersonell.

<sup>2</sup> Nedgradert ett nivå for direkthet: tiltak er i liten grad overførbare til norsk forhold.

<sup>3</sup> Nedgradert ett nivå for presisjon: studien hadde lite utvalg.

Utgitt av Folkehelseinstituttet  
August 2021

Postboks 4404 Nydalen  
NO-0403 Oslo

Telefon: 21 07 70 00

Rapporten kan lastes ned gratis fra  
Folkehelseinstituttets nettsider  
[www.fhi.no](http://www.fhi.no)