

Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede

Vetenskapligt underlag
Rekommendationer för god palliativ vård
i livets slutskede

Bilaga

Du får gärna citera Socialstyrelsens texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Socialstyrelsen har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Förord

Socialstyrelsen har i detta dokument samlat det vetenskapliga underlaget för rekommendationer om specifika åtgärder som ingår i *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede*. Underlaget hör samman med kapitlet *Rekommendationer om specifika åtgärder*. Det fullständiga kunskapsstödet finns på www.socialstyrelsen.se.

Vi vill tacka alla som med stort engagemang och expertkunnande har medverkat i arbetet med att ta fram det vetenskapliga underlaget för dessa rekommendationer.

Lars-Erik Holm
Generaldirektör

Innehåll

<i>Läsanvisning</i>	6
<i>Vetenskapligt underlag</i>	7
<i>Referenser</i>	61

Läsanvisning

Figur 1. Exempel på redovisning av det vetenskapliga underlaget för en tillstånds- och åtgärds-kombination

Rad: D3
Tillstånd: Bröst- och prostatacancer, sexuell dysfunktion (köns-specifikt)
Åtgärd: Stöd, samtal eller olika former av rådgivning

Tillstånd och åtgärd

Radnummer:
Använd detta nummer för att hitta rätt när du växlar mellan *Stöd för styrning och ledning*, det vetenskapliga underlaget och tillstånds- och åtgärdslistan.

Rekommendation

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Icke-göra	FoU
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------	-----

Rangordning: Skala från 1 till 10 där 1 är lika med högst prioritet och 10 är lägst.

Motivering till rekommendation
Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en måttlig svårighetsgrad och att åtgärden ger måttlig effekt.

Hur allvarligt är tillståndet?
Tillståndet har en måttlig sammanvägd svårighetsgrad eftersom det innebär en stor påverkan på livskvalitet och ingen påverkan på livslängd.

Vilken effekt har åtgärden?
Slutsats:
Hos personer behandlade för bröst- eller prostatacancer och med risk för sexuell dysfunktion har stöd, samtal eller rådgivning en måttlig effekt på sexuell funktion (måttlig evidensstyrka).

Evidensstyrka: Exempelvis måttlig evidensstyrka.

Slutsatser om åtgärdens effekter.

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?
Inga kända biverkningar eller negativa effekter finns beskrivna.

Vilka studier ingår i granskningen?
I granskningen ingår 1 systematisk översikt [1] där 3 randomiserade kontrollerade studier var relevanta för tillstånds- och åtgärds-paret [2-4]. Ytterligare 1 randomiserad kontrollerad studie ingår [5]. Underlaget omfattar totalt 854 patienter. 3 av de 4 studierna avser bröstcancerpatienter [2-4] och 1 studie studerar utfallet av råd och stödsamtal på sexuell funktion hos personer med prostatacancer [5]. Interventionerna för kvinnor med bröstcancer bestod av en ettårig rådgivning av psykolog, psykosocial gruppintervention i 6 månader samt av psykoterapi vid 6 tillfällen. För patienterna med prostatacancer bestod interventionen av utbildning och stöd med interaktivt datorprogram under 6 månader.

Vetenskapligt underlag

Rad 1

Tillstånd: Patient i livets slutskede

Åtgärd: Fortbildning i palliativ vård av personal inom vård och omsorg som möter patienter i livets slutskede

Rekommendation

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Icke-göra	FoU
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------	-----

Motivering till rekommendation

Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor svårighetsgrad och att åtgärden har en stor effekt.

Kommentar: Åtgärden är en förutsättning för att personal inom vård och omsorg ska kunna ge en god palliativ vård.

Hur allvarligt är tillståndet?

Kraftigt förhöjd risk för sänkt livskvalitet.

Vilken effekt har åtgärden?

Slutsatser:

För patienter i livets slutskede ger fortbildning i palliativ vård av personal inom vård och omsorg jämfört med kontrollgrupper

- en stor minskning av patienters obehag (begränsat vetenskapligt underlag)
- fler inläggningar på hospice samt färre sjukhusinläggningar och färre dagar på sjukhus (begränsat vetenskapligt underlag)
- ingen skillnad i var patienter dör (begränsat vetenskapligt underlag).

En intervention där personal på ett äldreboende fått utbildning i palliativ vård resulterade i en stor minskning av obehag hos boenden jämfört med de som fick sedvanlig vård (effektstorlek enligt Cohens d 0,97) [1]. En annan intervention som bestod av information och stöd till läkare för patienter med palliativa vårdbehov bidrog till fler inläggningar på hospice, färre sjukhusinläggningar och färre dagar på sjukhus jämfört med en kontrollgrupp där läkaren inte fick stöd [2].

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Inga kända biverkningar eller negativa effekter finns beskrivna.

Vilka studier ingår i granskningen?

I granskningen ingår en systematisk översikt från Cochrane med tre studier om totalt 735 deltagare [3]. Två av dessa är randomiserade kontrollerade studier och ingår i

granskningen (277 deltagare) [1, 2], varav en inkluderade personer med en demenssjukdom i sent skede [1]. Den tredje studien är en före- och eftermätning utan kontrollgrupp och uteslöts från den aktuella sammanställningen, eftersom inga viktiga och patientnära effektmått redovisades [4]. Interventionerna riktade sig till äldre personer vid särskilda boenden och bestod av olika former för fortbildning och stöd till läkare och personalen.

I den ena studien syftade interventionen till att stödja läkare att identifiera boende med palliativa vårdbehov [2]. De boende med sådana behov beviljades sedan plats på hospice där utbildad personal vårdade patienten. I kontrollgrupperna fick boende med palliativa vårdbehov och deras närstående information om hospicevård. Läkaren fick dock inget stöd eller information. Uppföljning av de boende genomfördes upp till 6 månader.

I den andra studien fick deltagarna i interventionsgruppen plats på särskilda palliativa vårdavdelningar [1]. All personal fick utbildning i palliativ vård och man skapade tvärvetenskapliga team för att utveckla individuellt anpassade vårdplaner. Kontrollgruppen fick sedvanlig vård som beskrevs som den vård som vanligtvis gavs på vård-enheten. Uppföljning genomfördes 2 månader efter interventionen.

Saknas någon information i studierna?

Ingen av studierna har intervjuat de äldre, utan effekterna har bedömts av närstående eller personal.

Hälsoekonomisk bedömning

Socialstyrelsen har inte bedömt den hälsoekonomiska effekten för detta tillstånds- och åtgärdspar.

Rad 2

Tillstånd: Patient i livets slutskede

Åtgärd:Handledning i palliativ vård till personal som möter patienter i livets slutskede

Rekommendation

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Icke-göra	FoU
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------	-----

Motivering till rekommendation

Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor svårighetsgrad och att handledning ökar möjligheten för optimal vård till patienter i livets slutskede.

Kommentar: Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma åtgärdens effekt, men det råder konsensus om att åtgärden ökar möjligheten för optimal vård i livets slutskede.

Hur allvarligt är tillståndet?

Kraftigt förhöjd risk för sänkt livskvalitet.

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Inga kända biverkningar eller negativa effekter finns beskrivna.

Vilken effekt har åtgärden?

Konsensuspåstående:

- Handledning i palliativ vård av personal inom vård och omsorg ökar möjligheten för optimal vård till patienter i livets slutskede (konsensus uppnåddes, 43 av 44 personer som svarade instämde i påståendet).

En kvasiexperimentell studie från USA med 17 sjuksköterskor undersökte en intervention bestående av ett handledningsprogram på ett hospice [5]. Handledningen fokuserade på hur man kan hantera stressiga situationer i vården av svårt sjuka patienter. En minskad stress och ökad arbetstillfredsställelse hos sjuksköterskor rapporterades efter interventionen.

I en fallstudie fick 5 sjuksköterskor handledning en gång i veckan under 12 veckor [6]. Sjuksköterskorna beskrev en ökad arbetstillfredsställelse och en bättre förståelse för betydelsen av att hantera känslor som uppstår vid vård av döende.

I en kvalitativ studie upplevde personalen att handledning kunde förhindra stress och hjälpa dem att fokusera på patientens resurser istället för deras problem [7]. Detta hade i sin tur betydelse för hur patienterna upplevde vården.

Vilka studier ingår i granskningen?

Litteratursökningen har inte identifierat några studier av tillräcklig kvalitet som utvärderar effekten av handledning på välbefinnande och livskvalitet hos patienter i livets slutskede.

Ett fåtal studier beskriver sjuksköterskors upplevelser av stress och arbetstillfredsställelse efter handledning [5-7].

Kommentar [FG1]: Lägg till referenser

Saknas någon information i studierna?

Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma effekten av handledning på välbefinnande och livskvalitet hos patienter i livets slutskede.

Hälsoekonomisk bedömning

Socialstyrelsen har inte bedömt den hälsoekonomiska effekten för detta tillstånd- och åtgärdspar.

Rad 3

Tillstånd: Patient i livets slutskede

Åtgärd: Samtal med patienten om vårdens inriktning och mål i livets slutskede (brytpunktssamtal)

Rekommendation

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Icke-göra	FoU
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------	-----

Motivering till rekommendation

Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor svårighetsgrad och att åtgärden kan förebygga oro och missförstånd samt förbättra patientens livskvalitet.

Kommentar: Viktig åtgärd för att göra patienten delaktig. Effekt av åtgärd baseras på en syntetisering av kvalitativa forskningsresultat.

Hur allvarligt är tillståndet?

Kraftigt förhöjd risk för sänkt livskvalitet.

Vilken effekt har åtgärden?

Slutsatser:

- Samtal om vårdens inriktning och mål i livets slutskede kan förebygga oro och missförstånd, öka döende patienters känsla av trygghet och förbättra deras livskvalitet (vetenskapligt stöd finns).
- Samtal om vårdens inriktning och mål i livets slutskede kan reducera ångest och oro om den ges kontinuerligt under tiden som patientens vårdas i livets slutskede (vetenskapligt stöd finns).

I studierna beskriver patienterna dels vilka förutsättningar för samtalet som är viktiga, dels hur de upplever att samtalen kan genomföras för att de ska leda till effekter som minskad oro och ångest samt ökad livskvalitet.

Viktiga förutsättningar för en fungerande kommunikation:

Patienterna beskriver betydelsen av att vårdpersonalen tar hänsyn till deras fysiska och psykiska hälsa, deras medicinska tillstånd, och till språkliga och kulturella omständigheter för att kommunikationen ska fungera väl. Patienternas grad av välbefinnande har betydelse för hur informationen tas emot och bearbetas. Upplever patienten att hälsan är sämre blir de osäkra om de kan engagera sig i diskussionen, men upplever de kontroll över sitt liv klarar de bättre en diskussion. Patienterna upplever dessutom att det är viktigt att vården är samordnad och planerad för att kommunikationen ska fungera väl.

Hur samtalen kan genomföras:

Patienterna önskar vara delaktiga i planeringen av samtalet och få möjligheter att bestämma vilka som ska närvara. De uttrycker också vikten av att personalen tar reda på

deras mål och förväntningar, så att informationen kan anpassas därefter. Informationen behöver också ges vid upprepade tillfällen, enligt patienterna.

Vårdpersonalens förhållningssätt i samtalet är av stor betydelse för patienterna. De vill veta syftet med samtalet och att vårdpersonalen initierar samtal om svåra frågor, eftersom det kan vara svårt för dem själva att ta upp sådana frågor. För patienterna är det också viktigt att informationen ges balanserat och att den förmedlar både hopp och realism. Dålig prognos bör framföras tydligt med stor känslighet och empati. Patienterna önskar att personalen under samtalet inte visar stress, utan sitter ner och ger konkret information på ett varierat sätt genom att till exempel visa bilder och diagram eller hänvisa till säkra hemsidor.

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Inga kända biverkningar eller negativa effekter finns beskrivna.

Vilka studier ingår i granskningen?

I granskningen ingår 2 systematiska översikter med totalt 39 kvalitativa studier [8, 9] samt 5 enskilda studier med kvalitativ metodansats [10-14]. Tre av de enskilda studierna har använt *grounded theory*, en innehållsanalys, och en fenomenografisk metod. Data har samlats in med semistrukturerade intervjuer eller fokusgrupper.

Patienterna var diagnostiserade med cancer, hjärtsvikt, aids eller kol. Studierna beskriver antingen kommunikation mellan läkare och patient eller mellan vårdpersonal och patient.

Saknas någon information i studierna?

Det saknas kvantitativa studier som utvärderar effekter av samtal på livskvalitet och symtomlindring hos patienter i livets slutskede. Det vetenskapliga underlaget baseras på en granskning och syntetisering av kvalitativa studier. Mer information om hur syntetisering av kvalitativa forskningsresultat har gjorts finns i bilagan *Metodbeskrivning*.

Hälsoekonomisk bedömning

Socialstyrelsen har inte bedömt den hälsoekonomiska effekten för detta tillstånd- och åtgärdspar.

Rad 4

Tillstånd: Patient i livets slutskede

Åtgärd: Samtal om livsfrågor

Rekommendation

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Icke-göra	FoU
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------	-----

Motivering till rekommendation

Avgörande för rekommendationen är att samtal om livsfrågor har en positiv effekt på livskvalitet hos patienter i livets slutskede.

Kommentar: Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma åtgärdens effekt, men det råder konsensus om att åtgärden har en positiv effekt. Det är viktigt att åtgärden erbjuds utifrån patientens önskemål.

Hur allvarligt är tillståndet?

Kraftigt förhöjd risk för sänkt livskvalitet.

Vilken effekt har åtgärden?

Konsensuspåstående:

- Samtal om livsfrågor har en positiv effekt på livskvalitet och välbefinnande hos patienter i livets slutskede (konsensus uppnåddes, 41 av 43 personer som svarade instämde i påståendet).

Sex kvalitativa studier med svårt sjuka patienter (aids, cancer, neuroonkologisk sjukdom) har delvis belyst samtal om livsfrågor, men frågan ingår inte som ett primärt syfte i studierna [15-19]. Slutsatser från studierna betonar vikten av att patienten har någon att tala med i livets slutskede. Många patienter i studierna efterlyste existentiellt samtalsstöd, medan sjuksköterskor efterfrågade mer utbildning.

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Inga kända biverkningar eller negativa effekter finns beskrivna.

Vilka studier ingår i granskningen?

Litteratursökningen har inte identifierat några studier av tillräcklig kvalitet som utvärderar effekten av samtal om livsfrågor på välbefinnande och livskvalitet hos patienter i livet slutskede.

Saknas någon information i studierna?

Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma effekten av samtal om livsfrågor på välbefinnande och livskvalitet hos patienter i livets slutskede.

Hälsoekonomisk bedömning

Socialstyrelsen har inte bedömt den hälsoekonomiska effekten för detta tillstånds- och åtgärdspar.

Rad 5

Tillstånd: Patient i livets slutskede

Åtgärd: *Dignity therapy* (en metod för livsberättelser)

Rekommendation

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Icke-göra	FoU
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------	-----

Motivering till rekommendation

Avgörande för rekommendationen är att åtgärden som tillägg till en specialiserad palliativ vård sannolikt inte har någon effekt.

Hur allvarligt är tillståndet?

Kraftigt förhöjd risk för sänkt livskvalitet.

Vilken effekt har åtgärden?

Slutsatser:

För patienter i livets slutskede ger *dignity therapy* jämfört med klientcentrerad vård eller sedvanlig palliativ vård

- ingen minskad förekomst av ångest, oro och depression (måttligt starkt vetenskapligt underlag)
- ingen förbättring av livskvalitet (måttligt starkt vetenskapligt underlag)
- ingen effekt på symtomlindring (måttligt starkt vetenskapligt underlag).

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Inga kända biverkningar eller negativa effekter finns beskrivna.

Vilka studier ingår i granskningen?

I granskningen ingår en randomiserad kontrollerad multicenterstudie som utvärderar effekten av *dignity therapy* [20]. Studien omfattade 326 patienter, varav 95 procent hade en cancersjukdom. Samtliga hade en kortare beräknad livslängd än 6 månader och vårdades inom öppna eller slutna palliativa vårdenheter i Australien, Kanada och USA.

Dignity therapy bestod av flera möten mellan patienten och en terapeut som utbildats i metoden. Inför intervjun fick patienten några frågor att fundera över som bland annat handlade om livserfarenheter, minnen och tankar om nära och kära. Efter några dagar fick patienten samtala om utvalda frågor med terapeuten. Samtalet spelades in och skrevs ut, och patienten fick en kopia på utskriften. Patienten och terapeuten läste sedan igenom manuskriptet tillsammans och ändringar eller tillägg gjordes. Kontrollgrupperna fick klientcentrerad vård som leddes av en terapeut (*research nurse therapist*) eller fortsatt sedvanlig palliativ vård med stöd från ett palliativt team. Uppföljning gjordes efter 7–10 dagar.

Saknas någon information i studierna?

I granskningen ingår endast en specifik metod för livsberättelser, nämligen *dignity therapy*. Det saknas randomiserade kontrollerade studier som utvärderar effekter av andra former för livsberättelser.

Hälsoekonomisk bedömning

Socialstyrelsen har inte bedömt den hälsoekonomiska effekten för detta tillstånds- och åtgärdspar.

Rad 6

Tillstånd: Patient i livets slutskede

Åtgärd: Bildterapi utförd av bildterapeut

Rekommendation

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Icke-göra	FoU
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------	-----

Motivering till rekommendation

Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor svårighetsgrad och att åtgärden har liten till måttlig effekt på symtomlindring och livskvalitet.

Kommentar: Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma åtgärdens effekt för patienter i livets slutskede. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån studier med patienter som har en cancersjukdom.

Hur allvarligt är tillståndet?

Kraftigt förhöjd risk för sänkt livskvalitet.

Vilken effekt har åtgärden?

Slutsatser:

För patienter i livets slutskede har bildterapi jämfört med sedvanlig vård

- en positiv effekt på fysiska och psykiska symtom (begränsat vetenskapligt underlag)
- en liten effekt på livskvalitet (begränsat vetenskapligt underlag)
- en liten effekt på copingförmåga (begränsat vetenskapligt underlag).

Resultat från 2 randomiserade kontrollerade studier (RCT) visade signifikant färre stressrelaterade symtom som ångest, depression samt färre somatiska och generella symtom i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen [21, 22]. I en observationsstudie påvisades signifikanta förbättringar för 8 av 9 symtom enligt en palliativ symtomskala samt för 16 av 20 punkter i en skala som mätte psykiskt tillstånd och ångestnivå efter interventionen [23].

Bildterapi bidrog vidare till en signifikant ökning av total livskvalitet, hälsorelaterad livskvalitet och levnadsförhållanden [24]. Åtgärden resulterade även i en ökad vitalitet, bättre sömn och social funktion samt ökad aptit och välbefinnande [21]. Bildterapiens effekter på fysiska aspekter av livskvalitet var mer osäkra. En studie visade signifikanta skillnader till interventionsgruppens fördel [21], medan en annan studie inte kunde visa på signifikanta skillnader mellan interventions- och kontrollgrupperna [24].

Bildterapi visade sig också ge en ökad total copingförmåga efter 2 månader och en ökad social copingförmåga efter 6 månader [25].

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Inga kända biverkningar eller negativa effekter finns beskrivna.

Vilka studier ingår i granskningen?

I granskningen ingår 3 studier med 5 publikationer [21-25], varav 2 är RCT [21, 22, 24, 25] och en är en observationsstudie med före- och eftermätning [23]. Studierna

omfattar totalt 202 patienter i olika skeden efter en cancerdiagnos. Bildterapi i samtliga studier leddes av utbildad bildterapeut. Uppföljning varierade från några veckor till 6 månader.

Den ena randomiserade kontrollerade studien utvärderade en kombination av mindfulness, meditation och bildterapi i grupp som gavs 2,5 timmar per vecka i 8 veckor [21]. Kontrollgruppen fick sedvanlig vård, men erbjöds att delta i gruppbaserad bildterapi efter att uppföljningen var klar. Den andra randomiserade kontrollerade studien utvärderade bildterapi som gavs individuellt 1 timme per vecka under en 5-veckors strålbehandling [22, 24, 25]. Kontrollgruppen fick sedvanlig behandling. I observationsstudien följdes 50 vuxna patienter som vårdades på en onkologisk klinik [23]. Bildterapi bestod av en timmes individuell session.

Saknas någon information i studierna?

Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma effekten av bildterapi för patienter i livets slutskede. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån studier med patienter som har en cancersjukdom. Studiernas resultat och slutsatser bedöms dock vara överförbara till patienter i livets slutskede.

I studierna deltog flest kvinnor och enbart kvinnor inbjöds i två av studierna.

Hälsoekonomisk bedömning

Socialstyrelsen har inte bedömt den hälsoekonomiska effekten för detta tillstånd- och åtgärdspar.

Rad 7

Tillstånd: Patient i livets slutskede

Åtgärd: Musikterapi utförd av musikerterapeut

Rekommendation

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Icke-göra	FoU
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------	-----

Motivering till rekommendation

Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor svårighetsgrad och att åtgärden har måttlig effekt på livskvalitet och välbefinnande.

Hur allvarligt är tillståndet?

Kraftigt förhöjd risk för sänkt livskvalitet.

Vilken effekt har åtgärden?

Slutsats:

För patienter i livets slutskede har musikterapi jämfört med sedvanlig palliativ vård med eller utan annan åtgärd

- ingen säkerställd effekt på lindring av smärta, oro eller nedstämdhet (begränsat vetenskapligt underlag)
- en måttlig förbättring av livskvalitet (begränsat vetenskapligt underlag)
- en positiv effekt på psykofysiologiskt, funktionellt, socialt och andligt välbefinnande (begränsat vetenskapligt underlag).

Metaanalyser med 45 deltagare visade att musikterapi inte hade några statistiskt säkerställda effekter på smärta (*Standardised Mean Difference* (SMD) -0,33; konfidensintervall (KI) -0,92–0,26), oro (SMD -0,31; KI -0,90–0,28) eller nedstämdhet (SMD -0,51; KI -1,11–0,10). En metaanalys med 125 deltagare visade en måttlig förbättring av livskvalitet för interventionsgrupperna jämfört med kontrollgrupperna (SMD 0,69; KI 0,11–1,27). Slutligen visade metaanalyser med 100 deltagare positiva effekter för musikterapi avseende psykofysiologiskt välbefinnande (*Weighted Mean Difference* (WMD) 17,41; KI 9,10–25,55), funktionellt välbefinnande (WMD 13,40; KI 7,25–19,54) samt socialt och andligt välbefinnande (WMD 6,2; KI 1,67–10,37).

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Ingen av studierna i översikten undersökte biverkningar eller oönskade effekter.

Vilka studier ingår i granskningen

I granskningen ingår en systematisk översikt från Cochrane som inkluderar 5 studier med sammanlagt 175 patienter [26]. Två studier använde en randomiserad kontrollerad design, två använde en kvasiexperimentell metod och en studie var utformad som en överkorsningsprövning (*crossover trial*). Patienterna vårdades på hospice eller i palliativ hemsjukvård och hade cancer, hjärtsvikt, njursvikt, aids eller ALS.

Musikterapin genomfördes av utbildade musikerterapeuter och gavs som tillägg till sedvanlig palliativ vård. Innehållet i terapierna varierade och innefattade bland annat sång individuellt eller tillsammans med anhöriga och vänner, minnesframkallande musik, lyssnande till levande musik, sångtextanalys, instrumentspelande, musik för kommande begravning, musik för avslappning samt musik under bön. Musikterapin

gavs vid 1–2 tillfällen, med undantag för en studie där den gavs vid 2–13 träffar. Terapins längd varierade från 20–40 minuter.

Kontrollgrupperna erhöll sedvanlig palliativ vård (100 deltagare) eller sedvanlig palliativ vård i kombination med andra åtgärder såsom samtal (35 deltagare) eller lyssnande på inspelad musik (40 deltagare).

Saknas någon information i studierna?

Ingen relevant information saknas i studierna.

Hälsoekonomisk bedömning

Socialstyrelsen har inte bedömt den hälsoekonomiska effekten för detta tillstånds- och åtgärdspar.

Rad 8

Tillstånd: Patient i livets slutskede som har ångest

Åtgärd: Mjuk hudmassage eller aromterapi

Rekommendation

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Icke-göra	FoU
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------	-----

Motivering till rekommendation

Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad, men att åtgärden som tillägg till specialiserad palliativ vård sannolikt inte har någon effekt på ångest hos patienter i livets slutskede.

Hur allvarligt är tillståndet?

Mycket kraftigt förhöjd risk för sänkt livskvalitet.

Vilken effekt har åtgärden?

Slutsats:

- Vid ångest hos patienter i livets slutskede ger behandling med aromterapi eller mjuk hudmassage som tillägg till specialiserad palliativ vård ingen effekt på ångest (begränsat vetenskapligt underlag).

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Inga kända biverkningar eller negativa effekter finns beskrivna.

Vilka studier ingår i granskningen?

I granskningen ingår 2 randomiserade kontrollerade studier med sammanlagt 88 patienter med cancer [27, 28]. Mjuk hudmassage och aromterapi gavs som tillägg till en specialiserad palliativ vård. Interventionsgrupperna fick antingen rygg-, nack- och handmassage med eteriska oljor [27] eller ryggmassage med vanlig olja [28]. Behandlingarna pågick i 30 minuter och gavs 1 gång per vecka i 4 veckor.

Kontrollgrupperna i båda studierna fortsatte med specialiserad palliativ vård där läkemedelsbehandling mot ångest ingick. Uppföljning genomfördes efter varje behandling och vid interventionens slut efter 4 veckor. Patientens upplevelse av ångest utvärderades med *Hospital anxiety and depression scale* eller med *The Profile of Mood state*.

Saknas någon information i studierna?

Ingen relevant information saknas i studierna.

Hälsoekonomisk bedömning

Socialstyrelsen har inte bedömt den hälsoekonomiska effekten för detta tillstånd- och åtgärdspar.

Rad 9

Tillstånd: Patient i livets slutskede som har depression

Åtgärd: Farmakologisk behandling med antidepressiva läkemedel

Rekommendation

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Icke-göra	FoU
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------	-----

Motivering till rekommendation

Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har måttlig till stor effekt.

Kommentar: Rangordningen är förhållandevis låg eftersom åtgärden ger god effekt först efter 4–5 veckor.

Hur allvarligt är tillståndet?

Mycket kraftigt förhöjd risk för sänkt livskvalitet.

Vilken effekt har åtgärden?

Slutsatser:

Vid depression hos patienter i livets slutskede ökar antidepressiv behandling jämfört med placebo sannolikheten för en minskning av depressiva symtom med en *odds ratio* (OR) på

- 1,98 (konfidensintervall (KI) 1,15–3,42) efter 4–5 veckor (begränsat vetenskapligt underlag)
- 2,25 (KI 1,38–3,67) efter 6–8 veckor (begränsat vetenskapligt underlag)
- 2,71 (KI 1,50–4,91) efter 9–18 veckor (måttligt starkt vetenskapligt underlag).

Subgruppsanalyser av tricykliska antidepressiva (TCA) och selektiva serotoninåterupptagshämmare (SSRI) jämfört med placebo indikerar en större effekt till fördel för TCA och att denna effekt visar sig snabbare för TCA än för SSRI vid uppföljning efter 4–5 veckor (OR för TCA 4,79; KI 1,86–12,37, OR för SSRI 1,62; KI 0,59–4,47), vid uppföljning efter 6–8 veckor (OR för TCA 3,48; KI 1,32–9,18, OR för SSRI 1,61; KI 0,84–3,09) och vid uppföljning efter 9–18 veckor (OR för TCA 6,00; KI 1,25–28,84, OR för SSRI 2,33; KI 1,20–4,52). Eftersom subgruppsanalyserna inte gjorts som en direkt jämförelse mellan TCA och SSRI-preparat ska dessa resultat tolkas med försiktighet.

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Vid depression hos patienter i livets slutskede ger antidepressiv behandling jämfört med placebo

- en ökad risk för biverkningar i form av muntorrhet under uppföljningstiden (OR 2,05; KI 1,29–3,26) (måttligt starkt vetenskapligt underlag)
- ingen ökad risk för förstoppning, illamående, yrsel, huvudvärk, sömnsvårigheter, sexuell dysfunktion, lågt blodtryck, nedsatt vakenhet eller förändrad aptit (begränsat vetenskapligt underlag).

Subgruppsanalyser av TCA och SSRI jämfört med placebo indikerar en större risk för muntorrhet för TCA än för SSRI (OR för TCA 5,33; KI 2,23–12,73, OR för SSRI 2,08; KI 1,15–3,58) samt en ökad risk för illamående vid användning av SSRI (OR 2,61; KI 1,00–6,87). Eftersom subgruppsanalyserna inte gjorts som en direkt jämförelse mellan TCA och SSRI ska dessa resultat tolkas med försiktighet.

Vilka studier ingår i granskningen?

I granskningen ingår en systematisk översikt från 2011 som inkluderar 25 randomiserade kontrollerade studier (RCT) omfattande 1 167 patienter med depression i palliativt skede [29]. Resultat ges för tre uppföljningsperioder, d.v.s. 4–5 veckor, 6–8 veckor och 9–18 veckor efter randomisering.

Studierna jämför effekten av antidepressiva läkemedel med placebo. Analyserna görs totalt för alla de antidepressiva medlen, men också separat för TCA och SSRI. Det primära utfallsmåttet är andelen patienter med minskning av depressiva symtom (≥ 50 procent) och sekundära utfall är om behandlingen är acceptabel för patienten (antal som avslutar behandlingen på eget initiativ), tolererbar (antal biverkningar), livskvalitet och funktionell status.

Saknas någon information i studierna?

Det saknas vetenskapligt underlag för att livskvalitet eller funktionsförmåga påverkas positivt av antidepressiv behandling p.g.a. små underlag och risk för att resultat som var till fördel för behandlingen rapporterats selektivt (rapporteringsbias). Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bestämma effektiviteten av specifika läkemedel.

Hälsoekonomisk bedömning

Socialstyrelsen har inte bedömt den hälsoekonomiska effekten för detta tillstånd- och åtgärdspar.

Rad 10

Tillstånd: Patient i livets slutskede som har förvirringstillstånd där orsaksinriktad behandling inte gagnar patienten

Åtgärd: Farmakologisk behandling med haloperidol

Rekommendation

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Icke-göra	FoU
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------	-----

Motivering till rekommendation

Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har stor effekt.

Hur allvarligt är tillståndet?

Mycket kraftigt förhöjd risk för sänkt livskvalitet.

Vilken effekt har åtgärden?

Slutsatser:

Vid förvirringstillstånd hos patienter i livets slutskede

- reducerar haloperidol signifikant förvirringsgraden ett dygn efter behandling (begränsat vetenskapligt underlag)
- förbättrar haloperidol signifikant kognitiv status ett dygn efter behandling (begränsat vetenskapligt underlag)
- reducerar haloperidol förvirring mer effektivt 1 dygn efter behandling jämfört med lorazepam ($d^{(H)}-d^{(L)}=1,37$) (begränsat vetenskapligt underlag)
- förbättrar haloperidol kognitiva funktioner 1 dygn efter behandling jämfört med lorazepam ($d^{(H)}-d^{(L)}=0,79$) (begränsat vetenskapligt underlag).

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Inga kända biverkningar eller negativa effekter finns beskrivna.

Vilka studier ingår i granskningen?

I granskningen ingår en systematisk översikt (Cochrane) från 2004 [30] där en enda randomiserad kontrollerad studie ingår [31]. Denna är en dubbelblind behandlingsstudie av 30 sjukhusvårdade patienter med aids i livets slutskede som har förvirringstillstånd, som vid inkludering randomiserades till behandling med ett av tre läkemedel mot förvirring (klorpromazin, haloperidol och lorazepam).

Dosjustering av läkemedel i respektive arm skedde utifrån ett förutbestämt protokoll beroende på patientens behandlingseffekter. Patienten följdes under 6 dygn, och effektmått finns från inkludering, efter 24 timmar och vid studiens slut.

I studien redovisas förvirring (mätt med instrumentet *Delirium Rating Scale, DRS*), kognitiv funktion (mätt med utvärderingsinstrumentet *Mini-Mental State Examination, MMSE*) och biverkningar av läkemedelsbehandling (mätt med instrumentet *Extrapyramidal Symptom Rating Scale, ESR*). Dessa instrument är validerade för den generella populationen, men inte för patienter i palliativt skede [30].

Saknas någon information i studierna?

Det saknas information om åtgärdens effekter på förvirringstillstånd hos patienter med andra sjukdomar än aids.

Hälsoekonomisk bedömning

Socialstyrelsen har inte bedömt den hälsoekonomiska effekten för detta tillstånds- och åtgärdspar.

Rad 11

Tillstånd: Patient i livets slutskede som har förvirringstillstånd där orsaksinriktad behandling inte gagnar patienten

Åtgärd: Farmakologisk behandling med lorazepam

Rekommendation

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Icke-göra	FoU
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------	-----

Motivering till rekommendation

Avgörande för rekommendationen är att åtgärden inte har någon effekt på förvirringstillståndet och att den kan ge allvarliga biverkningar.

Kommentarer: Det finns ett annat läkemedel som har god effekt (farmakologisk behandling med haloperidol vid förvirringstillstånd där orsaksinriktad behandling inte gagnar patienten, rad 10).

Hur allvarligt är tillståndet?

Mycket kraftigt förhöjd risk för sänkt livskvalitet.

Vilken effekt har åtgärden?

Slutsatser:

Vid förvirringstillstånd hos patienter i livets slutskede

- har lorazepam ingen effekt på förvirringsgraden 1 dygn efter behandling (begränsat vetenskapligt underlag)
- försämrar lorazepam den kognitiva statusen 1 dygn efter behandlingen (begränsat vetenskapligt underlag)
- reducerar haloperidol förvirring mer effektivt 1 dygn efter behandling jämfört med lorazepam ($d^{(H)}-d^{(L)}=1.37$) (begränsat vetenskapligt underlag)
- förbättrar haloperidol kognitiva funktioner 1 dygn efter behandling jämfört med lorazepam ($d^{(H)}-d^{(L)}=0.79$) (begränsat vetenskapligt underlag).

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Behandlingen med lorazepam avbröts i förtid på grund av behandlingsbegränsande biverkningar såsom översedering, ataxi och ökad konfusion.

Vilka studier ingår i granskningen?

I granskningen ingår en systematisk översikt (Cochrane) från 2004 [30] där en enda randomiserad kontrollerad studie ingår [31]. Denna är en dubbelblind behandlingsstudie av 30 sjukhusvårdade patienter med AIDS i livets slutskede som har förvirringstillstånd, som vid inkludering randomiserades till behandling med ett av tre läkemedel mot förvirring (klorpromazin, haloperidol och lorazepam).

Dosjustering av läkemedel i respektive arm skedde utifrån ett förutbestämt protokoll beroende på patientens behandlingseffekter. Patienten följdes under 6 dygn, och effektmått finns från inkludering, efter 24 timmar och vid studiens slut.

I studien redovisas förvirring (mätt med instrumentet *Delirium Rating Scale*), kognitiv funktion (mätt med utvärderingsinstrumentet *Mini-Mental State Examination*)

samt biverkningar av läkemedelsbehandling (mätt med instrumentet *Extrapyramidal Symptom Rating Scale*). Dessa instrument är validerade för den generella populationen, men inte för patienter i palliativt skede [30].

Saknas någon information i studierna?

Det saknas information om åtgärdens effekter på förvirringstillstånd hos patienter med andra sjukdomar än AIDS.

Hälsoekonomisk bedömning

Socialstyrelsen har inte bedömt den hälsoekonomiska effekten för detta tillstånds- och åtgärdspar.

Rad 12

Tillstånd: Patient i livets slutskede som har smärta

Åtgärd: Regelbunden analys och skattning av smärta

Rekommendation

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Icke-göra	FoU
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------	-----

Motivering till rekommendation

Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ökar möjligheten till ett korrekt val av behandling och därmed adekvat symptomlindring i livets slutskede.

Kommentar: Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma åtgärdens effekt för patienter i livets slutskede som har smärta. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån studier med patienter som har cancerrelaterad smärta.

Hur allvarligt är tillståndet?

Mycket kraftigt förhöjd risk för sänkt livskvalitet.

Vilken effekt har åtgärden?

Slutsatser:

- Vid smärta i livets slutskede ger smärtanalys med efterföljande terapijustering och smärtskattning en lägre smärtintensitet och ökad smärtfrihet (begränsat vetenskapligt underlag).
- Vid smärta i livets slutskede ger smärtanalys möjlighet att förutse vilka patienter som behöver längre tid till smärtkontroll och fler smärtlindrande åtgärder (begränsat vetenskapligt underlag).

Smärtanalys med efterföljande terapijustering minskade den genomsnittliga smärtintensiteten från 5,2 till 2,7 enligt numeriskt skattningsskala (NRS) samt från 6,0 till 4,0 enligt *Brief Pain Inventory* (BPI) [32, 33]. Smärtlindringen ökade från 5,4 till 6,9 enligt NRS och från 40 till 80 procent enligt BPI.

Smärtanalys enligt *Revised Edmonton Staging System* (rESS) resulterade i att patienter som identifierats med neuropatisk smärta vid inskrivning hade lägre sannolikhet att ha uppnått smärtkontroll vid en given tid jämfört med de som hade nociceptiv smärta (hazardkvot (HR) 0,56; konfidensintervall (KI) 0,41–0,76) [34]. Smärtanalysen visade också att patienter som identifierats med genombrottssmärta vid inskrivning hade lägre sannolikhet att ha uppnått smärtkontroll jämfört med patienter utan genombrottssmärta (HR 0,70; KI 0,55–0,89). Patienter med neuropatisk smärta behövde oftare 2 eller fler adjuvanta smärtterapi än de med nociceptiv smärta (41 respektive 13 procent). Motsvarande siffror för individer med eller utan genombrottssmärta var 34 respektive 12 procent.

Två retrospektiva studier visade att skattning av smärtintensitet allena ökade personalens dokumentation av patientens smärtintensitet, men den gav ingen säkerställd ändring av läkarens analgetikabehandling [35, 36].

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Inga kända biverkningar eller negativa effekter finns beskrivna.

Vilka studier ingår i granskningen?

I granskningen ingår tre prospektiva studier [32-34] samt 2 retrospektiva journalstudier före och efter intervention [35, 36].

De tre prospektiva studierna inkluderade 45, 74 respektive 619 patienter med cancer [32-34]. I 2 studier bestod interventionen av en smärtanalys med efterföljande smärtbehandling [32, 33]. Uppföljning av smärtintensitet och smärtlindring enligt NRS eller BPI genomfördes efter 14–24 timmar i den ena studien [32] och veckovis upp till 3 veckor i den andra [33]. I den tredje studien dokumenterades cancerrelaterad smärta enligt rESS vid inskrivning och därpå daglig notering av smärtintensitet, antalet smärtlindrande doser vid behov, morfinekvivalent dygnsdos och adjuvanta smärtterapi [34]. Patienterna följdes tills smärtlindring uppnåts, till utskrivning eller till död.

I de två retrospektiva journalstudierna utvärderades interventioner där vårdpersonal hade utbildats till att rutinmässigt mäta och dokumentera patienters smärtintensitet enligt visuell analog skala (VAS) eller NRS [35, 36].

Saknas någon information i studierna?

Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma åtgärdens effekt för patienter i livets slutskede. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån studier med patienter som har en cancerrelaterad smärta. Studiernas resultat och slutsatser bedöms dock vara överförbara till patienter i livets slutskede.

Hälsoekonomisk bedömning

Socialstyrelsen har inte bedömt den hälsoekonomiska effekten för detta tillstånd- och åtgärdspar.

Rad 13

Tillstånd: Patient i livets slutskede som har nervsmärta

Åtgärd: Öronakupunktur som tillägg till smärtstillande läkemedelsbehandling

Rekommendation

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Icke-göra	FoU
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------	-----

Motivering till rekommendation

Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har måttlig till stor effekt som tillägg till smärtstillande läkemedelsbehandling.

Kommentar: Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma åtgärdens effekt för patienter i livets slutskede som har nervsmärta. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån studier med patienter som har cancerrelaterad nervsmärta.

Hur allvarligt är tillståndet?

Mycket kraftigt förhöjd risk för sänkt livskvalitet.

Vilken effekt har åtgärden?

Slutsats:

- Vid nervsmärta hos patienter i livets slutskede ger behandling med öronakupunktur, som tillägg till smärtstillande läkemedel, och jämfört med placebo-behandling en signifikant minskning av smärtintensitet efter 1 respektive 2 månader (måttligt starkt vetenskapligt underlag).

Efter en månad redovisades en signifikant minskning av smärta med 24 procent enligt visuell analog skala (VAS) för gruppen som fick öronakupunktur (minskning med 14 mm) jämfört med 7 procent för gruppen med placeboakupunktur (minskning med 4 mm).

Efter 2 månader minskade öronakupunktur smärtan med 36 procent enligt VAS (minskning med 21 mm), vilket kan jämföras med kontrollgrupperna som upplevde en smärtlindring med 5 respektive 0 procent efter motsvarande tid (minskning med 3 mm respektive 0 mm).

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Inga kända biverkningar eller negativa effekter finns beskrivna.

Vilka studier ingår i granskningen?

I granskningen ingår en systematisk översikt från Cochrane med tre randomiserade kontrollerade studier där sammanlagt 204 patienter med cancerrelaterad nervsmärta deltog [37]. Endast en studie redovisas [38], eftersom övriga 2 studier ger en mycket bristfällig beskrivning av metod, analys och resultat [39, 40].

I studien ingick 90 patienter med kronisk perifer eller central nervsmärta relaterad till en cancersjukdom. Studien riktade sig inte specifikt till patienter i livets slutskede,

även om patienter med obotlig cancersjukdom inkluderades. Akupunktur gavs som öronakupunktur med semipermanenta nålar, vilket innebar att nålarna satt kvar tills de lossnade. Kontrollgrupperna fick placebobehandling med öronfrön eller akupunktur i icke-verifierade akupunkturpunkter i örat.

Behandlingen i grupperna återupprepades efter 1 månad enligt samma procedur som vid första behandlingen. Uppföljning av smärta genomfördes efter 1 och 2 månader med VAS.

Majoriteten av deltagarna fick smärtstillande läkemedel. Vid baslinjemätningen hade deltagarna i genomsnitt två preparat med inga skillnader mellan grupperna. Inga statistiskt signifikanta ändringar i den smärtstillande behandlingen gjordes under uppföljningstiden.

Saknas någon information i studierna?

Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma åtgärdens effekt för patienter i livets slutskede som har nervsmärta. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån studier med patienter som har en cancerrelaterad smärta. Studiernas resultat och slutsatser bedöms dock vara överförbara till patienter i livets slutskede.

Hälsoekonomisk bedömning

Socialstyrelsen har inte bedömt den hälsoekonomiska effekten för detta tillstånd- och åtgärdspar.

Rad 14

Tillstånd: Patient i livets slutskede som har smärta

Åtgärd: Mjuk hudmassage eller aromterapi som tillägg till smärtstillande behandling

Rekommendation

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Icke-göra	FoU
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------	-----

Motivering till rekommendation

Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad, men att åtgärden som tillägg till smärtstillande läkemedelsbehandling sannolikt inte har någon effekt på smärta.

Hur allvarligt är tillståndet?

Mycket kraftigt förhöjd risk för sänkt livskvalitet.

Vilken effekt har åtgärden?

Slutsatser:

Vid smärta hos patienter i livets slutskede ger behandling med mjuk massage eller aromterapi jämfört med lätt beröring och/eller sedvanlig palliativ vård

- en osäker klinisk effekt på smärta direkt efter massagebehandlingen (begränsat vetenskapligt underlag)
- ingen kvarvarande effekt på smärta efter massagebehandling (begränsat vetenskapligt underlag).

I en studie hade massage en statistiskt säkerställd effekt på smärta direkt efter behandlingarna jämfört med kontrollgruppen (skillnader i medelvärde -0,90; konfidensintervall (KI) -1,19 – -0,61), men effekten var inte kliniskt signifikant enligt studien [41]. En annan studie visade att grupperna som fick massage eller aromterapi hade en statistiskt signifikant minskning av smärta direkt efter andra behandlingstillfallet jämfört med kontrollgruppen, men inga skillnader påvisades efter de tre övriga behandlingarna [28].

Massage hade inte någon kvarvarande effekt på smärta jämfört med kontrollgruppen enligt den första studien (skillnader i medelvärde 0,07; KI -0,23 – 0,37) [41]. I den andra studien påvisades inga statistiskt signifikanta skillnader mellan interventions- och kontrollgrupperna när det gällde den genomsnittliga förändringen i smärta från baslinjemätning till sista uppföljningen efter 4 veckor [28].

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Inga kända biverkningar eller negativa effekter finns beskrivna.

Vilka studier ingår i granskningen?

I granskningen ingår 2 randomiserade kontrollerade studier med sammanlagt 382 patienter med avancerad cancer i palliativt skede [28, 41].

I den första studien ingick 380 vuxna med avancerad cancer som vårdades på hospice [41]. Interventionsgruppen fick massage i 30 minuter vid 6 tillfällen under 2 veckor. Kontrollgruppen fick lätt beröring vid lika många tillfällen under samma period. Den omedelbara effekten utvärderades med *Memorial Pain Assessment Card*

direkt efter varje behandling. Kvarvarande effekt mättes med *Brief Pain Inventory* vid 2 uppföljningar under behandlingsperioden och vid en tredje uppföljning 1 ½ vecka efter sista massagebehandlingen. En kliniskt signifikant förändring bedömdes som 1,0–1,5 poängs skillnad i smärta enligt skattningsskalorna.

I den andra studien ingick 42 patienter med avancerad cancer som vårdades på hospice [28]. Interventionsgrupperna fick antingen ryggmassage med eteriska oljor (aromterapi) eller ryggmassage med olja. Båda grupperna fick 30 minuters behandling 1 gång per vecka i 4 veckor. Kontrollgruppen fortsatte med sedvanlig palliativ vård. Smärta utvärderades med Visuell analog skala (VAS) direkt efter varje behandling samt 4 veckor efter baslinjemätningen. Kontrollgruppen följdes upp en gång i veckan under observationstiden.

Saknas någon information i studierna?

Ingen relevant information saknas i studierna.

Hälsoekonomisk bedömning

Socialstyrelsen har inte bedömt den hälsoekonomiska effekten för detta tillstånd- och åtgärdspar.

Rad 15

Tillstånd: Patient i livets slutskede som har illamående

Åtgärd: Akupunktur eller akupressur som tillägg till antiemetisk behandling

Rekommendation

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Icke-göra	FoU
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------	-----

Motivering till rekommendation

Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad, men att åtgärden sannolikt inte har någon effekt som tillägg till läkemedelsbehandling mot illamående (antiemetika).

Kommentar: Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma åtgärdens effekt för patienter i livets slutskede som har illamående. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån studier med patienter som har illamående orsakad av kemoterapi eller strålning.

Hur allvarligt är tillståndet?

Mycket kraftigt förhöjd risk för sänkt livskvalitet.

Vilken effekt har åtgärden?

Slutsatser:

Vid illamående hos patienter i livets slutskede

- har akupunktur ingen säkerställd effekt på illamående jämfört med sedvanlig vård där antiemetika ges vid behov (måttligt starkt vetenskapligt underlag)
- har akupressur motstridiga effekter på illamående jämfört med placebo-akupressur eller sedvanlig vård där antiemetika ges vid behov (måttligt starkt vetenskapligt underlag).

En metaanalys med 7 studier visade ingen säkerställd effekt av akupunktur på illamående orsakad av kemoterapi jämfört med sedvanlig vård där antiemetika gavs vid behov (*Standardised Mean Difference* -0,11, konfidensintervall (KI) -0,25–0,02) [42].

En översikt som inkluderade 2 studier av senare datum visade att illamående förbättrades av akupressurband jämfört med sedvanlig vård med en effektstorlek motsvarande 0,73 (KI 0,04–1,39) respektive 2,4 (KI 1,87–3,01) [43].

Ytterligare en studie visade inte på någon skillnad mellan akupressur och placebo-akupressur [44]. Inte heller någon signifikant skillnad påvisades mellan akupressur och ingen akupressur.

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Biverkningar eller oönskade effekter har inte beskrivits i studierna.

Vilka studier ingår i granskningen?

I granskningen ingår 3 systematiska översikter som redovisar resultat från 10 studier med sammanlagt 1 116 patienter med illamående orsakad av kemoterapi eller strålbehandling [42, 43, 45]. Interventionerna omfattade olika typer av akupunktur och akupressur som gavs som tillägg till läkemedel mot illamående (antiemetika). Samt-

liga kontrollgrupper fortsatte med sedvanlig vård där antiemetika gavs vid behov. I 8 studier gavs även placeboakupunktur [42] eller placeboakupressur [45]. Uppföljning gjordes under de första 24 timmarna.

Saknas någon information i studierna?

Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma åtgärdens effekt för patienter i livets slutskede som har illamående. Studierna som ingår i granskningen undersökte illamående orsakad av kemoterapi eller strålning. Studiernas resultat och slutsatser bedöms dock vara överförbara till patienter i livets slutskede.

Hälsoekonomisk bedömning

Socialstyrelsen har inte bedömt den hälsoekonomiska effekten för detta tillstånd- och åtgärdspar.

Rad 16

Tillstånd: Patient i livets slutskede som har förstoppning orsakad av opioider och där primärprevention och behandling med konventionell laxering inte har fungerat

Åtgärd: Farmakologisk behandling med metylnaltrexon

Rekommendation

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Icke-göra	FoU
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------	-----

Motivering till rekommendation

Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har stor effekt.

Kommentar: Åtgärden rekommenderas endast när primärprevention och behandling med konventionell laxering inte har fungerat.

Hur allvarligt är tillståndet?

Mycket kraftigt förhöjd risk för sänkt livskvalitet.

Vilken effekt har åtgärden?

Slutsatser:

Vid förstoppning hos patienter i livets slutskede som orsakats av opioider har metylnaltrexon subkutant jämfört med placebobehandling

- stor effekt på laxering inom 4–24 timmar (måttligt starkt vetenskapligt underlag)
- en ökad risk för gasbildning och yrsel, men ingen säkerställd skillnad på det totala antalet biverkningar (måttligt starkt vetenskapligt underlag).

I gruppen som fick metylnaltrexon tömde 55 procent tarmen efter 4 timmar jämfört med 15 procent i placebogruppen (odds ratio (OR); 6,95; konfidensintervall (KI) 3,83–12,61). Motsvarande resultat vid uppföljning efter 24 timmar var 59 procent för gruppen med metylnaltrexon och 20 procent i placebogruppen (OR 5,42; KI 3,12–9,41).

Jämförelser mellan olika doseringar visade blandade resultat, men de flesta jämförelserna visade inga statistiskt signifikanta skillnader mellan doserna 1 mg och \geq 5 mg. Inget dosrespons samband påvisades för doserna 5 mg eller mer.

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Ingen statistiskt signifikant skillnad återfanns mellan grupperna när det gällde samtliga rapporterade biverkningar (OR 1,96; KI 0,60–6,44). En högre andel patienter i interventionsgruppen rapporterade dock gasbildning (OR 2,66; KI 1,07–6,62) och yrsel (OR 4,35; KI 1,04–18,18).

Vilka studier ingår i granskningen?

I granskningen ingår en systematisk översikt från Cochrane [46]. I översiktens huvudanalys ingick 2 randomiserade kontrollerade studier som jämförde metylnaltrexon

subkutant med placebo vid förstoppning orsakad av opioider hos patienter i palliativ vård.

Sammanlagt ingick 287 patienter, varav 71 procent hade cancer. Majoriteten var förstoppade vid inkludering i studien trots tidigare behandling med konventionell laxering. I den ena studien gavs metylnaltrexon subkutant 0,15 mg/kg eller 0,30 mg/kg som singeldos (154 deltagare). I den andra studien gavs 0,15 mg/kg varannan dag i 2 veckor (133 deltagare). En tredje studie med 33 deltagare jämförde olika doseringar av metylnaltrexon (1mg, 5 mg, 12,5 mg, 20 mg). Behandling gavs vid 3 tillfällen under en vecka.

Det primära effektmåttet i studierna var laxering inom 4 timmar efter administration. Som sekundära effektmått redovisades laxering inom 24 timmar och biverkningar.

Saknas någon information i studierna?

Ingen relevant information saknas i studierna.

Hälsoekonomisk bedömning

Socialstyrelsen har inte bedömt den hälsoekonomiska effekten för detta tillstånd- och åtgärdspar.

Rad 17

Tillstånd: Patient i livets slutskede som har trötthetssyndrom (fatigue)

Åtgärd: Farmakologisk behandling med metylfenidat

Rekommendation

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Icke-göra	FoU
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------	-----

Motivering till rekommendation

Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att det finns ett måttligt starkt vetenskapligt underlag för att åtgärden har liten effekt.

Kommentar: Det finns en osäkerhet kring överförbarhet till andra diagnoser än cancer. Metylfenidat är ett licenspreparat.

Hur allvarligt är tillståndet?

Mycket kraftigt förhöjd risk för sänkt livskvalitet.

Vilken effekt har åtgärden?

Slutsats:

- Vid trötthetssyndrom hos patienter i livets slutskede har metylfenidat en liten symtomlindrande effekt jämfört med placebobehandling (begränsat vetenskapligt underlag).

En metaanalys med 146 patienter visade en liten till måttlig effekt på trötthetssyndrom motsvarande en effektstorlek på 0,49 (konfidensintervall 0,15–0,83). I livets absoluta slutskede kan förekomst av trötthetssyndrom innebära ett skydd mot lidande hos patienten och behandling av trötthetssyndrom kan då medföra negativa effekter. Det är därför viktigt att försöka identifiera en tidpunkt när behandling av trötthetssyndrom inte längre är till nytta [47].

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Inga kända biverkningar eller negativa effekter finns beskrivna.

Vilka studier ingår i granskningen?

I granskningen ingår en översikt från Cochrane som utvärderar farmakologiska preparat som ges i syfte att lindra trötthetssyndrom hos patienter med cancer eller annan sjukdom i avancerat skede [48]. Översikten inkluderade 22 randomiserade kontrollerade studier med totalt 1 632 deltagare, varav 2 studier undersökte effekterna av metylfenidat på trötthetssyndrom hos patienter med en cancersjukdom (146 deltagare) [49, 50].

Saknas någon information i studierna?

Studierna inkluderar endast patienter i livets slutskede med en cancersjukdom, och det finns en osäkerhet kring överförbarhet till andra diagnoser än cancer.

Hälsoekonomisk bedömning

Socialstyrelsen har inte bedömt den hälsoekonomiska effekten för detta tillstånds- och åtgärdspar.

Rad 18

Tillstånd: Patient i livets slutskede som har trötthetssyndrom (fatigue)

Åtgärd: Farmakologisk behandling med modafinil

Rekommendation

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Icke-göra	FoU
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------	-----

Motivering till rekommendation

Avgörande för rekommendationen är att åtgärden sannolikt inte har någon effekt.

Kommentar: Modafinil är ett licenspreparat

Hur allvarligt är tillståndet?

Mycket kraftigt förhöjd risk för sänkt livskvalitet.

Vilken effekt har åtgärden?

Slutsats:

- Vid trötthetssyndrom hos patienter i livets slutskede har modafinil ingen symptomlindrande effekt jämfört med placebobehandling (begränsat vetenskapligt underlag).

En metaanalys med 136 patienter visade en icke-signifikant effektstorlek på -0,14 (konfidensintervall -0,48–0,21). I livets absoluta slutskede kan förekomst av trötthetssyndrom innebära ett skydd mot lidande hos patienten och behandling av trötthetssyndrom kan då medföra negativa effekter. Det är därför viktigt att försöka identifiera en tidpunkt när behandling av trötthetssyndrom inte längre är till nytta [47].

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Inga kända biverkningar eller negativa effekter finns beskrivna.

Vilka studier ingår i granskningen?

I granskningen ingår en översikt från Cochrane som utvärderar farmakologiska preparat som ges i syfte att lindra trötthetssyndrom hos patienter med cancer eller annan sjukdom i avancerat skede [48]. Översikten inkluderade 22 randomiserade kontrollerade studier med totalt 1 632 deltagare, varav 2 studier med 136 deltagare undersökte effekterna av modafinil på trötthetssyndrom hos patienter med multipel skleros [51, 52].

Saknas någon information i studierna?

Studierna inkluderar endast patienter i livets slutskede med multipel skleros, och det finns en osäkerhet kring överförbarhet till andra diagnoser.

Hälsoekonomisk bedömning

Socialstyrelsen har inte bedömt den hälsoekonomiska effekten för detta tillstånd- och åtgärdspar.

Rad 19

Tillstånd: Patient i livets slutskede som har trötthetssyndrom (fatigue)

Åtgärd: Fysiskt träningsprogram kombinerat med stöd och utbildning

Rekommendation

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Icke-göra	FoU
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------	-----

Motivering till rekommendation

Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget för åtgärdens effekt är motstridigt.

Kommentar: Framtida studier kan komma att ändra rekommendationen.

Hur allvarligt är tillståndet?

Mycket kraftigt förhöjd risk för sänkt livskvalitet.

Vilken effekt har åtgärden?

Slutsatser:

Vid trötthetssyndrom hos patienter i livets slutskede har fysisk aktivitet kombinerat med stöd och utbildning

- motstridiga effekter på patientens symtomlindring (begränsat vetenskapligt underlag)
- motstridiga effekter på patientens fysiska välbefinnande (begränsat vetenskapligt underlag).

En studie redovisade minskat fysiskt välbefinnande och ökad fatigue över tid i båda grupperna, men inga skillnader återfanns mellan grupperna vid uppföljning [53]. Analyserna visade dock att välbefinnande och fatigue försämrades långsammare i interventionsgruppen än i kontrollgruppen.

I en annan studie rapporterade kontrollgruppen minskad fatigue efter 8 veckor jämfört med interventionsgruppen [54]. Övriga jämförelser efter 4 och 27 veckor visade dock inga statistiskt säkerställda skillnader mellan grupperna.

I en tredje studie rapporterades inga statistiskt signifikanta skillnader för fatigue mellan interventionsgruppen och kontrollgruppen vid uppföljningstillfällena [55]. Interventionsgruppen rapporterade däremot ett bättre fysiskt välbefinnande vid uppföljning efter 4 veckor, men inga signifikanta skillnader mellan grupperna påvisades efter 8 och 27 veckor.

I en fjärde studie rapporterades en signifikant lägre grad av fatigue i interventionsgruppen vid uppföljning efter 6 veckor [56]. Ingen signifikant skillnad mellan grupperna återfanns dock vid uppföljning efter 3 och 12 veckor.

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Inga kända biverkningar finns beskrivna. Däremot redovisade en studie minskad fatigue i kontrollgruppen jämfört med interventionsgruppen [54].

Vilka studier ingår i granskningen?

I granskningen ingår 4 randomiserade kontrollerade studier (RCT) från USA [53-55] och Hong Kong [56]. Studierna omfattade sammanlagt 390 patienter med en avance-

rad eller metastaserad cancersjukdom. I samtliga studier erhöll patienterna palliativ strålbehandling [54-56] eller palliativ cytostatikabehandling [53].

Interventionerna varierade, men alla omfattade någon form av fysiskt träningsprogram kombinerat med stöd och utbildning. I den första studien bestod interventionen av sittande fysisk träning med hjälp av ett 30 minuters videoinspelat träningsprogram [53]. Träningen utfördes 3 gånger i veckan under en period som omfattade 4 cykler av cytostatikabehandling. I den andra och tredje studien ingick en strukturerad multidisciplinär utbildning med fokus på att öka välbefinnande och minska fatigue [54, 55]. Deltagarna i interventionsgruppen deltog i 8 sessioner om 90 minuter, där varje session innehöll 20 [54] respektive 30 minuters fysisk träning [55]. I den fjärde studien bestod interventionen av psykologiskt stöd och utbildningsinsatser, där även muskelavslappning ingick [56].

Kontrollgrupperna i samtliga studier fick fortsätta med sedvanlig vård. I en studie ombads kontrollgruppen fortsätta med normal livsföring och sin vanliga träning [53]. I en annan studie fick kontrollgruppen även individuell information om bland annat strålbehandling [56]. Studiernas uppföljningstid varierade mellan 12 och 27 veckor.

Saknas någon information i studierna?

Ingen relevant information saknas i studierna.

Hälsoekonomisk bedömning

Socialstyrelsen har inte bedömt den hälsoekonomiska effekten för detta tillstånd- och åtgärdspar.

Rad 20

Tillstånd: Patient i livets slutskede som har anemi som påverkar allmäntillståndet

Åtgärd: Blodtransfusion

Rekommendation

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Icke-göra	FoU
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------	-----

Motivering till rekommendation

Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har måttlig till stor effekt.

Kommentar: Rangordningen är förhållandevis låg eftersom det endast finns ett begränsat vetenskapligt underlag för att åtgärden har måttlig till stor effekt. Viktigt med utvärdering av åtgärdens effekt i varje enskilt fall.

Hur allvarligt är tillståndet?

Mycket kraftigt förhöjd risk för sänkt livskvalitet.

Vilken effekt har åtgärden?

Slutsatser:

Vid anemi och påverkan på allmäntillståndet hos patienter i livets slutskede ger blodtransfusion

- en signifikant förbättring av välbefinnande efter 2 respektive 14 dagar jämfört med före behandlingen (1,7 respektive 1,6 enheter enligt visuell analog skala, VAS) (begränsat vetenskapligt underlag)
- en signifikant förbättring av trötthetssyndrom efter 3 dagar jämfört med före behandlingen (begränsat vetenskapligt underlag)
- en signifikant minskning av andnöd efter 2 dagar jämfört med före behandlingen (1,6 VAS-enheter), men ingen statistiskt säkerställd effekt efter 14 dagar (begränsat vetenskapligt underlag)
- en signifikant ökning av styrka efter 2 respektive 14 dagar jämfört med före behandlingen (2,4 respektive 1,9 VAS-enheter) (begränsat vetenskapligt underlag).

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Biverkningar rapporterades i 6 av 78 fall i en av studierna, såsom svårighet att finna en intravenös infart, transfusionsreaktion och övrigt som inte är specificerat.

Vilka studier ingår i granskningen?

I granskningen ingår 2 studier där patienter i palliativ vård undersöks före och efter blodtransfusion på ett systematiskt sätt [57, 58]. I den ena studien ingår 30 patienter med anemi och symtom och i den andra 91 patienter.

Saknas någon information i studierna?

Det saknas information om åtgärdens effekter på livskvalitet. Effekterna av blodtransfusion har inte jämförts med någon kontrollbehandling.

Hälsoekonomisk bedömning

Socialstyrelsen har inte bedömt den hälsoekonomiska effekten för detta tillstånds- och åtgärdspar.

Rad 21

Tillstånd: Patient i livets slutskede som har anemi som påverkar allmäntillståndet

Åtgärd: Behandling med erythropoietinstimulerande ämnen

Rekommendation

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Icke-göra	FoU
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------	-----

Motivering till rekommendation

Avgörande för rekommendationen är att det finns ett måttligt starkt vetenskapligt underlag för att åtgärden inte har någon effekt.

Hur allvarligt är tillståndet?

Mycket kraftigt förhöjd risk för sänkt livskvalitet.

Vilken effekt har åtgärden?

Slutsats:

- Vid anemi och påverkan på allmäntillståndet hos patienter i livets slutskede har behandling med erythropoietinstimulerande ämne ingen säkerställd effekt på livskvalitet jämfört med enbart antiinflammatorisk behandling (måttligt starkt vetenskapligt underlag).

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Inga allvarliga biverkningar redovisas.

Vilka studier ingår i granskningen?

I granskningen ingår en randomiserad kontrollerad studie från Sverige som utvärderar effekterna av behandling med erythropoietin vid anemi hos patienter i livets slutskede utan aktiv behandling mot grundsjukdomen [59]. Studien omfattade 108 patienter som antingen fick enbart antiinflammatorisk behandling (indomethacin) eller indomethacin och erythropoietin. Utvärdering av hälsorelaterad livskvalitet gjordes varannan månad tills patienterna avled med SF-36 (*Short Form (36) Health Survey*) eller EORTC QLQ-C30 (*The European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30*).

Saknas någon information i studierna?

Åtgärdens biverkningar redovisas bristfälligt.

Hälsoekonomisk bedömning

Socialstyrelsen har inte bedömt den hälsoekonomiska effekten för detta tillstånd och åtgärdspar.

Rad 22

Tillstånd: Patient i livets slutskede med risk för symtom från munhålan

Åtgärd: Regelbunden användning av bedömningsinstrument för munhälsa

Rekommendation

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Icke-göra	FoU
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------	-----

Motivering till rekommendation

Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor svårighetsgrad och att åtgärden ökar möjligheten till optimal munvård för patienter i livets slutskede.

Kommentar: Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma åtgärdens effekt, men det råder konsensus om att åtgärden ökar möjligheten till optimal munvård för patienter i livets slutskede.

Hur allvarligt är tillståndet?

Kraftigt förhöjd risk för sänkt livskvalitet.

Vilken effekt har åtgärden?

Konsensuspåstående:

- Regelbunden användning av bedömningsinstrument för munhälsa ökar möjligheten till optimal munvård för patienter i livets slutskede jämfört med ostrukturerad bedömning (konsensus uppnåddes, 35 av 40 personer som svarade instämde i påståendet).

Konsensusbaserade kliniska riktlinjer för munhygien bland svårt sjuka visar att en systematisk bedömning av munhälsan är viktig i vården av svårt sjuka, men det finns inget standardiserat bedömningsinstrument som är validerat och reliabelt [60]. *Oral Assessment Guide* (OAG) är dock ett instrument som har rekommenderats vid strukturerade bedömningar av munhälsa hos vuxna patienter [61]. OAG har reviderats och översatts till svenska och benämns ROAG.

En studie från Sverige som testat ROAG visade att det var en god överensstämmelse mellan tandhygienisters och sjuksköterskors bedömningar av munhälsa i de flesta avseenden (58–89 procent överensstämmelse), med undantag för bedömning av tunga och tänder [62]. En annan svensk studie visade att det fanns en god överensstämmelse mellan sjuksköterskors bedömningar enligt ROAG och patienters egna skattningar av munhälsan (75–87 procent överensstämmelse) [63].

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Inga kända biverkningar eller negativa effekter finns beskrivna.

Vilka studier ingår i granskningen?

Litteratursökningen har inte identifierat några studier av tillräcklig kvalitet som utvärderar effekterna av bedömningsinstrument för munhälsa hos patienter i livets slutskede.

I litteratursökningen identifierades dock 4 artiklar där bedömningsinstrument för munhälsa tas upp generellt. En artikel redovisar konsensusbaserade riktlinjer för

munhygien bland svårt sjuka [60]. Den andra artikeln handlar om överföring av evidens till klinisk praktik när det gäller munhygien i vården av vuxna patienter [61].

Två studier från Sverige har dessutom testat instrumentet ROAG på vuxna patienter [62, 63]. Den första studien testade överensstämmelsen mellan tandhygienisters och sjuksköterskors bedömningar av munnen [62], medan den andra undersökte överensstämmelsen mellan sjuksköterskors bedömningar enligt ROAG och patientens egen bedömning av sin munhälsa[63].

Saknas någon information i studierna?

Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma effekterna av regelbunden användning av bedömningsinstrument för munhälsa hos patienter i livets slutskede.

Hälsoekonomisk bedömning

Socialstyrelsen har inte bedömt den hälsoekonomiska effekten för detta tillstånd- och åtgärdspar.

Rad 23

Tillstånd: Patient i livets slutskede som besväras av muntorrhet

Åtgärd: Munspray med mucin

Rekommendation

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Icke-göra	FoU
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------	-----

Motivering till rekommendation

Avgörande för rekommendationen är att åtgärden sannolikt inte har någon effekt.

Hur allvarligt är tillståndet?

Mycket kraftigt förhöjd risk för sänkt livskvalitet.

Vilken effekt har åtgärden?

Slutsats:

- Vid muntorrhet hos patienter i livets slutskede har behandling med munspray innehållande mucin ingen säkerställd effekt på muntorrhet jämfört med placebo-behandling eller tuggummi (begränsat vetenskapligt underlag).

En studie som jämförde munspray innehållande mucin med placebo-behandling visade ingen skillnad mellan preparaten [64]. I gruppen som fick munspray med mucin rapporterade 38 procent en förbättring nattetid och 46 procent en förbättring dagtid efter 2 veckor. Motsvarande siffror för gruppen som fick placebo-behandling var 33 respektive 42 procent. I en överkorsningsprövning rapporterade deltagarna en lindring av både munspray med mucin och tuggummi, men ingen säkerställd skillnad kunde påvisas mellan preparaten [65].

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Enstaka patienter upplevde illamående, obehaglig smak, irritation i munnen, kräkningar eller diarréer av munspray. Rapporterade biverkningar av tuggummi var irritation i munnen, illamående, obehaglig smak, obehag i käkarna, känsliga tänder eller gaser.

Vilka studier ingår i granskningen?

I granskningen ingår 2 randomiserade kontrollerade studier där man utvärderat behandling mot muntorrhet [64, 65]. I en överkorsningsprövning (*cross over trial*) jämfördes munspray innehållande mucin med tuggummi. Sammanlagt 26 patienter med avancerad cancer följdes upp efter 5 och 10 dagar, med ett uppehåll (*wash-out*) på 2 dagar [65]. Den andra studien inkluderade 43 patienter som vårdades på hospice och som antingen fick munspray med mucin eller placebo-behandling (munspray utan mucin) [64].

Saknas någon information i studierna?

Ingen relevant information saknas i studierna.

Hälsoekonomisk bedömning

Socialstyrelsen har inte bedömt den hälsoekonomiska effekten för detta tillstånds- och åtgärdspar.

Rad 24

Tillstånd: Patient i livets slutskede som har kliniska tecken på svampinfektion i munhåla

Åtgärd: Läkemedel med systemisk effekt för behandling av svampinfektion i munhåla

Rekommendation

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Icke-göra	FoU
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------	-----

Motivering till rekommendation

Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har stor effekt.

Kommentar: Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma åtgärdens effekt för patienter i livets slutskede. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån studier med patienter som har en cancersjukdom.

Hur allvarligt är tillståndet?

Mycket kraftigt förhöjd risk för sänkt livskvalitet.

Vilken effekt har åtgärden?

Slutsatser:

Vid kliniska tecken på svampinfektion i munhåla hos patienter i livets slutskede har läkemedel med systemisk verkan

- en stor effekt på oral svampinfektion jämfört med placebo (begränsat vetenskapligt underlag).
- en bättre effekt på oral svampinfektion jämfört med läkemedel med lokal verkan (begränsat vetenskapligt underlag).

Jämförelser mellan ett läkemedel med systemisk verkan (ketokonazol) och placebo-behandling visade en stor effekt motsvarande en relativ risk på 3,61 (konfidensintervall (KI) 1,47–8,88) enligt klinisk bedömning. Den mikrobiologiska undersökningen visade en relativ risk på 5,09, men resultatet var inte statistiskt säkerställt (KI 0,73–35,49).

En metaanalys med 207 deltagare visade att läkemedel med systemisk verkan (ketokonazol och flukonazol) hade en bättre effekt på oral svampinfektion än läkemedel med lokal verkan (nystatin och amfotericin), både enligt klinisk bedömning (relativ risk (RR) 1,29; KI 1,09–1,52) och mikrobiologisk undersökning (RR 1,82; KI 1,28–2,57).

En annan metaanalys jämförde effekterna av olika preparat med systemisk verkan. Ingen statistiskt säkerställd skillnad kunde påvisas mellan preparaten flukonazol, itraconazol och ketokonazol enligt den kliniska bedömningen, medan den mikrobiologiska undersökningen visade att läkemedlet flukonazol hade en något bättre effekt på oral svampinfektion jämfört med itraconazol (RR 1,17; KI 1,04–1,33).

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Endast 3 studier rapporterade biverkningar, men dessa redovisas inte i den systematiska översikten. Interaktioner mellan läkemedel rapporterades inte.

Vilka studier ingår i granskningen?

I granskningen ingår en systematisk översikt från Cochrane [66]. I översikten ingår 7 randomiserade kontrollerade studier som utvärderade effekterna av läkemedel mot oral svampinfektion med systemisk verkan eller lokal verkan (dvs. läkemedel som absorberas respektive inte absorberas i magtarmkanalen). Studierna inkluderade 593 patienter med cancer som hade kliniska tecken på svampinfektion. Samtliga behandlades med kemoterapi eller strålning

Studierna jämförde olika medel med varierande dos, frekvens och användningstid. Endast i en av studierna gjordes jämförelser med placebobehandling. Effekten definierades som botad respektive icke-botad enligt klinisk bedömning och mikrobiologisk undersökning.

Saknas någon information i studierna?

Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma åtgärdens effekt för patienter i livets slutskede. I granskningen ingår studier med patienter som har en cancersjukdom. Studiernas resultat och slutsatser bedöms dock vara överförbara till patienter i livets slutskede.

Hälsoekonomisk bedömning

Socialstyrelsen har inte bedömt den hälsoekonomiska effekten för detta tillstånd- och åtgärdspar.

Rad 25

Tillstånd: Patient i livets slutskede som har kliniska tecken på svampinfektion i munhåla

Åtgärd: Läkemedel med lokal effekt för behandling av svampinfektion i munhåla

Rekommendation

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Icke-göra	FoU
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------	-----

Motivering till rekommendation

Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har måttlig effekt.

Kommentar: Det finns annan behandling för svampinfektion i munhålan som har ännu bättre effekt (läkemedel med systemisk effekt för behandling av svampinfektion i munhålan, rad 24).

Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma åtgärdens effekt för patienter i livets slutskede. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån studier med patienter som har en cancersjukdom.

Hur allvarligt är tillståndet?

Mycket kraftigt förhöjd risk för sänkt livskvalitet.

Vilken effekt har åtgärden?

Slutsatser:

Vid kliniska tecken på svampinfektion i munhåla hos patienter i livets slutskede har läkemedel med lokal verkan

- en god effekt på oral svampinfektion jämfört med före behandlingen (begränsat vetenskapligt underlag)
- en något sämre effekt på oral svampinfektion jämfört med läkemedel med systemisk verkan (begränsat vetenskapligt underlag).

Läkemedel med lokal verkan avlägsnade svampinfektion i munnen hos 44–88 procent av deltagarna jämfört med före behandlingen. En metaanalys med 3 studier omfattande 207 deltagare visade att läkemedel med systemisk verkan (ketokonazol och flukonazol) hade bättre effekt på oral svampinfektion än läkemedel med lokal verkan (nystatin och amfotericin) enligt klinisk bedömning (relativ risk (RR)1,29; konfidensintervall (KI) 1,09–1,52) och mikrobiologisk undersökning (RR 1,82; KI 1,28–2,57).

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Endast 3 studier rapporterade biverkningar, men detta redovisas inte i den systematiska översikten. Interaktioner mellan läkemedel rapporterades inte.

Vilka studier ingår i granskningen?

I granskningen ingår en systematisk översikt från Cochrane från 2010 [66]. I översikten ingår 7 randomiserade kontrollerade studier som utvärderade effekterna av läkemedel mot oral svampinfektion med systemisk verkan eller lokal verkan (dvs. läke-

medel som absorberas respektive inte absorberas i magtarmkanalen). Studierna inkluderade 593 patienter med cancer som hade kliniska tecken på svampinfektion. Samtliga behandlades med kemoterapi eller strålning.

Studierna jämförde olika medel med varierande dos, frekvens och användningstid. Endast i en av studierna gjordes en jämförelse med placebo. Effekten definierades som botad respektive icke-botad enligt klinisk bedömning eller mikrobiologisk undersökning.

Saknas någon information i studierna?

Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma åtgärdens effekt för patienter i livets slutskede. Slutsatserna baseras därför på studier med patienter som har en cancersjukdom. Studiernas resultat och slutsatser bedöms dock vara överförbara till patienter i livets slutskede.

Hälsoekonomisk bedömning

Socialstyrelsen har inte bedömt den hälsoekonomiska effekten för detta tillstånd- och åtgärdspar.

Rad 26

Tillstånd: Patient i livets slutskede

Åtgärd: Regelbunden användning av symtomskattningsinstrument

Rekommendation

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Icke-göra	FoU
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------	-----

Motivering till rekommendation

Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor svårighetsgrad och att åtgärden ökar möjligheten för optimal symtomlindring och utvärdering av insatt behandling.

Kommentar: Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma åtgärdens effekt, men det råder konsensus om att åtgärden har en positiv effekt.

Det saknas kunskap om vilket skattningsinstrument som ska användas. Vissa patienter kan uppleva skattningsinstrument som en byråkratisering av vården.

Hur allvarligt är tillståndet?

Kraftigt förhöjd risk för sänkt livskvalitet.

Vilken effekt har åtgärden?

Konsensuspåstående:

- Regelbunden användning av symtomskattningsinstrument ökar möjligheten för optimal symtomlindring hos patienter i livets slutskede jämfört med ostrukturerad bedömning (konsensus uppnåddes, 37 av 40 personer som svarade instämde i påståendet).

Användning av symtomskattningsinstrument kan öka vårdpersonalens förståelse för förekomsten och svårighetsgraden av patientens symtom och underlätta uppföljning av symtomen [67] [68] [69]. Strukturerad bedömning av livskvalitet har dessutom visat sig förbättra kommunikationen mellan patient och läkare, vilket i sin tur kan bidra till en förbättrad livskvalitet och emotionell funktion hos patienterna [70].

Det finns dock en del utmaningar med att använda symtomskattningsskalor i den palliativa vården. Till exempel har patienterna ett flertal symtom och de blir lätt uttröttade av att svara på frågor [71]. Symtom som vårdpersonal identifierar med hjälp av skattningsskalor åtföljs inte heller alltid av dokumentation och uppföljning i patientens journal [72]. Sjuksköterskor har även beskrivit svårigheter att anpassa skattningen till olika situationer, och att de ibland känner sig obehäva med att använda skattningsinstrument [68].

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Inga kända biverkningar eller negativa effekter finns beskrivna.

Vilka studier ingår i granskningen?

Litteratursökningen har inte identifierat några studier av tillräcklig kvalitet som utvärderar vilken effekt regelbunden användning av symtomskattningsinstrument har på symtomlindring hos patienter i livets slutskede.

I litteratursökningen identifierades dock 4 beskrivande studier som belyser för- och nackdelar med att använda symtomskattningsinstrument [68, 69, 71, 72] och en randomiserad kontrollerad studie som undersöker effekter av strukturerad livskvalitetsbedömning på kommunikationen mellan läkare och patienter [70].

Saknas någon information i studierna?

Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma åtgärdens effekt för patienter i livets slutskede.

Hälsoekonomisk bedömning

Socialstyrelsen har inte bedömt den hälsoekonomiska effekten för detta tillstånd- och åtgärdspar.

Rad 27

Tillstånd: Patient i livets slutskede som har nedsatt rörlighet

Åtgärd: Trycksårsprofylax med tryckavlastande madrasser

Rekommendation

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Icke-göra	FoU
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------	-----

Motivering till rekommendation

Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att det finns ett måttligt starkt vetenskapligt underlag för att åtgärden har stor effekt.

Kommentar: Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma åtgärdens effekt för patienter i livets slutskede. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån studier med patienter som inte är i livets slutskede, men som har nedsatt rörlighet på grund av olika sjukdomar.

Hur allvarligt är tillståndet?

Mycket kraftigt förhöjd risk för sänkt livskvalitet.

Vilken effekt har åtgärden?

Slutsatser:

Vid nedsatt rörlighet hos patienter i livets slutskede

- reducerar användning av specialskummadrass risken för att utveckla trycksår med 60 procent jämfört med standardskummadrass (relativ risk (RR) 0,40; konfidensintervall (KI) 0,21–0,74) (måttligt starkt vetenskapligt underlag)
- reducerar användning av luftpuls Madrass risken att utveckla trycksår med 69 procent jämfört med standardskummadrass (RR 0,31; KI 0,17–0,58) (måttligt starkt vetenskapligt underlag).

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Inga kända biverkningar eller negativa effekter finns beskrivna.

Vilka studier ingår i granskningen?

I granskningen ingår en systematisk översikt som undersöker skillnaden i trycksårsincidens vid användning av standardmadrasser eller specialmadrasser och luftpuls Madrasser [73]. I översikten ingår 10 studier omfattande 3 706 patienter som huvudsakligen vårdades på avdelningar för akutsjukvård, onkologi, ortopedi eller rehabilitering. I en av studierna var patienterna ”äldre” och i en annan var deltagarna 55 år eller äldre. Patienterna i studierna löpte risk att utveckla trycksår, vilket verifierades i 7 av 10 studier med riskbedömningsskalor. Uppföljningstiden varierade mellan 1–4 veckor.

Saknas någon information i studierna?

Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma åtgärdens effekt för patienter i livets slutskede. Slutsatserna baseras därför på studier med patienter som inte är i livets slutskede, men som har nedsatt rörlighet på grund av olika sjukdomar. Stu-

diernas resultat och slutsatser bedöms dock vara överförbara till patienter i livets slutskede.

Hälsoekonomisk bedömning

Socialstyrelsen har inte bedömt den hälsoekonomiska effekten för detta tillstånd- och åtgärdspar.

Rad 28

Tillstånd: Patient i livets slutskede som har nedsatt rörlighet

Åtgärd: Regelbunden användning av riskbedömningsskalor för trycksår

Rekommendation

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Icke-göra	FoU
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------	-----

Motivering till rekommendation

Avgörande för rekommendationen är att åtgärden sannolikt inte har någon effekt jämfört med ostrukturerad trycksårsriskbedömning.

Kommentar: Det finns annan primärpreventiv åtgärd vid risk för trycksår som har bättre effekt (trycksårsprofylax med tryckavlastande madrasser vid nedsatt rörlighet, rad 27).

Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma åtgärdens effekt för patienter i livets slutskede. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån studier med patienter som inte är i livets slutskede, men som har nedsatt rörlighet på grund av olika sjukdomar.

Hur allvarligt är tillståndet?

Mycket kraftigt förhöjd risk för sänkt livskvalitet.

Vilken effekt har åtgärden?

Slutsats:

- Vid nedsatt rörlighet hos patienter i livets slutskede har användning av riskbedömningsskala ingen säkerställd effekt på trycksårsincidens jämfört med ostrukturerad trycksårsriskbedömning med utbildning (relativ risk (RR) 0,97; konfidensintervall (KI) 0,53–1,77) eller ostrukturerad trycksårsriskbedömning utan utbildning (RR 1,43; KI 0,77–2,68) (begränsat vetenskapligt underlag).

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Inga kända biverkningar eller negativa effekter finns beskrivna.

Vilka studier ingår i granskningen?

I granskningen ingår en systematisk översikt från Cochrane som undersöker effekterna av användning av trycksårsbedömningsinstrument [74]. Endast en randomiserad kontrollerad studie med 252 patienter med risk för trycksår uppfyllde kriterierna för inkludering. I studien jämfördes riskbedömning enligt Bradenskalen med ostrukturerad trycksårsriskbedömning med eller utan utbildning.

Saknas någon information i studierna?

Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma åtgärdens effekt för patienter i livets slutskede. Slutsatserna baseras därför på en studie med patienter som har nedsatt rörlighet på grund av andra sjukdomar. Studiernas resultat och slutsatser bedöms dock vara överförbara till patienter i livets slutskede.

Hälsoekonomisk bedömning

Socialstyrelsen har inte bedömt den hälsoekonomiska effekten för detta tillstånds- och åtgärdspar.

Rad 29

Tillstånd: Patient i livets slutskede som har nedsatt rörlighet

Åtgärd: Trycksårsprofylax med nutritionstillägg

Rekommendation

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Icke-göra	FoU
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------	-----

Motivering till rekommendation

Avgörande för rekommendationen är att åtgärden inte har någon säkerställd effekt på förekomsten av trycksår.

Kommentar: Det finns annan primärpreventiv åtgärd vid risk för trycksår som har bättre effekt (trycksårsprofylax med tryckavlastande madrasser vid nedsatt rörlighet, rad 27).

Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma åtgärdens effekt för patienter i livets slutskede. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån studier med patienter som inte är i livets slutskede, men som har nedsatt rörlighet på grund av olika sjukdomar.

Hur allvarligt är tillståndet?

Mycket kraftigt förhöjd risk för sänkt livskvalitet.

Vilken effekt har åtgärden?

Slutsats:

- Vid nedsatt rörlighet hos patienter i livets slutskede har användning av nutritionstillägg ingen säkerställd effekt på trycksårsincidensen jämfört med placebobehandling eller inget tillägg (begränsat vetenskapligt underlag).

En studie med 672 svårt sjuka äldre visade att nutritionstillägg minskade risken för att utveckla trycksår med 17 procent efter 2–3 veckor jämfört med inget tillägg (relativ risk (RR) 0,83; konfidensintervall (KI) 0,70–0,99) [75]. Övriga 3 studier, som inkluderade patienter med höftfrakturer, visade på icke-signifikanta effekter av nutritionstillägg jämfört med inget tillägg (RR 0,22–0,92) eller vattenbaserad placebobehandling (RR 0,92; KI 0,65–1,30).

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Inga kända biverkningar eller negativa effekter finns beskrivna.

Vilka studier ingår i granskningen?

I granskningen ingår en systematisk översikt från Cochrane som undersöker effekter av olika nutritionstillägg på trycksårsincidensen hos patienter med nedsatt rörlighet [75]. I översikten ingick 4 randomiserade kontrollerade studier med sammanlagt 928 patienter som var svårt sjuka eller som vårdades på grund av höftfrakturer. Nutritionstillägg gavs som tillägg till sedvanlig sjukhusdiet under 2–4 veckor och jämfördes med inget tillägg eller med vattenbaserad placebobehandling.

Saknas någon information i studierna?

Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma åtgärdens effekt för patienter i livets slutskede. Slutsatserna baseras därför på studier med patienter som inte är i livets slutskede, men som har nedsatt rörlighet på grund av olika sjukdomar. Studiernas resultat och slutsatser bedöms dock vara överförbara till patienter i livets slutskede.

Hälsoekonomisk bedömning

Socialstyrelsen har inte bedömt den hälsoekonomiska effekten för detta tillstånd- och åtgärdspar.

Referenser

1. Kovach CR, WS, Noonan PE. The effects of hospice interventions on behaviors, discomfort, and physical complications of end stage dementia nursing home residents. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*. 1996; 11(4):7-15.
2. Casarett, D, Karlawish, J, Morales, K, Crowley, R, Mirsch, T, Asch, DA. Improving the use of hospice services in nursing homes: a randomized controlled trial. *JAMA : the journal of the American Medical Association*. 2005; 294(2):211-7.
3. Hall, S, Koliakou, 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).
4. Hanson, LC, Reynolds, KS, Henderson, M, Pickard, CG. A quality improvement intervention to increase palliative care in nursing homes. *J Palliat Med*. 2005; 8(3):576-84.
5. Gray-Toft, P, Anderson, JG. A hospital staff support program: design and evaluation. *International journal of nursing studies*; 1983. p. 137-47.
6. Jones, A. Group-format clinical supervision for hospice nurses. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2006; 15(2):155-62.
7. Nordentoft, HM. Changes in emotion work at interdisciplinary conferences following clinical supervision in a palliative outpatient ward. *Qualitative Health Research*. 2008; 18(7):913-27.
8. Slort, W. Perceived barriers and facilitator for general practitioner-patient communication in palliative care: A systematic review. 2011.
9. Parker, SM, Clayton, JM, Hancock, K, Walder, S, Butow, PN, Carrick, S, et al. A systematic review of prognostic/end-of-life communication with adults in the advanced stages of a life-limiting illness: patient/caregiver preferences for the content, style, and timing of information. *J Pain Symptom Manage*. 2007; 34(1):81-93.
10. Harding, R, Selman, L, Beynon, T, Hodson, F, Coady, E, Read, C, et al. Meeting the communication and information needs of chronic heart failure patients. *Journal of Pain & Symptom Management*. 2008; 36(2):149-56.
11. Caldwell, PH, Arthur, HM, Demers, C. Preferences of patients with heart failure for prognosis communication. *Can J Cardiol*. 2007; 23(10):791-6.
12. Carline, JD, Curtis, JR, Wenrich, MD, Shannon, SE, Ambrozy, DM, Ramsey, PG. Physicians' interactions with health care teams and systems in the care of dying patients: perspectives of dying patients, family members, and health care professionals. *Journal of Pain & Symptom Management*. 2003; 25(1):19-28.
13. Stajduhar, KI, Thorne, SE, McGuinness, L, Kim-Sing, C. Patient perceptions of helpful communication in the context of advanced cancer. *Journal of Clinical Nursing*. 2010; 19(13/14):2039-47.

14. Friedrichsen, MJ, Strang, PM, Carlsson, ME. Cancer patients' interpretations of verbal expressions when given information about ending cancer treatment. *Palliat Med.* 2002; 16(4):323-30.
15. Steinhauser, KE, Alexander, SC, Byock, IR, George, LK, Tulsky, JA. Seriously ill patients' discussions of preparation and life completion: an intervention to assist with transition at the end of life. *Palliat Support Care.* 2009; 7(4):393-404.
16. Burnard, P. Nurse training needs in AIDS counselling. *Nurs Stand.* 1992; 6(34):34-9.
17. Nixon, A, Narayanasamy, A. The spiritual needs of neuro-oncology patients from patients' perspective. *J Clin Nurs.* 2010; 19(15-16):2259-370.
18. Smyth, T, Allen, S. Nurses' experiences assessing the spirituality of terminally ill patients in acute clinical practice. *Int J Palliat Nurs.* 2011; 17(7):337-43.
19. Yardley, SJ, Walshe, CE, Parr, A. Improving training in spiritual care: a qualitative study exploring patient perceptions of professional educational requirements. *Palliat Med.* 2009; 23(7):601-7.
20. Chochinov, HM, Kristjanson, LJ, Breitbart, W, McClement, S, Hack, TF, Hassard, T, et al. Effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: a randomised controlled trial. *Lancet Oncol.* 2011; 12(8):753-62.
21. Monti, DA, Peterson, C, Kunkel, EJ, Hauck, WW, Pequignot, E, Rhodes, L, et al. A randomized, controlled trial of mindfulness-based art therapy (MBAT) for women with cancer. *Psychooncology.* 2006; 15(5):363-73.
22. Thyme, KE, Sundin, EC, Wiberg, B, Oster, I, Astrom, S, Lindh, J. Individual brief art therapy can be helpful for women with breast cancer: a randomized controlled clinical study. *Palliat Support Care.* 2009; 7(1):87-95.
23. Nainis, N, Paice, JA, Ratner, J, Wirth, JH, Lai, J, Shott, S. Relieving symptoms in cancer: innovative use of art therapy. *J Pain Symptom Manage.* 2006; 31(2):162-9.
24. Svensk, AC, Oster, I, Thyme, KE, Magnusson, E, Sjodin, M, Eisemann, M, et al. Art therapy improves experienced quality of life among women undergoing treatment for breast cancer: a randomized controlled study. *Eur J Cancer Care (Engl).* 2009; 18(1):69-77.
25. Oster, I, Svensk, AC, Magnusson, E, Thyme, KE, Sjodin, M, Astrom, S, et al. Art therapy improves coping resources: a randomized, controlled study among women with breast cancer. *Palliat Support Care.* 2006; 4(1):57-64.
26. Bradt, J, Dileo, C. Music therapy for end-of-life care. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010; (1):CD007169.
27. Wilcock, A, Manderson, C, Weller, R, Walker, G, Carr, D, Carey, AM, et al. Does aromatherapy massage benefit patients with cancer attending a specialist palliative care day centre? *Palliat Med.* 2004; 18(4):287-90.
28. Soden, K, Vincent, K, Craske, S, Lucas, C, Ashley, S. A randomized controlled trial of aromatherapy massage in a hospice setting. *Palliat Med.* 2004; 18(2):87-92.
29. Rayner, L, Price, A, Hotopf, M, Higginson, IJ. The development of evidence-based European guidelines on the management of depression in palliative cancer care. *Eur J Cancer.* 2011; 47(5):702-12.
30. Jackson Kenneth, C, Lipman Arthur, G. Drug therapy for delirium in terminally ill adult patients. 2004 [cited; Available from:

<http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD004770/frame.html>

31. Breitbart, W, Marotta, R, Platt, MM, Weisman, H, Derevenco, M, Grau, C, et al. A double-blind trial of haloperidol, chlorpromazine, and lorazepam in the treatment of delirium in hospitalized AIDS patients. *Am J Psychiatry*. 1996; 153(2):231-7.
32. Manfredi, PL, Chandler, S, Pigazzi, A, Payne, R. Outcome of cancer pain consultations. *Cancer*. 2000; 89(4):920-4.
33. Chang, VT, Hwang, SS, Kasimis, B. Longitudinal documentation of cancer pain management outcomes: a pilot study at a VA medical center. *J Pain Symptom Manage*. 2002; 24(5):494-505.
34. Fainsinger, RL, Nekolaichuk, CL, Lawlor, PG, Neumann, CM, Hanson, J, Vigano, A. A multicenter study of the revised Edmonton Staging System for classifying cancer pain in advanced cancer patients. *J Pain Symptom Manage*. 2005; 29(3):224-37.
35. Rhodes, DJ, Koshy, RC, Waterfield, WC, Wu, AW, Grossman, SA. Feasibility of quantitative pain assessment in outpatient oncology practice. *J Clin Oncol*. 2001; 19(2):501-8.
36. Mularski, RA, White-Chu, F, Overbay, D, Miller, L, Asch, SM, Ganzini, L. Measuring pain as the 5th vital sign does not improve quality of pain management. *J Gen Intern Med*. 2006; 21(6):607-12.
37. Paley, CA, Johnson, MI, Tashani, OA, Bagnall, AM. Acupuncture for cancer pain in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011; (1):CD007753.
38. Alimi, D, Rubino, C, Pichard-Leandri, E, Femand-Brule, S, Dubreuil-Lemaire, ML, Hill, C. Analgesic effect of auricular acupuncture for cancer pain: a randomized, blinded, controlled trial. *J Clin Oncol*. 2003; 21(22):4120-6.
39. Chen, ZJ, Guo, YP, Wu, ZC. [Observation on the therapeutic effect of acupuncture at pain points on cancer pain]. *Zhongguo Zhen Jiu*. 2008; 28(4):251-3.
40. Dang, W, Yang, J. Clinical study on acupuncture treatment of stomach carcinoma pain. *J Tradit Chin Med*. 1998; 18(1):31-8.
41. Kutner, JS, Smith, MC, Corbin, L, Hemphill, L, Benton, K, Mellis, BK, et al. Massage therapy versus simple touch to improve pain and mood in patients with advanced cancer: a randomized trial. *Ann Intern Med*. 2008; 149(6):369-79.
42. Ezzo, JM, Richardson, MA, Vickers, A, Allen, C, Dibble, SL, Issell, BF, et al. Acupuncture-point stimulation for chemotherapy-induced nausea or vomiting. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006; (2):CD002285.
43. Lee, EJ, Frazier, SK. The efficacy of acupressure for symptom management: a systematic review. *J Pain Symptom Manage*. 2011; 42(4):589-603.
44. Roscoe, JA, Matteson, SE, Morrow, GR, Hickok, JT, Bushunow, P, Griggs, J, et al. Acustimulation wrist bands are not effective for the control of chemotherapy-induced nausea in women with breast cancer. *J Pain Symptom Manage*. 2005; 29(4):376-84.
45. Standish, LJ, Kozak, L, Congdon, S. Acupuncture is underutilized in hospice and palliative medicine. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*. 2008; 25(4):298-308.
46. Candy, B, Jones, L, Goodman Margaret, L, Drake, R, Tookman, A. Laxatives or methylnaltrexone for the management of constipation in palliative care

- patients. 2011 [cited; Available from:
<http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD003448/frame.html>
47. Radbruch, L, Strasser, F, Elsner, F, Goncalves, JF, Loge, J, Kaasa, S, et al. Fatigue in palliative care patients -- an EAPC approach. *Palliative Medicine*. 2008; 22(1):13-32.
 48. Peuckmann, V, Elsner, F, Krumm, N, Trottenberg, P, Radbruch, L. Pharmacological treatments for fatigue associated with palliative care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010; (11):CD006788.
 49. Bruera, E, Valero, V, Driver, L, Shen, L, Willey, J, Zhang, T, et al. Patient-controlled methylphenidate for cancer fatigue: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. *J Clin Oncol*. 2006; 24(13):2073-8.
 50. Butler, JM, Jr., Case, LD, Atkins, J, Frizzell, B, Sanders, G, Griffin, P, et al. A phase III, double-blind, placebo-controlled prospective randomized clinical trial of d-threo-methylphenidate HCl in brain tumor patients receiving radiation therapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2007; 69(5):1496-501.
 51. Lange, R, Volkmer, M, Heesen, C, Liepert, J. Modafinil effects in multiple sclerosis patients with fatigue. *J Neurol*. 2009; 256(4):645-50.
 52. Stankoff, B, Waubant, E, Confavreux, C, Edan, G, Debouverie, M, Rumbach, L, et al. Modafinil for fatigue in MS: a randomized placebo-controlled double-blind study. *Neurology*. 2005; 64(7):1139-43.
 53. Headley, JA, Ownby, KK, John, LD. The effect of seated exercise on fatigue and quality of life in women with advanced breast cancer. *Oncol Nurs Forum*. 2004; 31(5):977-83.
 54. Brown, P, Clark, MM, Atherton, P, Huschka, M, Sloan, JA, Gamble, G, et al. Will improvement in quality of life (QOL) impact fatigue in patients receiving radiation therapy for advanced cancer? *Am J Clin Oncol*. 2006; 29(1):52-8.
 55. Chevillat, AL, Girardi, J, Clark, MM, Rummans, TA, Pittelkow, T, Brown, P, et al. Therapeutic exercise during outpatient radiation therapy for advanced cancer: Feasibility and impact on physical well-being. *Am J Phys Med Rehabil*. 2010; 89(8):611-9.
 56. Chan, CW, Richardson, A, Richardson, J. Managing symptoms in patients with advanced lung cancer during radiotherapy: results of a psychoeducational randomized controlled trial. *Journal of pain and symptom management*. 2011; 41(2):347-57.
 57. Brown, E, Hurlow, A, Rahman, A, Closs, SJ, Bennett, MI. Assessment of fatigue after blood transfusion in palliative care patients: a feasibility study. *J Palliat Med*. 2010; 13(11):1327-30.
 58. Gleeson, C, Spencer, D. Blood transfusion and its benefits in palliative care. *Palliat Med*. 1995; 9(4):307-13.
 59. Lindholm, E, Daneryd, P, Korner, U, Hyltander, A, Fouladiun, M, Lundholm, K. Effects of recombinant erythropoietin in palliative treatment of unselected cancer patients. *Clin Cancer Res*. 2004; 10(20):6855-64.
 60. Berry, AM, Davidson, PM, Nicholson, L, Pasqualotto, C, Rolls, K. Consensus based clinical guideline for oral hygiene in the critically ill. *Intensive Crit Care Nurs*. 2011; 27(4):180-5.
 61. Chan, EY, Lee, YK, Poh, TH, Ng, IH, Prabhakaran, L. Translating evidence into nursing practice: oral hygiene for care dependent adults. *Int J Evid Based Healthc*. 2011; 9(2):172-83.

62. Andersson, P, Hallberg, IR, Renvert, S. Inter-rater reliability of an oral assessment guide for elderly patients residing in a rehabilitation ward. *Spec Care Dentist*. 2002; 22(5):181-6.
63. Paulsson, G, Wardh, I, Andersson, P, Ohrn, K. Comparison of oral health assessments between nursing staff and patients on medical wards. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2008; 17(1):49-55.
64. Sweeney, MP, Bagg, J, Baxter, WP, Aitchison, TC. Clinical trial of a mucin-containing oral spray for treatment of xerostomia in hospice patients. *Palliat Med*. 1997; 11(3):225-32.
65. Davies, AN. A comparison of artificial saliva and chewing gum in the management of xerostomia in patients with advanced cancer. *Palliat Med*. 2000; 14(3):197-203.
66. Worthington, HV, Clarkson, JE, Khalid, T, Meyer, S, McCabe, M. Interventions for treating oral candidiasis for patients with cancer receiving treatment. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010; (7):CD001972.
67. Soni, MK, Cella, D. Quality of life and symptom measures in oncology: an overview. *Am J Manag Care*. 2002; 8(18 Suppl):S560-73.
68. Hagelin, CL, Wengström, Y, Tishelman, C, Fürst, CJ. Nurses' experiences of clinical use of a quality of life instrument in palliative care. *Contemporary Nurse*. 2007; 27(1):29-38.
69. Bainbridge, D, Seow, H, Sussman, J, Pond, G, Martelli-Reid, L, Herbert, C, et al. Multidisciplinary health care professionals' perceptions of the use and utility of a symptom assessment system for oncology patients. *J Oncol Pract*. 2011; 7(1):19-23.
70. Detmar, SB, Muller, MJ, Schornagel, JH, Wever, LD, Aaronson, NK. Health-related quality-of-life assessments and patient-physician communication: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2002; 288(23):3027-34.
71. Kirkova, J, Walsh, D, Russel, M, Hauser, K, Lasheen, W. Symptom assessment in palliative medicine: complexities and challenges. *Am J Hosp Palliat Care*. 2010; 27(1):75-83.
72. Stromgren, AS, Groenvold, M, Sorensen, A, Andersen, L. Symptom recognition in advanced cancer. A comparison of nursing records against patient self-rating. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2001; 45(9):1080-5.
73. McInnes, E, Jammali-Blasi, A, Bell-Syer, SE, Dumville, JC, Cullum, N. Support surfaces for pressure ulcer prevention. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011; (4):CD001735.
74. Moore, ZE, Cowman, S. Risk assessment tools for the prevention of pressure ulcers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008; (3):CD006471.
75. Langer, G, Schloemer, G, Knerr, A, Kuss, O, Behrens, J. Nutritional interventions for preventing and treating pressure ulcers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003; (4):CD003216.