

Utfall Tidsramme	Resultater og målinger fra studier	Estimert effekt i aktuell populasjon		Tiltro til estimert intervensjonseffekt (kvalitet på dokumentasjonen)	Konklusjon
		Kontroll	Lysterapi		
Kognisjon etter 10-42 dager med behandling	Målt med: MMSE Skala: 0-30 Høyere bedre Basert på data fra 156 pasienter i 3 studier ¹	poenggj.snitt/ mean	poenggj.snitt/ mean	Lav grunnet alvorlig/signifikant risk of bias, grunnet alvorlig/signifikant upresise estimater (imprecision) ²	Lysterapi utgjør mulig en ubetydelig eller ingen forskjell på kognisjon etter 10-42 dager med behandling.
Innsøvingstid (min) etter 2-6 ukers behandling	Målt med: Tid i min. Skala: - Lavere bedre Basert på data fra 107 pasienter i 2 studier ³	mingj.snitt/ mean	mingj.snitt/ mean	Lav grunnet alvorlig/signifikant risk of bias, grunnet alvorlig/signifikant upresise estimater (imprecision) ⁴	lysterapi utgjør mulig en ubetydelig eller ingen forskjell på innsøvingstid (min) etter 2-6 ukers behandling.
Total søvntid pr natt (min) etter 10 dager til 10 ukers behandling	Målt med: Tid i min. Skala: - Høyere bedre Basert på data fra 321 pasienter i 6 studier ⁵	min.gj.snitt/ mean	min.gj.snitt/ mean	Moderat grunnet alvorlig/signifikant risk of bias ⁶	lysterapi utgjør sannsynligvis ingen eller ubetydelig forskjell på total søvntid pr natt (min) etter 10 dager til 10 ukers behandling.
Total søvntid pr natt etter 6 måneders behandling	Målt med: Tid i min. Skala: - Høyere bedre Basert på data fra 128 pasienter i 2 studier ⁷	mingj.snitt/ mean	mingj.snitt/ mean	Veldig lav grunnet alvorlig/signifikant risk of bias, grunnet alvorlig/signifikant heterogenitet (inconsistency), grunnet alvorlig/signifikant upresise estimater (imprecision), grunnet alvorlig/signifikant heterogenitet (inconsistency) ⁸	Vi er svært usikre på effekten av lysterapi etter 6 måneders behandling
Søvn effektivitet etter 2-10 ukers behandling	Målt med: Tid i min. Skala: - Høyere bedre Basert på data fra 157 pasienter i 3 studier ⁹	min gj.snitt/ mean	min gj.snitt/ mean	Lav grunnet alvorlig/signifikant risk of bias, grunnet alvorlig/signifikant upresise estimater (imprecision) ¹⁰	lysterapi utgjør mulig en ubetydelig eller ingen forskjell på søvn effektivitet etter 2-10 ukers behandling.
Antall oppvåkninger pr natt etter 2-10 ukers behandling	Målt med: Antall Skala: - Lavere bedre Basert på data fra 172 pasienter i 3 studier ¹¹	gj.snitt/ mean	gj.snitt/ mean	Lav grunnet alvorlig/signifikant risk of bias, grunnet alvorlig/signifikant upresise estimater (imprecision) ¹²	lysterapi utgjør mulig en ubetydelig eller ingen forskjell på antall oppvåkninger pr natt etter 2-10 ukers behandling.
Agitasjon etter 10 dagers til 10 ukers behandling	Målt med: the Agitated Behavior Rating Scale, NPI Agitation and Aggression Subscale, Cohen Mansfield Agitation Inventory Skala: - Lavere bedre Basert på data fra 250 pasienter i 4 studier ¹³	gj.snitt/ mean	gj.snitt/ mean	Moderat grunnet alvorlig/signifikant risk of bias ¹⁴	lysterapi utgjør sannsynligvis ingen eller ubetydelig forskjell på agitasjon etter 10 dagers til 10 ukers behandling.
Psykiatriske symptomer etter 6 til 10 ukers behandling	Målt med: NPI-NH Skala: 12-144 Lavere bedre Basert på data fra 157 pasienter i 2 studier ¹⁵	poenggj.snitt/ mean	poenggj.snitt/ mean	Veldig lav grunnet alvorlig/signifikant risk of bias, grunnet alvorlig/signifikant heterogenitet (inconsistency), grunnet alvorlig/signifikant upresise estimater (imprecision) ¹⁶	Vi er svært usikre på effekten av lysterapi mot psykiatriske symptomer etter 6 til 10 ukers behandling.

Depresjon etter 2 to 10 ukers behandling	Målt med: Skala: - Lavere bedre Basert på data fra 161 pasienter i 3 studier ¹⁷	gj.snitt/ mean gj.snitt/ mean Forskjell: SMD 0.09 lavere (CI 95% 0.54 lavere - 0.73 høyere)	Høy	lysterapi har ingen eller ubetydelig forskjell på depresjon etter 2 to 10 ukers behandling, i forhold til utgangsrisiko/komparatoren.
--	--	---	------------	---

1. Systematisk oversikt (Forbes et al., 2014) med inkluderte studier: Graf 2001, Riemersma 2008, Burns 2009 **Utgangsrisiko/komparator:** Kontrollarm i referanse brukt for intervensjonen
2. **Risiko for systematisk skjevhet (Risk of Bias): Alvorlig.** Skjult randomisering (allokering) mangelfull utført eller beskrevet, som resulterer i muligheten for seleksjonsskjevhet, mangelfull blinding av deltagere og/eller helsepersonell; **Upresise estimater (imprecision): Alvorlig.** Få pasienter (<100)/(100-300) inkludert i studiene
3. Systematisk oversikt (Forbes et al., 2014) med inkluderte studier: Nowak 2008, Riemersma 2008 **Utgangsrisiko/komparator:** Kontrollarm i referanse brukt for intervensjonen
4. **Risiko for systematisk skjevhet (Risk of Bias): Alvorlig.** Mangelfull generering av sekvenser eller sammenlignbare grupper, som resulterer i muligheten for seleksjonsskjevhet; **Upresise estimater (imprecision): Alvorlig.** Få pasienter (<100)/(100-300) inkludert i studiene.
5. Systematisk oversikt (Forbes et al., 2014) med inkluderte studier: Burns 2009, Dowling 2007/Dowling 2005, Nowak 2008, Riemersma 2008, Dowling 2008, McCurry 2011 **Utgangsrisiko/komparator:** Kontrollarm i referanse brukt for intervensjonen .
6. **Risiko for systematisk skjevhet (Risk of Bias): Alvorlig.** Mangelfull blinding av deltagere og/eller helsepersonell;
7. Systematisk oversikt (Forbes et al., 2014) med inkluderte studier: McCurry 2011, Riemersma 2008 **Utgangsrisiko/komparator:** Kontrollarm i referanse brukt for intervensjonen
8. **Risiko for systematisk skjevhet (Risk of Bias): Alvorlig.** Mangelfull blinding av deltagere og/eller helsepersonell, Mangelfull blinding av utfallsmåler og/eller analyserer; **Heterogenitet (inconsistency): Alvorlig.** Retningen av effekten var ikke konsistent mellom studiene, Stort sprik i punktestimater på tvers av studier; **Upresise estimater (imprecision): Alvorlig.** Få pasienter (<100)/(100-300) inkludert i studiene
9. Systematisk oversikt (Forbes et al., 2014) med inkluderte studier: Dowling 2007/Dowling 2005, McCurry 2011, Nowak 2008. **Utgangsrisiko/komparator:** Kontrollarm i referanse brukt for intervensjonen.
10. **Risiko for systematisk skjevhet (Risk of Bias): Alvorlig.** Mangelfull blinding av deltagere og/eller helsepersonell, Mangelfull blinding av utfallsmåler og/eller analyserer, Mangelfull generering av sekvenser eller sammenlignbare grupper, som resulterer i muligheten for seleksjonsskjevhet; **Upresise estimater (imprecision): Alvorlig.** Få pasienter (<100)/(100-300) inkludert i studiene
11. Systematisk oversikt (Forbes et al., 2014) med inkluderte studier: McCurry 2011, Dowling 2007/Dowling 2005, Dowling 2008 **Utgangsrisiko/komparator:** Kontrollarm i referanse brukt for intervensjonen
12. **Risiko for systematisk skjevhet (Risk of Bias): Alvorlig.** Mangelfull generering av sekvenser eller sammenlignbare grupper, som resulterer i muligheten for seleksjonsskjevhet, Mangelfull blinding av deltagere og/eller helsepersonell, Mangelfull blinding av utfallsmåler og/eller analyserer; **Upresise estimater (imprecision): Alvorlig.** Få pasienter (<100)/(100-300) inkludert i studiene.
13. Systematisk oversikt (Forbes et al., 2014) med inkluderte studier: Ancoli-Israel 2003a/b, Burns 2009, Dowling 2007/Dowling 2005, Riemersma 2008 **Utgangsrisiko/komparator:** Kontrollarm i referanse brukt for intervensjonen.
14. **Risiko for systematisk skjevhet (Risk of Bias): Alvorlig.** Mangelfull blinding av deltagere og/eller helsepersonell, Mangelfull blinding av utfallsmåler og/eller analyserer.
15. Systematisk oversikt (Forbes et al., 2014) med inkluderte studier: Riemersma 2008, Dowling 2007/Dowling 2005 **Utgangsrisiko/komparator:** Kontrollarm i referanse brukt for intervensjonen.
16. **Risiko for systematisk skjevhet (Risk of Bias): Alvorlig.** Mangelfull generering av sekvenser eller sammenlignbare grupper, som resulterer i muligheten for seleksjonsskjevhet, Mangelfull blinding av deltagere og/eller helsepersonell, Mangelfull blinding av utfallsmåler og/eller analyserer; **Heterogenitet (inconsistency): Alvorlig.** Den statistiske heterogeniteten (I^2) var høy, med I^2 85%; **Upresise estimater (imprecision): Alvorlig.** Få pasienter (<100)/(100-300) inkludert i studiene;
17. Systematisk oversikt (Forbes et al., 2014) med inkluderte studier: Riemersma 2008, Burns 2009, Dowling 2007/Dowling 2005 **Utgangsrisiko/komparator:** Kontrollarm i referanse brukt for intervensjonen.