

RAPPORT

2022

OVERSIKT OVER SYSTEMATISKE OVERSIKTER

Effekt av psykososiale tiltak
for personer med demens

Utgitt av Folkehelseinstituttet
Område for helsetjenester

Tittel Effekt av psykososiale tiltak for personer med demens: oversikt over systematiske oversikter

English title Effect of psychosocial interventions for people with dementia: an overview of systematic reviews

Ansvarlig Camilla Stoltenberg, direktør

Forfattere Gunn Elisabeth Vist, prosjektleder
Jon-Vidar Gaustad
Gyri Hval
Vigdis Underland

ISBN 978-82-8406-337-9

Publikasjonstype Systematisk oversikt

Antall sider 70 (124 inklusiv vedlegg)

Oppdragsgiver Helsedirektoratet

Emneord(MeSH) Dementia, Cognitive Behavioral Therapy, Sensory Art therapies, Therapy Animal, Patient-Centered Care

Sitering Vist GE, Gaustad JV, Hval G, Underland V. Effekt av psykososiale tiltak for personer med demens: oversikt over systematiske oversikter. [Effect of psychosocial interventions for people with dementia: an overview of systematic reviews] –2022. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2022.

Innhold

INNHold	3
HOVEDBUdSKAP	5
SAMMENDRAG	6
KEY MESSAGES	9
EXECUTIVE SUMMARY (ENGLISH)	10
FORORD	13
INNLEDNING	14
Hva er demens?	14
Psykososiale tiltak for personer med demens	15
Hvorfor er det viktig å utføre denne kunnskapsoppsummeringen?	16
Mål og problemstilling	16
METODE	17
Prosjektplan	17
Inklusjonskriterier	18
Litteratursøk	19
Utvelging av studier	20
Vurdering av kvaliteten på systematiske oversikter	21
Uthenting av data	21
Presentasjon av resultatene	21
Vurdering av tillit til resultatene	22
Andre vurderinger	24
RESULTATER	25
Resultater av litteratursøket og utvelgelse av studier	25
Systematisering av oversiktene	26
Kvaliteten på de inkluderte systematiske oversiktene	26
Beskrivelse av de inkluderte systematiske oversiktene	27
Kognitiv terapi	31
Kognitiv stimulering	33
Kognitiv rehabilitering	34
Kognitiv trening (inklusive spill)	35
Virtuelle kognitive tiltak	39
Reminisensterapi	40

Deeskalering	42
Sansestimulering	43
Brukerskoler og demensskoler	45
Musikkterapi	47
Sang og dans	49
Dyreassistert terapi	51
Terapi med roboter (menneskelignende og dyrelignende roboter)	53
Multikomponente tiltak	55
Personsentrert tilpasning	56
Psykososiale tiltak for personer med demens	58
DISKUSJON	60
Hovedfunn	60
Er kunnskapsgrunnlaget dekkende og anvendelige?	61
Kan vi stole på kunnskapsgrunnlaget?	62
Styrker og svakheter ved denne systematiske oversikten av systematiske oversikter	63
Overensstemmelse med andre litteraturoversikter og studier	64
Resultatenes betydning for praksis	65
Kunnskapshull	65
KONKLUSJON	67
REFERANSER	68
VEDLEGG 1: SØKESTRATEGI	71
VEDLEGG 2: AMSTAR 2	75
VEDLEGG 3: EKSKLUDERTE REFERANSER LEST I FULLTEKST	82
VEDLEGG 4: OVERSIKT OVER TILTAK OG UTFALL I OVERSIKTER SOM BLE SORTERT FOR KVALITETSVURDERING MED AMSTAR 2	105
VEDLEGG 5: OVERSIKT OVER TILTAK OG UTFALL I DE INKLUDERTE SYSTEMATISKE OVERSIKTENE	122

Hovedbudskap

I Norge var det 101 000 personer med demens i 2020 og demensforekomst øker med alderen. Vår oversikt over systematiske oversikter identifiserte 20 systematiske oversikter av høy eller moderat kvalitet som samlet hadde vurdert effekten av 15 psykososiale tiltak for personer med demens. Effekten av de psykososiale tiltakene var usikker for mange utfall fordi dokumentasjon manglet eller var av svært lav kvalitet.

Oppsummert per tiltak fant vi:

Kognitiv terapi fører trolig til reduksjon i depresjonssymptomer og bedring i daglig funksjon og livskvalitet, men muligens til liten eller ingen forskjell i kognisjon. **Kognitiv trening** fører trolig til reduksjon i depresjonssymptomer og muligens til bedring i kognisjon. **Virtuelle kognitive tiltak** fører trolig til bedring i kognisjon og reduksjon i depresjonssymptomer. **Reminisensterapi** fører til liten eller ingen endring i kognisjon eller depresjonssymptomer og fører trolig til liten eller ingen endring i livskvalitet. **Demensskoler** fører muligens til liten eller ingen endring i kognisjon og APSD. **Musikkterapi** fører trolig til reduksjon i depresjonssymptomer og APSD, og muligens til bedring i livskvalitet og liten eller ingen endring i kognisjon. **Danseterapi** fører muligens til bedre kognisjon og reduksjon i APSD. **Dyreassistert terapi** fører trolig til reduksjon i depresjonssymptomer og APSD. **Terapi med roboter** fører muligens til reduksjon i depresjonssymptomer, og liten eller ingen endring i kognisjon. **Multikomponente tiltak** fører trolig til liten eller ingen endring i livskvalitet og muligens til bedring i daglig funksjon og liten eller ingen endring i kognisjon. **Personsentrert tilpassning** fører muligens til reduksjon i APSD og omsorgsbyrde for pårørende, men liten eller ingen endring i depresjonssymptomer og livskvalitet.

Vi vet ikke, eller er svært usikre på, effekten av **kognitiv stimulering, kognitiv rehabilitering, deeskalering og sansestimulering** for personer med demens.

Tittel: Effekt av psykososiale tiltak for personer med demens: oversikt over systematiske oversikter

Hvem står bak denne publikasjonen?

Folkehelseinstituttet, på oppdrag fra Helsedirektoratet

Når ble litteratursøket avsluttet?

Juni 2022

Fagfellevurdering:

Signe Flottorp, forskningssjef, FHI
Bjørn Lichtwarck, spesiallege, Sykehuset Innlandet
Siren Eriksen, fagsjef kognisjon og demens, Nasjonalt senter for aldring og helse

Sammendrag

Innledning

I Norge var det 101 000 personer med demens i 2020. Omtrent 15 % av personer over 70 år har demens og forekomsten øker med alderen. Vanlige symptomer ved demens er svekket hukommelse, konsentrasjonsvansker, nedsatt orienteringsevne, nedsatt planleggings- og gjennomføringsevne, språkvansker og nedsatt funksjon i hverdagen. Demens kan også føre til psykologiske symptomer og endringer i atferd og personlighet. Denne oversikten ble laget på oppdrag fra Helsedirektoratet.

Hensikt

Hensikten med denne systematiske oversikten over systematiske oversikter var å undersøke effekter av psykososiale tiltak for personer med demens.

Metode

Vi gjennomførte et systematisk litteratursøk i Cochrane Database of Systematic Reviews, Epistemonikos, PsycINFO, Medline og Embase i juni 2022. To prosjektmedarbeidere gjorde uavhengige vurderinger av referansenes tittel og sammendrag, og vurderte deretter relevante systematiske oversikter i fulltekst, opp mot inklusjonskriteriene. Vi inkluderte systematiske oversikter som undersøkte effekt av psykososiale tiltak sammenlignet med ingen behandling, vanlig behandling eller annen behandling for personer med demens. Oversikter som ikke oppfylte kravene for å kunne kalles en systematisk oversikt (tydelig problemstilling, søkt i databaser og vurdering av risiko for systematiske skjevheter) ble ekskludert uten kvalitetsvurdering. To prosjektmedarbeidere gjorde uavhengige kvalitetsvurderinger av de mest oppdaterte systematiske oversiktene (nyest søkedato) med AMSTAR 2-sjekklisten. Én medarbeider hentet ut resultater for de syv hovedutfallene generell kognisjon, depresjonssymptomer, atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens (APSD), daglig funksjon, livskvalitet, behov for heldøgnsomsorg og omsorgsbyrde for pårørende, og én annen kontrollerte uthenningen. Tilliten til resultatene ble vurdert med GRADE-tilnærmingen. For oversikter der forfatterne selv hadde vurdert tilliten til resultatene, har vi gjengitt forfatterens vurderinger. For oversikter uten slike vurderinger, har to medarbeidere vurdert tilliten til resultatene.

Resultater

Vi inkluderte 20 systematiske oversikter av høy eller moderat kvalitet som samlet vurderte effekten av 15 psykososiale tiltak for personer med demens. Her i sammendraget oppgir vi effektestimater og 95 % konfidensintervall (KI) for tiltak og

hovedutfall der vi har høy eller middels tillit til effektestimater, og kun endring og retning for resultater med lav tillit.

Kognitiv terapi fører trolig til en liten reduksjon i depresjonssymptomer (SMD 0,23 SD lavere, KI 0,37 lavere til 0,10 lavere), en liten bedring i daglig funksjon (SMD 0,25 SD lavere, KI 0,40 lavere til 0,09 lavere) og en liten bedring i livskvalitet (SMD 0,31 SD høyere, KI 0,13 høyere til 0,50 høyere) (middels tillit), men liten eller ingen endring i generell kognisjon (lav tillit).

Kognitiv trening gir trolig liten til moderat reduksjon i depresjonssymptomer (SMD 0,48 SD lavere, KI 0,71 lavere til 0,24 lavere) (middels tillit), og fører muligens til bedre generell kognisjon (lav tillit).

Virtuelle kognitive tiltak fører trolig til en liten bedring i generell kognisjon (SMD 0,36 SD høyere, KI 0,16 høyere til 0,57 høyere) og liten til moderat reduksjon i depresjonssymptomer (SMD 0,45 SD lavere, KI 0,79 lavere til 0,12 lavere) (middels tillit).

Reminisensterapi fører til liten eller ingen forbedring i kognisjon (SMD 0,11 SD høyere, KI 0 til 0,23 høyere), liten eller ingen endring i depresjonssymptomer (SMD 0,03 SD lavere, KI 0,15 lavere til 0,1 høyere) (høy tillit), og fører trolig til liten eller ingen forandring i livskvalitet (SMD 0,11 SD høyere, KI 0,12 lavere til 0,33 høyere) (middels tillit). Vi er usikre på om reminisensterapi påvirker daglig funksjon (lav tillit).

Brukerskoler og demensskoler fører muligens til liten eller ingen endring i kognisjon og APSD (lav tillit).

Musikkterapi, målt ved behandlingsslutt fører trolig til en liten reduksjon i depresjonssymptomer (SMD 0,27 SD lavere, KI 0,45 lavere til 0,09 lavere) og APSD (SMD 0,23 SD lavere, KI 0,46 lavere til 0,01 lavere) (middels tillit), og muligens til en liten bedring i livskvalitet og liten eller ingen endring i kognisjon (lav tillit). Fire uker eller mer etter behandlingsslutt fører musikkterapi muligens til liten eller ingen endring i generell kognisjon, depresjonssymptomer, APSD eller livskvalitet (lav tillit).

Danseterapi fører muligens til bedre generell kognisjon og en reduksjon i APSD (lav tillit).

Dyreassistert terapi gir trolig liten til moderat reduksjon i depresjonssymptomer (SMD 0,45 SD lavere, KI 0,63 lavere til 0,27 lavere) og APSD (SMD 0,43 SD lavere, KI 0,62 lavere til 0,23 lavere) (middels tillit).

Terapi med roboter (menneskelignende- eller dyreroboter) fører muligens til en liten reduksjon i depresjonssymptomer og liten eller ingen endring i generell kognisjon (lav tillit).

Multikomponente tiltak fører trolig til liten eller ingen endring i livskvalitet (oversiktsforfatterne oppga ikke effektestimater, men vurderte middels tillit til resultatet), muligens til bedring i daglig funksjon og liten eller ingen endring i generell kognisjon (lav tillit).

Personsentrert tilpasning gir muligens liten til moderat reduksjon i APSD og redusert omsorgsbyrde for pårørende, men liten eller ingen endring i depresjonssymptomer og livskvalitet (lav tillit).

Ikke alle hovedutfall ble rapportert for alle tiltak, og for flere av hovedutfallene som ble rapportert er tilliten til effektestimaterne svært lav. Vi vet ikke, eller er svært usikre på, effekten av **kognitiv stimulering, kognitiv rehabilitering, deeskalering og sansestimulering** for personer med demens.

Effekter ble i all hovedsak målt umiddelbart eller kort tid etter tiltakets slutt, og vi har derfor svært lite informasjon om langtidseffekter av de psykososiale tiltakene.

Diskusjon

De inkluderte systematiske oversiktene dekket samlet sett alle typer demensgrader og flere typer demens. Kunnskapsgrunnlaget dekker derfor en bred populasjon, men vi vet lite om effekten av psykososiale tiltak for undergrupper. Videre er effekten av enkelte tiltak usikker fordi det mangler dokumentasjon eller fordi vår tillit til resultatene er svært lav. En viktig, og gjentakende årsak til at vi har nedgradert tilliten til effektestimater er at konfidensintervallene har vært brede og inkludert ingen effekt og små og større effekter. Det er behov for nye randomiserte studier med flere deltakere for å få mer presise effektestimater og sikrere kunnskap. Studier med mindre heterogenitet i populasjon kan også gi mer presise effektestimater, men vil ikke nødvendigvis være relevante for klinisk praksis fordi personer med demens er en heterogen gruppe med ofte mange og overlappende utfordringer. Det var også få oversikter som undersøkte pårørendes omsorgsbyrde og ingen av de inkluderte oversiktene rapporterte behov for heldøgnsomsorg. Nye studier bør inkludere disse utfallene og bør ha så lang oppfølgings-tid at man kan få sikker kunnskap om langtidseffektene av psykososiale tiltak. I norsk praksis er det naturlig å se for seg at psykososiale tiltak vil tilpasses funksjonsnivå og preferanser hos personen med demens, og at ulike tiltak vil kombineres. Vi vet imidlertid lite om effekten av personsentrert tilpasning og bare noen få kombinasjoner av tiltak (multikomponente tiltak) er funnet vurdert av en systematisk oversikt. Det er derfor behov for mer forskning på denne type psykososiale tiltak.

Konklusjon

Følgende psykososiale tiltak har trolig fordelaktig effekt for personer med demens: kognitiv terapi, kognitiv trening, virtuelle kognitive tiltak, reminisenterapi, musikkterapi og dyreassistert terapi. I tillegg kan muligens danseterapi, terapi med roboter, multikomponente tiltak og personsentrert tilpasning gi fordelaktig effekt for personer med demens, men det er mulig at brukerskoler og demensskoler gir liten eller ingen effekt. Vi vet ikke, eller er svært usikre på, effekten av kognitiv stimulering, kognitiv rehabilitering, deeskalering og sansestimulering.

Effekter er målt for utfallene generell kognisjon, depresjonssymptomer, APSD, daglig funksjon, livskvalitet eller pårørendes omsorgsbyrde. Vi har ikke funnet dokumentasjon for alle utfall for noen av de psykososiale tiltakene. Vi vet heller ikke hvordan de psykososiale tiltakene påvirker behov for heldøgnsomsorg for personer med demens.

Effekter ble i all hovedsak målt umiddelbart eller kort tid etter tiltakets slutt. Vi mangler derfor informasjon om langtidseffekter av de psykososiale tiltakene.

Key messages

101 000 people in Norway were living with dementia in 2020, and the incidence increases with age. Our overview of systematic reviews identified 20 systematic reviews of high or moderate quality investigating the effect of 15 psychosocial interventions for people with dementia. We are uncertain of the effect of many outcomes, either because of missing data or very low certainty in the effect estimates.

Results summarized per intervention:

Cognitive therapy probably reduces symptoms of depression and improves activities of daily life and quality of life but may cause little or no change in cognition. **Cognitive training** probably reduces symptoms of depression and may improve cognition. **Virtual cognitive interventions** probably reduce symptoms of depression and improve cognition. **Reminiscence therapy** causes little or no change in cognition or symptoms of depression and probably little or no change in quality of life. **Occupational therapy** may cause little or no change in cognition and BPSD. **Music therapy** probably reduces symptoms of depression and BPSD, may improve quality of life and cause little or no change in cognition. **Dance therapy** may improve cognition and reduce BPSD. **Animal assisted therapy** probably reduces symptoms of depression and BPSD. **Therapy using robots** may reduce symptoms of depression but may cause little or no change in cognition. **Multi component interventions** probably cause little or no change in quality of life but may improve activities of daily life and may cause little or no change in cognition. **Personally tailored activities** may reduce BPSD and burden of care for next of kin but cause little or no difference in symptoms of depression and quality of life.

We do not know, or are very uncertain about, effects of **cognitive stimulation, cognitive rehabilitation, de-escalation therapy** and **sensory stimulation** for people with dementia.

Title:
Effect of psychosocial interventions for people with dementia: an overview of systematic reviews

Publisher:
The Norwegian Institute of Public Health conducted the review based on a commission from the Norwegian Directorate of Health

Updated:
Last search for studies: June 2022.

Peer review:
Signe Flottorp, Research Director, NIPH
Bjørn Lichtwarck, Specialist doctor, Innlandet hospital
Siren Eriksen, Chief adviser cognition and dementia, Nasjonalt senter for aldring og helse

Executive summary (English)

Introduction

There were 101 000 people in Norway living with dementia in 2020. Approximately 15% of the Norwegian population above 70 years have dementia, and the incidence increases with age. Common symptoms of dementia are impaired memory, difficulty concentrating and communicating, reduced ability to orientate, and reduced function of daily living. Dementia may also lead to behavioural and personality changes as well as psychological symptoms. This review was made on commission from the Norwegian Directorate of Health.

Objective

The objective of this review of systematic reviews was to assess the effects of psychosocial interventions for people with dementia.

Methods

We conducted systematic literature searches in the Cochrane Database of Systematic Reviews, Epistemonikos, PsycInfo, Medline and Embase in June 2022. Two researchers independently assessed the relevance of references according to the inclusion criteria, first on title and abstract, and then in full text. We included systematic reviews on the effect of psychosocial interventions compared with no treatment, usual care or other treatment for people with dementia. Reviews that did not fulfil criteria for a systematic review (clear inclusion criteria, search in databases, and risk of bias assessment) were excluded. Two researchers independently assessed the quality of the most updated systematic reviews (with the newest literature searches) using the AMSTAR 2 checklist. One researcher extracted data on seven main outcomes: general cognition, depression, behavioural and psychological symptoms of dementia (BPSD), activities of daily life, quality of life, need for full time care, and burden of care for next of kin. Another researcher checked the data extraction. Confidence in the effect estimates were assessed using the GRADE approach. Where the systematic review authors had made their own GRADE assessments, we used these. For non-graded reviews, we made the judgements.

Results

We included 20 systematic reviews of high or moderate quality that collectively assessed the effects of 15 psychosocial interventions for people with dementia. In this executive summary we present the effect estimates with 95 % confidence interval (CI) for interventions and outcomes we have high or moderate confidence in, and only change and direction for results of low confidence.

Cognitive therapy probably causes a small reduction in symptoms of depression (SMD 0.23 SD lower, CI 0.37 lower to 0.10 lower), a small improvement in function of daily activities (SMD 0.25 SD lower, CI 0.40 lower to 0.09 lower) a small improvement in quality of life (SMD 0.31 SD higher, CI 0.13 higher to 0.50 higher) (moderate confidence), but small or no change in general cognition (low confidence).

Cognitive training probably causes a small to medium reduction in symptoms of depression (SMD 0.48 SD lower, CI 0.71 lower to 0.24 lower) (moderate confidence) and may improve cognition (low confidence).

Virtual cognitive interventions probably lead to small improvements in general cognition (SMD 0.36 SD higher, CI 0.16 higher to 0.57 higher) and small to medium reductions in symptoms of depression (SMD 0.45 SD lower, CI 0.79 lower to 0.12 lower) (moderate confidence).

Reminiscence therapy causes little or no change in cognition (SMD 0.11 SD higher, CI 0 to 0.23 higher) or symptoms of depression (SMD 0.03 SD lower, CI 0.15 lower to 0.1 higher) (high confidence), and probably causes little or no change in quality of life (SMD 0.11 SD higher, CI 0.12 lower to 0.33 higher) (moderate confidence). The effect of reminiscence therapy in activities of daily living is uncertain (low confidence).

Occupational therapy may cause little or no change in cognition and BPSD (low confidence).

Music therapy, measured at the end of the intervention, causes a small reduction in symptoms of depression (SMD 0.27 SD lower, CI 0.45 lower to 0.09 lower) and BPSD (SMD 0.23 SD lower, CI 0.46 lower to 0.01 lower) (moderate confidence), and may cause a small improvement in quality of life and little or no change in cognition (low confidence). Four weeks or more after the end of music therapy, there may be little or no change in general cognition, symptoms of depression and BPSD or quality of life (low confidence).

Dance therapy may improve general cognition and reduce BPSD (low confidence).

Animal assisted therapy probably leads to a small to moderate reduction in symptoms of depression (SMD 0.45 SD lower, CI 0.63 lower to 0.27 lower) and BPSD (SMD 0.43 SD lower, CI 0.62 lower to 0.23 lower) (moderate confidence).

Therapy using robots (human like and animal like) may lead to a small reduction in symptoms of depression but may cause little or no change in cognition (low confidence).

Multi component interventions probably cause little or no change in quality of life (authors did not present effect estimates, but reported moderate confidence in the results), but may improve activities of daily life and may cause little or no change in cognition (low confidence).

Personally tailored activities may lead to a small to moderate reduction in BPSD and reduced burden of care for next of kin, but little or no change in symptoms of depression and quality of life (low confidence).

All the main outcomes were not reported for all the therapies, and for several of the main outcomes that were reported, the confidence in the effect estimate was very low.

We do not know, or are very uncertain about, effects of **cognitive stimulation, cognitive rehabilitation, de-escalation therapy** and **sensory stimulation** for people with dementia.

Effects were generally assessed immediately or shortly after the therapy ended, therefore there are very little information available regarding long term effects of these psychosocial therapies.

Discussion

People with all degrees and many types of dementia were included in the systematic reviews. The available knowledge thus includes a wide population, but we have little direct information on effects for specific subgroups. Furthermore, the effect of some of the therapies are uncertain because of missing data or because available data is highly uncertain (low certainty of evidence). One important, and recurrent reason for downgrading our confidence in the effect estimates was wide confidence intervals, so wide as to include both no effect, small effect or moderate effect. There is a need for new randomized trials with larger numbers of participants to achieve more precise effect estimates and sound conclusions. Studies with a more homogenous population may provide more precise effect estimates, but may be less relevant for clinical practice, because people with dementia is a highly heterogeneous group with multiple and overlapping challenges. There were few reviews on the burden of next of kin, and none of the included reviews reported the need for full time care. New studies should include these outcomes and should have a sufficiently long follow up to inform on long term effects of psychosocial therapies. Within the Norwegian health care system, we expect that psychosocial therapies will be tailored to the level of daily activities and preferences of the person with dementia, and that different therapies may be combined. However, we know little about the effect of personally tailored therapies and only a few combinations of therapies were identified in our review. There is thus a need for more research about these types of psychosocial therapies.

Conclusion

The following psychosocial therapies are probably beneficial for people with dementia: cognitive therapy, cognitive training, virtual cognitive therapy, reminiscence therapy, music therapy, and animal assisted therapy. Additionally, dance therapy, therapy with robots, multi component interventions, and personally tailored activities may be beneficial, but occupational therapy may have little or no effect. We do not know, or are very uncertain about, effects of cognitive stimulation, cognitive rehabilitation, de-escalation therapy, and sensory stimulation for people with dementia.

Effects were assessed for general cognition, depression, BPSD, activity of daily living, quality of life, or burden on next of kin. We have not found information about all the main outcomes for any of the psychosocial therapies. Nor do we know if these psychosocial therapies affect the need for full time care for people with dementia. Outcomes were generally measured immediately, or shortly after end of therapy, and, hence, there is a lack of information on long term effects of these psychosocial therapies.

Forord

Folkehelseinstituttet (FHI) fikk i mai 2022 i oppdrag av Helsedirektoratet å oppdatere en systematisk kunnskapsoppsummering om psykologiske tiltak for personer med demens. Den forrige kunnskapsoppsummeringen var en oversikt over systematiske oversikter og ble publisert i 2014. Helsedirektoratet ønsket en oppdatering av kunnskapsgrunnlaget for tiltakene som ble undersøkt i den forrige oppsummeringen, og ønsket også at også at andre tiltak som kan klassifiseres som psykososiale skulle vurderes. Den nye systematiske oversikten skal brukes ved oppdatering av nasjonal faglig retningslinje for demens. For å løse dette oppdraget har vi samlet og sammenstilt de mest oppdaterte systematiske oversiktene som har vurdert effekten av psykososiale tiltak for personer med demens og laget en ny oversikt over systematiske oversikter.

Område for helsetjenester, FHI, følger en felles framgangsmåte i arbeidet med kunnskapsoppsummeringer, dokumentert i håndboka «Slik oppsummerer vi forskning». Det innebærer blant annet at vi kan bruke standardformuleringer når vi beskriver metode, resultater og i diskusjon av funnene.

Bidragstyttere

Prosjektleder: Gunn Elisabeth Vist

Interne prosjektmedarbeidere ved FHI:

Jon-Vidar Gaustad

Gyri Hval

Vigdis Underland

Takk til eksterne fagfeller Bjørn Lichtwarck ved Sykehuset Innlandet og Siren Eriksen ved Nasjonalt senter for aldring og helse, og takk til intern fagfelle Signe Flottorp som har gjennomgått og gitt innspill til kunnskapsoppsummeringen.

Takk til Signe Louise Forsetlund for hjelp med kategorisering av oversiktene.

Oppgitte interessekonflikter

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

Folkehelseinstituttet tar det fulle ansvaret for innholdet i rapporten.

Kåre Birger Hagen
fagdirektør

Hege Kornør
avdelingsdirektør

Gunn Elisabeth Vist
prosjektleder

Innledning

Hva er demens?

Demens er et syndrom som følger ulike sykdommer eller skader i hjernen (1). Demens kjennetegnes ved forandringer i både kognisjon og atferd. Kognisjon omhandler blant annet bevissthet, oppmerksomhet, oppfatning, tenking, språk, hukommelse og kommunikasjon, mens atferd dreier seg om handlinger (hovedsakelig viljestyrte). Personer med demens kan utvikle atferdsmessige og psykologiske symptomer som aggresjon, fysisk og verbal uro, depresjon, angst, agitasjon, apati, psykosesymptomer, manglende hemninger, og/eller utfordrende atferd. Over 90% av personer med demens vil utvikle ett eller flere av disse symptomene, men både symptomtype og alvorlighet kan variere for ulike personer (1). Symptomene kan oppstå tidlig eller sent i sykdomsforløpet og kan endres over tid. Et demensforløp kan gå sakte de første årene, før man senere ser merkbare endringer på kort tid. Demenstilstanden påvirker dagliglivets aktiviteter, som i forløpet av lidelsen innebærer at personer med demens kan ha behov for hjelp hele døgnet (2). Det er vanlig at utviklingen har et forløp på rundt ti år (3).

Demensdiagnosen fastsettes når de seks kriteriene for demenssykdom i det internasjonale klassifikasjonssystemet for sykdommer (ICD-10) er til stede (1):

1. Hukommelsen må være betydelig dårligere enn hva den var tidligere i livet, og spesielt gjelder dette hukommelsen for informasjon og egenopplevde hendelser i nær fortid. Unntak kan være sjeldnere demenssykdommer, slik som frontotemporal demens, der hukommelsessvikt sjelden er fremtredende i tidlige stadier av demenssykdommen.
2. Minst én annen kognitiv funksjon, for eksempel orienteringsevne i tid eller sted, språklig kommunikasjonsevne, logisk resonneringsevne, planleggingsevne og/eller vurderingsevne må være redusert sammenlignet med tidligere.
3. Hukommelsen og den øvrige intellektuelle svikten må være så redusert at man ikke lenger klarer å fungere i vante omgivelser og utføre dagligdagse oppgaver slik man gjorde tidligere.
4. Atferden, eller væremåten, må være forandret. Man kan for eksempel bli mer passiv, tiltaksløs, irritert, bli fortere sint eller bli mistenksom for å nevne noen typiske atferdsendringer.
5. For å kunne skille demenssyndromet fra delirium, som er et annet syndrom som kan oppstå raskt i forbindelse med en alvorlig somatisk sykdom eller legemiddelpåvirkning, må symptomene beskrevet under 1-4 ha vedvart over tid i minst 6 måneder.

6. I ICD-10 er det også lagt vekt på at pasienten må ha normal bevissthet for at demensbegrepet skal kunne anvendes. Denne betingelsen er nok ikke alltid til stede ved alvorlig grad av demens.

Demens utgjorde 9,8 prosent av alle registrerte dødsårsaker i 2019 (4). Forekomst av demens øker med alder, og demens er mer utbredt blant kvinner enn menn (2). Den mest utbredte typen av demens er forårsaket av *Alzheimers sykdom* og omtales ofte som *Alzheimers demens* (57 %). De andre typene av demens er *vaskulær demens* (10 %), *blandet demens* (9 %), *demens med lewylegemer* og *Parkinsons sykdom med demens* (4 %) og *frontotemporal demens* (2 %). En relativt stor andel blir klassifisert med *uspesifisert demens* (17 %) (2).

Personer med demens utgjør en stor brukergruppe i omsorgstjenesten. Om lag 80 % av alle beboere i sykehjem har en demenslidelse. Over halvparten av personer med demens bor hjemme med hjelp fra sine nærmeste pårørende, men denne gruppen har ofte også behov for ulike typer hjemmehjelp (2).

Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse rapporterte i 2020 at 101 000 personer i Norge har demens (2). Dette tallet ble beregnet å øke til 235 000 i år 2050 og til 380 000 personer innen år 2100. Disse tallene gir et viktig grunnlag for å beregne tjenestebehov i tiden framover, og synliggjør behovet for tiltak for personer med demens. Pasienter med alvorlig atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens (APSD), oppleves ofte som utfordrende pasienter, og krever gjerne mye ressurser fra både pårørende og helse- og omsorgspersonell (2). Psykososiale tiltak kan ha stor betydning for personer med demens, og det er derfor viktig å undersøke effekten av slike tiltak.

Psykososiale tiltak for personer med demens

Helsedirektoratet anbefaler at kommune eller andre som er ansvarlige for demensomsorgen skal tilby miljømessige og psykososiale tiltak basert på personsentrert omsorg ved forekomst av atferdsmessige og psykologiske symptomer som agitasjon, aggresjon og psykose ved demens (5). Personsentrert omsorg handler om å ta utgangspunkt i den enkelte person med demens og utforme omsorgen og behandlingen etter det. I praksis betyr det at to personer med demens kan få veldig ulike former for omsorg og behandling. Dels fordi de kan ha ulike interesser, vaner og omgivelser, og dels fordi de kan ha ulike symptomer og ulik grad av demens (3).

Psykososiale tiltak er sammensatte tiltak som har som mål å støtte og gi råd til personer med ulike utfordringer knyttet til blant annet mental helse, som demens. Det er ikke mulig å kurere demens, men god behandling kan forsinke utvikling av symptomer (3). God behandling kan hjelpe personer med demens til å mestre hverdagen best mulig med de funksjonsnedsettelsene de måtte ha, og kan bidra til at personer med demens kan klare seg selv lenger. Effektive tiltak kan ha stor betydning for livskvaliteten til både personer med demens og deres pårørende (3).

Psykososiale tiltak omfatter ulike former for samtaleterapi, herunder psykologiske terapiformer. Det kan også omfatte tiltak rettet mot familien for å gi opplæring om demens, mestringsstrategier og informasjon om hvordan familiemedlemmer kan avdekke forverring av demenstilstanden (6).

Psykologiske terapiformer er forankret i psykologiske teorier og modeller, og behandlingen kan være utført av helsepersonell som psykiatere, andre leger, psykologer, sykepleiere, sosionomer eller annet helsepersonell med spesialisert opplæring. Psykologiske tilnærminger til behandling kan ha som mål å støtte personene med å leve med demens og håndtere ulike symptomer på demens eller stimulere kognitive funksjoner ved å stimulere sanser ved å bruke bilder og musikk (7).

Hvorfor er det viktig å utføre denne kunnskapsoppsummeringen?

Kunnskapsgrunnlaget om effekten av ikke-medikamentelle tiltak for personer med demens ble systematisk gjennomgått i to oversikter over systematiske oversikter i 2014, den ene oversikten omhandlet effekten av psykologiske tiltak (7) og den andre omhandlet effekten av fysisk aktivitet (8). Hovedtrekk i konklusjonen i begge disse oversiktene var at det manglet systematiske oversikter for mange av de mye brukte tiltakene og for mange av de viktige utfallene.

Fordi vi stadig lever lenger blir det stadig flere personer som lever med demens. Det er behov for å oppsummere og vurdere effekt av psykososiale tiltak for personer med demens, for å undersøke om slike tiltak kan gjøre at personer med demens kan klare seg selv lenger. Effektive tiltak kan ha stor betydning for den enkelte som rammes, og kan også bety mye for pårørende og helse- og omsorgspersonell. Dersom psykososiale tiltak kan endre eller utsette behov for heldøgnsomsorg, vil tiltakene kunne få stor økonomisk betydning for samfunnet.

Helsedirektoratet skal oppdatere nasjonal faglig retningslinje om demens og har bestilt en oppdatert systematisk oversikt over systematiske oversikter om effekten av psykososiale tiltak for personer med demens.

Mål og problemstilling

Hensikten med denne systematiske oversikten over systematiske oversikter var å undersøke effekter av psykososiale tiltak for personer med demens.

Metode

Vi har utarbeidet en systematisk oversikt over systematiske oversikter om effekten av psykososiale tiltak for personer med demens. Vi har fulgt anbefalinger fra Folkehelseinstituttets metodehåndbok «Slik oppsummerer vi forskning» (9), Cochrane Handbook (10) og prosjektplanen vår (11).

Prosjektplan

Vi laget en prosjektplan som ble fagfellevurdert og publisert juni 2022 (11). Vi avklarte prosjektplanen med oppdragsgiver Helsedirektoratet før vi utførte oppsummeringen.

Inklusjonskriteriene i prosjektplanen beskrev at vi skulle inkludere systematiske oversikter om personer med demens, med henvisning til definisjonen i det internasjonale klassifiseringssystemet ICD-10. Noen systematiske oversikter beskrev at deltakerne hadde en demensdiagnose i henhold til ICD-10 eller det amerikanske klassifiseringssystemet DSM-5, mens andre oversikter oppgav at deltakerne hadde demens uten å hen vise til klassifiseringssystem. Vi valgte å inkludere systematiske oversikter om personer med demens uavhengig av hvilket klassifiseringssystem som ble benyttet og uavhengig av om klassifiseringssystemet ble navngitt i oversikten. Vi valgte også å inkludere systematiske oversikter om personer med Alzheimers sykdom. Ikke alle personer med Alzheimers sykdom har demens. Alzheimers sykdom og demens er likevel tett knyttet fordi alle med Alzheimers sykdom utvikler demens i løpet av sykdomsforløpet og fordi Alzheimers sykdom er den vanligste årsaken til demens (12). Noen forskningsgrupper bruker begrepet *Alzheimers demens* for å beskrive personer med Alzheimers sykdom og demens, men flere av oversiktene vi fant omtalte Alzheimers sykdom som en demenstype. Vi har gjengitt forfatterens beskrivelse av populasjon for alle de inkluderte systematiske oversiktene (se «Beskrivelse av de inkluderte systematiske oversiktene»).

Prosjektplanen beskrev at vi skulle sortere de inkluderte systematiske oversikter etter hvilken symptomgruppe de psykososiale tiltak var rettet mot, og at vi skulle presentere resultatene fra den mest oppdaterte oversikten for hver kategori. Denne type sortering viste seg å være lite hensiktsmessig fordi det var uklart hvilken symptomgruppe enkelte tiltak var rettet mot og fordi andre tiltak var rettet mot mer enn en symptomgruppe. Vi valgte derfor å sortere de inkluderte systematiske oversiktene etter hvilket psykososialt tiltak de undersøkte, og presenterte resultatene fra den mest oppdaterte oversikten for hvert tiltak (som beskrevet i «Presentasjon av resultater» under). Dette

valget innebar at vi rapporterte resultatene mer detaljert enn det vi planla i prosjektplanen.

Videre listet prosjektplanen opp et stort antall utfall (jfr. inklusjonskriterier under). Tilfanget av relevante systematiske oversikter var stort og de ulike oversiktene rapporterte ofte forskjellige men beslektede utfall. Vi valgte å rapportere de syv hovedutfallene generell kognisjon, depresjonssymptomer, atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens (APSD), daglig funksjon, livskvalitet, behov for heldøgnsomsorg, og omsorgsbyrde for pårørende i vår oversikt. Avsnittet «Beskrivelse av inkluderte systematiske oversikter» beskriver dette mer detaljert. Dette valget reduserte antallet utfall og følgelig også antall effektestimater og vurderinger av tillit. Vi håper de syv felles hovedutfallene også vil gjøre det enklere å sammenligne effekten av ulike tiltak.

Bortsett fra disse avvikene har vi utarbeidet denne oversikten over systematiske oversikter i tråd med prosjektplanen.

Inklusjonskriterier

Vi hadde følgende inklusjonskriterier:

Populasjon	Personer med demens (ICD-10 definisjoner)
Intervensjon (Psykososiale tiltak)	Psykososiale tiltak, slik som: Kognitiv terapi, kognitiv stimulering, kognitiv rehabilitering og kognitiv trening Sansestimulering Brukerskoler og demensskoler Musikkterapi Dyreassisterte tiltak Multikomponente tiltak bestående av flere tiltak hvorav minst ett av tiltakene er inkludert i listen over*
Sammenligning	Ingen tiltak eller annet tiltak inklusive annet psykososialt tiltak
Utfall	Nevropsykiatriske symptomer slik som aggresjon, fysisk og verbal uro (agitasjon), depresjon, angst, apati og psykosesymptomer (vrangforestillinger og hallusinasjoner), manglende hemninger, atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens (APSD) og utfordrende atferd Kognisjon (for eksempel mål på språk eller hukommelse) Livskvalitet Daglig funksjon og mestringsevne Heldøgnsomsorg (for eksempel utsettelse av flytting til heldøgnsomsorgsbolig/ institusjon) Vi inkluderte også livskvalitet og omsorgsbyrde hos pårørende

Studiedesign	Systematiske oversikter av høy eller moderat kvalitet vurdert ved hjelp av AMSTAR 2-sjekklisten
Publikasjonsår	2018, 2019, 2020, 2021 og 2022
Land/Kontekst	Søk uten begrensninger, men kun systematiske oversikter med inklusjonskriterier som tilsier at en studie utført i Norge og som også oppfyller de andre inklusjonskriteriene ville ha blitt inkludert.
Språk	Dansk, engelsk, norsk og svensk

** Vi inkluderte multikomponente tiltak som inneholdt minst ett psykososialt tiltak i kombinasjon med andre tiltak (også dersom de andre tiltakene ikke kunne defineres som psykososiale). Vi benyttet brede og inkluderende tolkninger av psykososiale tiltak i vurdering av inklusjon/eksklusjon.*

Eksklusjonskriterier

Vi ekskluderte ikke-systematiske oversikter og systematiske oversikter av lav eller kritisk lav kvalitet. Vi ekskluderte oversikter publisert før 2018 fordi disse oversiktene ikke omtaler/inkluderer den nyeste forskningen. Oversikter publisert i tidsrommet 2018-2022 vil kunne inkludere primærstudier som er nyere enn 2018 og vil samtidig også inkludere primærstudier som er publisert før 2018. Vi ekskluderte oversikter med et geografisk perspektiv som tilsier at en studie utført i Norge ikke ville ha blitt inkludert, for eksempel med søkelys på lav- og middelinntektsland. Dermed ble også oversikter med et nasjonalt perspektiv som kun inkluderer studier som er utført i eget land (ikke Norge) ekskludert.

Litteratursøk

Søk i databaser

Bibliotekar Gyri Hval utarbeidet en søkestrategi i samarbeid med prosjektgruppen og utførte søkene. Søket inneholder relevante kontrollerte emneord (blant annet Dementia, Cognitive Behavioral Therapy, Sensory Art Therapy og Therapy Animals), tekstord og avgrensninger som gjenspeiler inklusjonskriteriene (publisert fra og med 2018 til juni 2022). En annen bibliotekar (Martin Smådal Larsen) fagfellevurderte søkestrategien. Søket ble avsluttet i juni 2022 og inkluderer søk i følgende databaser:

- Cochrane Database of Systematic Reviews
- Epistemonikos
- PsycINFO
- MEDLINE
- Embase

Gyri Hval gjennomførte dublettkontroll i EndNote (13), og importerte deretter de resterende referansene til referansehåndteringsprogrammet EPPI-Reviewer (14) der vi fjernet ytterligere noen dubletter. Søket er dokumentert i vedlegg 1.

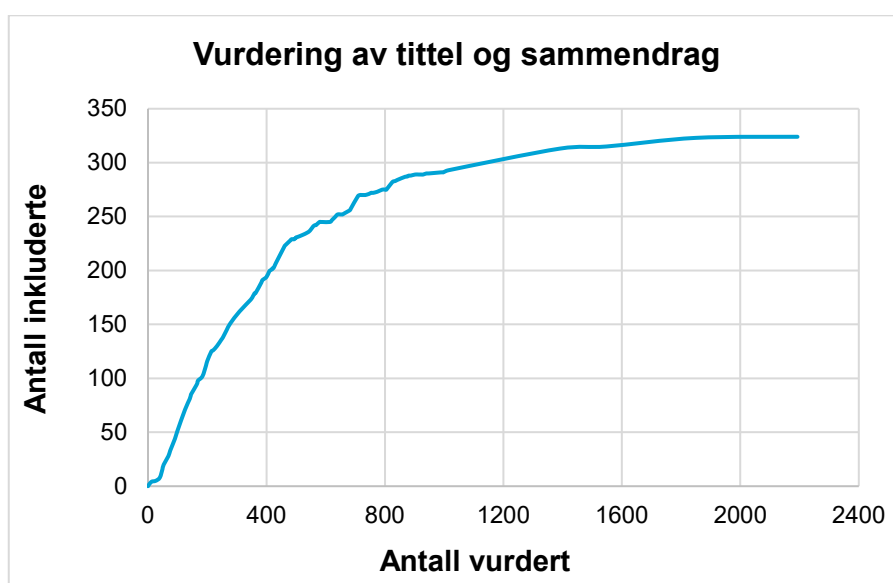
Søk i andre kilder

Grunnet meget stort tilfang av systematiske oversikter (n= 306 oversikter inkludert til fulltekstvurderingen) sjekket vi ikke referanselistene i inkluderte systematiske oversikter eller andre publikasjoner for å identifisere flere relevante oversikter.

Utvelging av studier

To prosjektmedarbeidere (for eksempel Vigdis Underland og Jon-Vidar Gaustad eller Gyri Hval og Gunn Vist) gjorde uavhengige vurderinger av titler og sammendrag fra literatursøket opp mot inklusjonskriteriene. Vi piloterte disse vurderingene for å sikre at prosjektmedarbeiderne hadde en felles forståelse av inklusjonskriteriene. Vi innhentet i fulltekst studiene som vi var enige om var relevante. To prosjektmedarbeidere gjorde deretter uavhengige vurderinger av fulltekstene opp mot inklusjonskriteriene. Uenighet om vurderingene av titler og sammendrag og av fulltekster løste vi ved diskusjon eller ved å konferere med en tredje prosjektmedarbeider. Vi brukte det elektroniske verktøyet EPPI-Reviewer (14) i utvelgesprosessen.

I arbeidet med å vurdere titler og sammendrag benyttet vi «priority screening» som er en rangeringsalgoritme i programvaren EPPI-Reviewer (14). Algoritmen lærer opp av våre avgjørelser om inklusjon og eksklusjon av referanser på tittel- og sammendragsnivå. Referanser som algoritmen anså som mer relevante ble skjøvet frem i køen. På denne måten var det tenkt at vi skulle få et raskere overblikk over hvor mange referanser som muligens treffer inklusjonskriteriene enn om vi hadde lest referansene i tilfeldig rekkefølge. Ved en tydelig utflating av inklusjonskurven, planla vi at kun én prosjektmedarbeider skulle vurdere de gjenstående referansene alene (som beskrevet i prosjektplanen). Dette ble imidlertid ikke aktuelt fordi inklusjonskurven ikke flatet ut før helt på slutten (Figur 1). Vi planla også å vurdere å stoppe å screene manuelt basert på antakelsen om at de resterende referansene høyst sannsynlig var irrelevante. Dette ble heller ikke aktuelt av samme grunn.



Figur 1. Progresjonen ved vurdering av tittel og sammendrag (inklusionskurven).

Vurdering av kvaliteten på systematiske oversikter

Vi inkluderte bare systematiske oversikter av høy eller moderat kvalitet.

Vi sorterte relevante systematiske oversiktene etter intervensjon og utfall. Videre kvalitetsvurderte vi de mest oppdaterte systematiske oversiktene (nyest søkedato) for hver kombinasjon av intervensjon og utfall til vi fant en oversikt med moderat eller høy kvalitet. Oversikter som åpenbart ikke oppfylte kravene for å kunne kalles en systematisk oversikt (tydelig problemstilling, søk i databaser og vurdering av risiko for systematiske skjevheter) ble ekskludert uten kvalitetsvurdering.

Vi vurderte kvaliteten til systematiske oversikter med AMSTAR 2-sjekklisten (15). To medarbeidere gjorde disse vurderingene uavhengig av hverandre. Uenighet om vurderingene løste vi ved diskusjon eller ved å konferere med en tredje medarbeider.

Den fullstendige AMSTAR 2-sjekklisten er presentert i vedlegg 2. AMSTAR 2-sjekklisten inneholder 16 spørsmål hvorav syv spørsmål defineres som kritiske. For å oppnå høy eller moderat kvalitet, må en systematisk oversikt svare «ja» på alle de kritiske spørsmålene. Et av de kritiske spørsmålene er hvorvidt forfatterne har laget og publisert en protokoll før den systematiske oversikten ble gjennomført. Vi ga systematiske oversikter uten publisert protokoll vurderingen «≤ lav kvalitet» uten at de andre spørsmålene i AMSTAR 2-sjekklisten ble vurdert. Disse systematiske oversiktene ville fått vurderingen lav eller kritisk lav kvalitet avhengig av svarene på de andre spørsmålene i sjekklisten, men ville ikke kunne oppnå vurderingen høy eller moderat kvalitet.

Uthenting av data

Én medarbeider (Vigdis Underland, Jon-Vidar Gaustad, Gyri Hval eller Gunn Vist) hentet ut data fra de inkluderte systematiske oversiktene og en annen medarbeider kontrollerte dataene opp mot de aktuelle publikasjonene. Ved uenighet konfererte vi med en tredje prosjektmedarbeider.

Vi hentet ut følgende data fra de inkluderte systematiske oversiktene: full referanse, informasjon om populasjonen, beskrivelse av tiltaket og sammenligning/kontrolltiltak, informasjon om utfallsmålene og effektdata. Vi piloterte datauthentingsskjemaet. Deres resultatene var presentert separat for kvinner og menn, ville vi ha innhentet og presentert også denne informasjonen.

Presentasjon av resultatene

Vi ønsket å presentere resultatene fra den mest oppdaterte oversikten for hvert psykososiale tiltak. Oversiktene med de nyeste litteratursøkene ville ha inkludert både nye og eldre primærstudier og samlet sett ha flest inkluderte primærstudier. Vi har så langt

som mulig fulgt forfatterens navngivning og definisjoner av de psykososiale tiltakene, og der vi har avveket fra dette beskrives det tydelig i resultatdelen. De 15 psykososiale tiltakene var:

- kognitiv terapi *
- kognitiv stimulering
- kognitiv rehabilitering
- kognitiv trening
- virtuell kognitiv trening
- reminisensterapi
- deeskalering
- sansestimulering
- brukerskoler
- musikkterapi
- sang og dans
- dyreassistert terapi
- robotterapi (både menneske- og dyrelignende roboter)
- multikomponente tiltak
- personsentrert tilpasning

** kognitiv terapi inkluderte kognitiv atferdsterapi (CBT), aksept- og forpliktelsesterapi (ACT), metakognitiv terapi (MCT), dialektisk atferdsterapi (DBT), mindfulness og atferdsterapi. Videre i rapporten omtaler vi denne gruppen terapier som kognitiv terapi.*

Det var ikke opplagt at den mest oppdaterte systematiske oversikten rapporterte alle utfall. Vi lagde derfor lister over både tiltak og utfall for å sikre oss at vi valgte systematiske oversikter som samlet dekket alle hovedutfallene våre (hovedutfallene defineres i «Beskrivelse av de inkluderte systematiske oversiktene»).

Vi presenterte resultatene fra den mest oppdaterte oversikten for hvert tiltak og hvert hovedutfall. Eksempelvis innebar dette at vi for tiltaket reminisensterapi brukte én systematisk oversikt til å dekke hovedutfallet daglig funksjon og én annen oversikt til å dekke andre hovedutfall.

Vurdering av tillit til resultatene

Med vurdering av tillit til resultatene mener vi en bedømmelse av i hvor stor grad vi kan stole på at forskningsresultatene viser 'sannheten' eller den 'virkelige' effekten av tiltakene vi undersøker. En annen måte å uttrykke det på er hvor godt dokumentert forskningsresultatene er. For å vurdere tillit til dokumentasjonen brukte vi GRADE-tilnærmingen (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) (16) og det digitale verktøyet GRADEpro (17). Grad av tillit er en kontinuerlig størrelse, men er av praktiske hensyn delt inn i fire kategorier: høy, middels, lav, svært lav. Kategoriene defineres slik:

Høy tillit	⊕⊕⊕⊕	Vi har stor tillit til at effektestimaten ligger nær den sanne effekten
Middels tillit	⊕⊕⊕○	Vi har middels tillit til effektestimaten: effektestimaten ligger sannsynligvis (trolig) nær den sanne effekten, men effektestimaten kan også være vesentlig ulik den sanne effekten. Vi bruker uttrykket trolig for å uttrykke vår tillit til resultatet.
Lav tillit	⊕⊕○○	Vi har begrenset tillit til effektestimaten: den sanne effekten kan være vesentlig ulik effektestimaten. Vi bruker uttrykket muligens for å uttrykke vår tillit til resultatet.
Svært lav tillit	⊕○○○	Vi har svært liten tillit til at effektestimaten ligger nær den sanne effekten. Vi bruker uttrykket uklart/usikkert for å uttrykke vår tillit til resultatet.

Vi brukte studiedesign som utgangspunkt og vurderte så fem kriterier for å komme fram til grad av tillit til dokumentasjonen: risiko for systematiske skjevheter (risk of bias), grad av konsistens/overensstemmelse mellom resultatene (consistency), sparsomme data/presisjon av data (precision), direktet (directness) og formidlingsskjevhet (publication bias). Når man inkluderer observasjonsstudier er det også mulig å vurdere oppgradering av dokumentasjonen. Det gjøres ved å vurdere følgende tre kriterier: sterke eller veldig sterke assosiasjoner/sammenhenger mellom tiltak og utfall (det vil si at den beregnede effekten er så stor at det er usannsynlig at den skyldes tilfeldigheter), store eller veldig store dose-responseeffekter, der alle sannsynlige forvekslingsfaktorer (confounders) ville ha bidratt til å redusere effektestimaten.

Flere beskrivelser av hvordan man bruker GRADE til å vurdere tilliten til resultatene fins i Guyatt og medarbeidere (16) og <https://www.gradeworkinggroup.org/>.

Vi vurderte tilliten til resultatene for følgende utfall: generell kognisjon, depresjonsymptomer, APSD, daglig funksjon, livskvalitet, behov for heldøgnsomsorg, og pårørendes omsorgsbyrde.

For noen systematiske oversikter hadde forfatterne vurdert tilliten til resultatene med GRADE-tilnærmingen. For disse oversiktene har vi videreformidlet forfatterens vurderinger. For systematiske oversikter som ikke hadde vurdert tillit til resultatene, har vi gjort disse vurderingene.

For de første tre tiltakene vurderte alle medarbeiderne tilliten til resultatene sammen. For de øvrige tiltakene, vurderte én medarbeider (Vigdis Underland, Jon-Vidar Gaustad, Gyri Hval eller Gunn Vist) tilliten til resultatene, og en annen medarbeider sjekket. Uenighet om vurderingene løste vi ved diskusjon eller ved å konferere med en tredje prosjektmedarbeider. Der oversiktsforfatterne hadde gradert selv var det én medarbeider som hentet ut informasjonen og oversatte til norsk og en annen medarbeider som sjekket.

I flere systematiske oversikter ble kontinuerlige utfall målt med ulike målemetoder og forfatterne beregnet følgelig standardiserte gjennomsnittsforskjeller (standardised mean difference; SMD). SMD tilsvarer Hedges g , som ofte tolkes på følgende måte: liten effektstørrelse $>0,2$, medium effektstørrelse $>0,5$ og stor effektstørrelse $>0,8$. Vi har benyttet denne tolkningen til å vurdere størrelsen til effekter i vår oversikt.

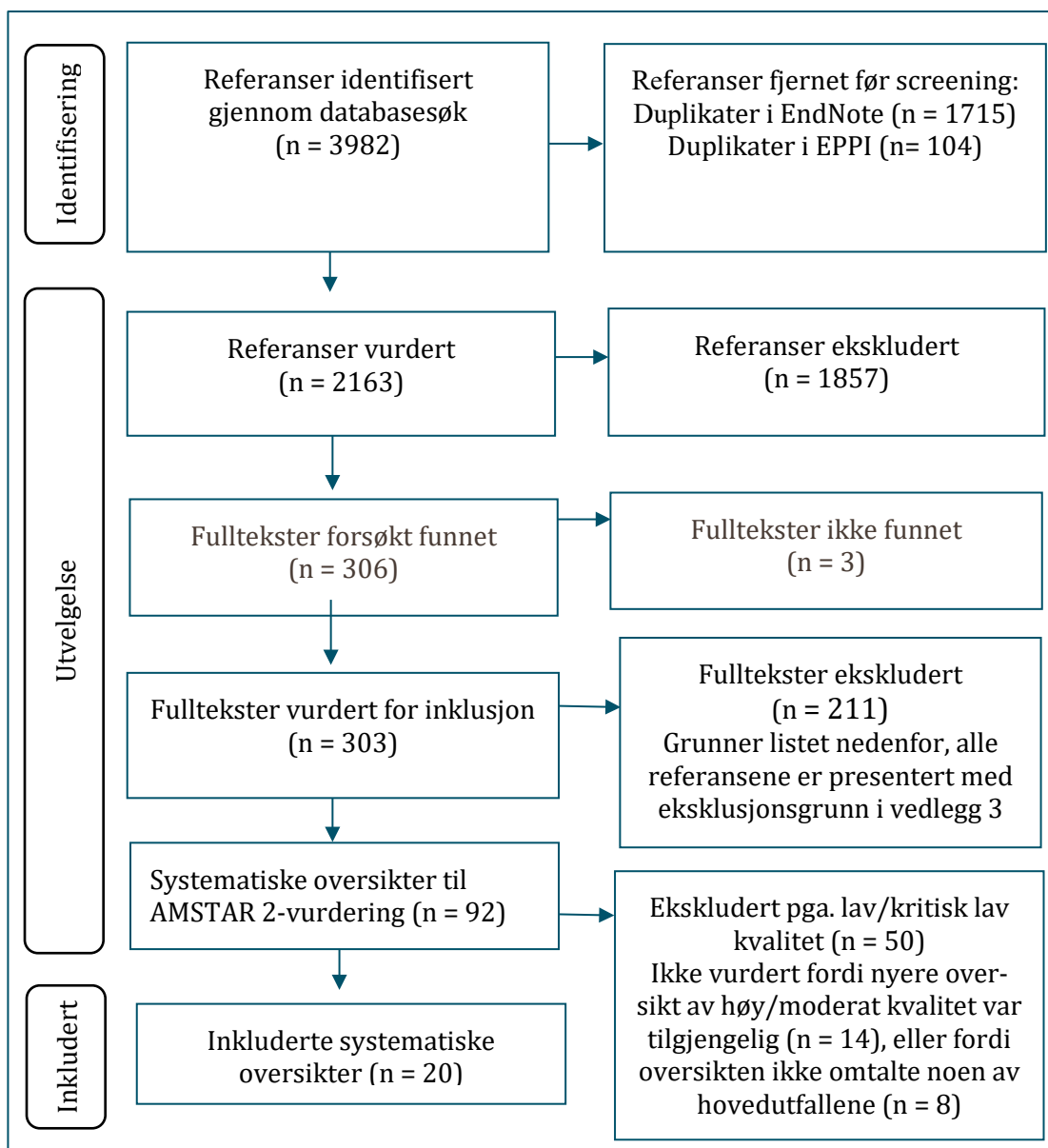
Andre vurderinger

Problemstillingen angikk effekten av psykososiale tiltak for personer med demens. Siden det ikke var en del av oppdraget og følgelig heller ikke problemstillingen, vurderte vi ikke etiske eller økonomiske konsekvenser ved tiltaket. Vi vurderte heller ikke aspekter som aksept, likeverd, organisatoriske følger eller andre konsekvenser ved tiltaket. I en fremtidig beslutningsprosess vil det være viktig å vurdere dette.

Resultater

Resultater av litteratursøket og utvelgelse av studier

Databasesøkene ga 3982 treff før fjerning av dubletter (Figur 2). Etter fjerning av dubletter satt vi igjen med 2163 referanser.



Figur 2: Flytdiagram over utvelgelse av studier

Vi ekskluderte 1857 referanser som åpenbart ikke oppfylte inklusjonskriteriene våre etter å ha vurdert tittel og sammendrag. Vi innhentet og vurderte 303 publikasjoner i fulltekst, tre referanser var ikke tilgjengelig i fulltekst. Av de 303 publikasjonene ekskluderte vi 211 av følgende grunner:

- Oversikten var publisert før 2018 (n = 7)
- Oversikten hadde kun søkt i én database (n = 6)
- Oversikten hadde ikke vurdert risiko for systematiske skjevheter (n = 47)
- Oversikten omhandlet ikke personer med demens (n = 33)
- Oversikten omhandlet ikke et psykososialt tiltak (n = 18)
- Oversikten telle og presenterte antall primærstudier med og uten effekt, men rapporterte ikke effektestimater for primærstudiene hverken enkeltvis eller samlet («vote counting») (n = 49)
- Publikasjonen var ikke en systematisk oversikt (for eksempel konferanseabstrakt, postere eller omtaler) (n = 51)

Av de 92 gjenværende oversiktene ekskluderte vi 72 oversikter av følgende grunner:

- Oversikten hadde lav eller kritisk lav kvalitet vurdert med AMSTAR 2 (n = 50)
- Oversikten ble ekskludert uten kvalitetsvurdering fordi tiltakene og utfallene i oversikten **allerede** var dekket av en nyere oversikt av høy eller moderat kvalitet (n = 14), eller fordi oversikten ikke omtalte noen av hovedutfallene våre (n = 8).

Vedlegg 3 lister publikasjonene som ble ekskludert, etter eksklusjonsgrunn. Noen av publikasjonene oppfylte flere eksklusjonsgrunner, men er bare listet opp for én eksklusjonsgrunn for å unngå dobbelttelling.

20 systematiske oversikter av høy eller moderat kvalitet ble inkludert (18-37).

Systematisering av oversiktene

Vi listet oversiktene for hvert tiltak slik at den mest oppdaterte oversikten (med det nyeste litteratursøket) sto øverst. Vi antok at oversiktene med de nyeste litteratursøkene inkluderte flest primærstudier. Videre lagde vi lister over utfall for å sikre oss at vi valgte systematiske oversikter som samlet dekket alle hovedutfallene våre (hovedutfallene defineres i «Beskrivelse av de inkluderte systematiske oversiktene» under). Listene med oversikter sortert etter utfall (utfallstabeller) er presentert i vedlegg 4.

Kvaliteten på de inkluderte systematiske oversiktene

Vi inkluderte bare systematiske oversikter av høy eller moderat kvalitet i vår oversikt (jfr. Inklusjonskriterier). For hvert av de 15 tiltakene begynte vi med å kvalitetsvurdere den mest oppdaterte oversikten (nyeste litteratursøk) med AMSTAR 2-sjekklisten. Vi fortsatte nedover listen til vi fant en oversikt som ble vurdert til å være av høy eller mo-

derat kvalitet. Dette gjorde vi for hvert av syv hovedutfall for alle tiltaksgruppene (hovedutfallene defineres i «Beskrivelse av de inkluderte systematiske oversiktene» under).

Vi vurderte 20 oversikter til å ha høy eller moderat kvalitet. Disse oversiktene ble inkludert og kvalitetsvurderingen er presentert i Tabell A i Vedlegg 2. Videre vurderte vi 50 oversikter til å ha lav, eller kritisk lav kvalitet. Kvalitetsvurderingen til disse ekskluderte oversiktene presenteres i Tabell B i Vedlegg 2. 22 oversikter ble ikke kvalitetsvurdert fordi tiltakene og utfallene i oversikten allerede var dekket av en nyere oversikt av høy eller moderat kvalitet, eller fordi de ikke omtalte noen av hovedutfallene. Utfallstabellene i Vedlegg 4 viser lister av oversikter for hvert utfall og tiltak, og viser både inkluderte oversikter (høy eller moderat kvalitet) og ekskluderte oversikter (lav eller kritisk lav kvalitet, eller ikke kvalitetsvurdert). I denne tabellen er det nødvendig å vise inkluderte og ekskluderte oversikter sammen for å dokumentere rekkefølgen for alle oversiktene (fra mest oppdatert til minst oppdatert). Inkluderte og ekskluderte oversikter har likevel forskjellig fargekode slik at det skal være lett å skille. Fullstendige referanser til de 50 oversiktene med lav eller kritisk lav kvalitet og de 22 oversiktene som ikke ble kvalitetsvurdert presenteres i Vedlegg 3.

Beskrivelse av de inkluderte systematiske oversiktene

Etter kvalitetsvurderingen med AMSTAR 2, satt vi igjen med 20 inkluderte systematiske oversikter av høy eller moderat kvalitet.

Populasjonen i de 20 systematiske oversiktene var personer med demens. Noen oversikter inkluderte alle typer demens eller spesifiserte ikke demenstype, mens andre oversikter inkluderte personer med Alzheimers sykdom (Tabell 1). Ikke alle personer med Alzheimers sykdom har demens, men flere av oversiktene vi fant omtalte Alzheimers sykdom som en demenstype. For eksempel oppgav oversiktene Ali 2022 og Masika 2020 at studiene inkluderte personer med Alzheimers sykdom eller andre typer demens (Tabell 1). Som beskrevet i avsnittet «*Prosjektplan*», har vi valgt å inkludere systematiske oversikter om personer med Alzheimers sykdom. Videre spesifiserte de fleste oversiktene ikke deltakernes demensgrad, eller inkluderte alle demensgrader. Noen få oversikter inkluderte bare spesifikke demensgrader slik som mild til moderat demens eller moderat til alvorlig demens. Tabell 1 beskriver også hvilke tiltak de 20 systematiske oversiktene undersøkte. Vi har så langt som mulig gjengitt forfatterne egne definisjoner og beskrivelser av tiltak, og oppgir flere detaljer i avsnittene som beskriver effekten av hvert tiltak. De 20 systematiske oversiktene sammenlignet tiltakene med ingen behandling, vanlig behandling eller annen behandling (Tabell 1). Ingen av de inkluderte systematiske oversiktene hadde presentert resultater for kvinner og menn separat.

Tabell 1. Beskrivelse av populasjon, intervensjon(er) og sammenligning for de mest oppdaterte systematiske oversiktene med høy eller moderat kvalitet

Systematisk oversikt (søkedato)	Populasjon	Intervensjon(er)	Sammenligning
Ali 2022 (18) (september 2020)	Personer med Alzheimers sykdom eller andre typer demens	Multikomponent tiltak som kombinerer kognitiv trening med fysisk trening.	Vanlig behandling eller annen aktiv behandling
Bahar-F 2019 (19) (juli 2018)	Personer med mild til moderat demens, og deres omsorgspersoner/pårørende	Kognitiv trening som omhandler kognitiv stimulering, kognitiv rehabilitering og kognitiv trening.	Vanlig behandling eller annen behandling
Ball 2020 (20) (mai 2020)	Personer med demens, alle alvorlighetsgrader	Sansestimulering (aromaterapi)	Vanlig behandling, ingen behandling eller placebo
Chen 2022 (21) (november 2021)	Personer med demens	Dyreassistert terapi	Ikke dyreassistert terapi (ingen behandling, vanlig behandling eller annen behandling ville blitt inkludert)
Herke 2018 (22) (januar 2018)	Personer med demens	Kognitiv terapi, sansestimulering, brukerskoler og demensskoler (occupational therapy)	Vanlig behandling eller annen behandling
Lai 2019 (23) (september 2019)	Personer med demens	Dyreassistert terapi	Vanlig behandling
Lourida 2020 (24) (oktober 2019)	Personer med demens	Sansestimulering, personsentrert tilpasning	Vanlig behandling
Lyons 2018 (25) (mai 2017)	Personer over 65 år som har en demensdiagnose	Dansebevegelser som terapi	Generelle gruppeaktiviteter
Manietta 2022 (26) (september 2020)	Personer med demens	Multikomponent tiltak som omfatter minst to psykososiale tiltak.	Vanlig behandling eller annen aktiv behandling
Masika 2020 (27) (september 2019)	Personer med Alzheimers sykdom eller andre typer demens	Sansestimulering	Vanlig behandling, ingen behandling eller annen behandling
Mohler 2020 (28) (september 2019)	Personer med demens	Personsentrert tilpasning	Vanlig behandling eller annen aktiv behandling (ikke personsentrert)
Orgeta 2022 (29) (februar 2021)	Personer med demens som bor hjemme eller på institusjon (de inkluderte også personer med mild kognitiv svikt)	Kognitiv atferdsterapi (CBT også inklusive PST, BA og atferds-mestrings-terapi) Tredje bølge CBT (inklusive MBCT) Psykodynamiske terapier Interpersonelle terapier Støtte og rådgivning	Vanlig behandling eller ingen behandling eller ikke-spesifiserte psykososiale aktiviteter
Pang 2021 (2020) (30)	Personer med demens, som bor hjemme eller får tiltak ved dagsenter eller hukommelses-klinikker	Virtuell kognitiv trening dvs. nettbasert (online) kognitiv trening	Ingen-, vanlig behandling eller ikke virtuell kognitiv trening
Ruiz-Muelle 2019 (31) (sier søk 2000, men inkluderer studier fra 2017)	Personer med Alzheimers sykdom	Dans som terapi	Vanlig behandling
Saragih 2021 (32) (januar 2020)	Personer med demens	Dyrerobotassistert terapi, menneskelignende roboter	Vanlig behandling
Scott 2019 (33) (mai 2018)	Personer med demens som bor hjemme	Kognitiv stimulering, kognitiv rehabilitering, reminisens terapi, brukerskoler og demensskoler, multikomponente tiltak	Vanlig behandling eller placebo
Spencer 2018 (34) (september 2017)	Voksne som bor i institusjon og som viser truende eller aggressiv atferd. Rapporterer separate data fra RCT som undersøker personer med demens.	Deeskalering	Vanlig behandling eller annen deeskaleringsteknikk

Van der S 2018 (35) (juni 2017)	Personer med demens	Musikkterapi (minst fem ganger)	Vanlig behandling eller annen behandling
Wang 2022 (36) (desember 2018)	Personer med Alzheimers sykdom	Kognitiv stimulering Kognitiv trening Kognitiv rehabilitering	Vanlig behandling, placebo eller ingen behandling
Woods 2018 (37) (april 2017)	Personer med demens	Reminisens terapi	Ingen behandling, vanlig behandling eller annen passiv behandling

Grønn farge indikerer høy kvalitet, blå farge indikerer moderat kvalitet

De 20 inkluderte systematiske oversiktene målte totalt 16 relevante utfall. Vi har i vår oversikt valgt å rapportere de syv hovedutfallene generell kognisjon, depresjonssymptomer, atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens (APSD), daglig funksjon, livskvalitet, behov for heldøgnsomsorg, og omsorgsbyrde for pårørende. Tabell 2 viser hvilke tiltak og hovedutfall de 20 systematiske oversiktene dekker. En utvidet tabell som viser tiltak og alle 16 relevante utfall presenteres i Vedlegg 5. Rekkefølgen til oversikter som undersøkte samme tiltak er bestemt av datoen for litteratursøket (mest oppdatert øverst).

Tabell 2. Oversikt over hovedutfall og tiltak for de mest oppdaterte systematiske oversiktene med høy eller moderat kvalitet.

Systematisk oversikt (søkedato)	Generell kognisjon	Depresjonssymptomer	APSD	Daglig funksjon	Livskvalitet	Behov for heldøgnsomsorg	Pårørendes omsorgsbyrde
Kognitiv terapi, CBT, ACT, MCT, DBT, mindfulness og atferdsterapi							
Orgeta 2022 (februar 2021)	X	X		X	X		X
Herke 2018 (januar 2018)	X			X	X		
Kognitiv stimulering							
Wang 2022 (desember 2018)	X	X	X	X	X		
Bahar-F 2019 (juli 2018)	X	X	X	X			X
Scott 2019 (mai 2018)				X			
Kognitiv rehabilitering							
Wang 2022 (desember 2018)	X	X	X	X	X		
Bahar-F 2019 (juli 2018)	X	X	X	X			X
Scott 2019 (mai 2018)				X			
Kognitiv trening							
Wang 2022 (desember 2018)	X	X	X	X	X		
Bahar-F 2019 (juli 2018)	X	X	X	X			X
Virtuell kognitiv trening							
Pang 2021 (2020)	X	X					
Reminisenssterapi							
Scott 2019 (mai 2018)				X			
Woods 2018 (april 2017)	X	X		X			
Deeskalering							
Spencer 2018 (septem 2017)					X		
Sansestimulering							
Ball 2020 (mai 2020)	X		X	X	X		X
Lourida 2020 (oktober 2019)			X		X		
Masika 2020 (sept 2019)	X						
Herke 2018 (januar 2018)	X			X	X		
Bruerskoler							
Scott 2019 (mai 2018)				X			
Herke 2018 (januar 2018)	X			X	X		
Musikkterapi							

Van der S 2018 (juni 2017)	X	X	X		X		
Sang og dans							
Lyons 2018 (mai 2017)	X						
Ruiz-Muelle 2019 (2000)	X			X	X		X
Dyreassistert terapi							
Chen 2022 (november 2021)		X	X	X	X		
Lai 2019 (september 2019)						X	
Robotassistert terapi (både menneskelignende og dyreroboter)							
Saragih 2021 (januar 2020)	X	X	X		X		
Multikomponente tiltak							
Ali 2022 (september 2020)				X			
Manietta 2022 (sept 2020)					X		
Scott 2019 (AMJ 2018)				X			
Persontilpassing							
Lourida 2020 (oktober 2019)			X		X		
Mohler 2020 (sept 2019)		X	X		X		X

Grønn farge indikerer høy kvalitet, blå farge indikerer moderat kvalitet

Valget om å rapportere syv hovedutfall innebærer at vi ikke rapporterer utfallene: hukommelse, orienteringsevne, språk og kommunikasjonsevne, evne til resonering, aggresjon, fysisk og verbal uro, angst, agitasjon, apati, psykosesymptomer, manglende hemninger, utfordrende atferd, «resilience» (som brukes om deltakernes evne til omstilling/tilpassing), smerte, søvn, og pårørendes livskvalitet, angst og depresjonssymptomer.

Hovedutfallet generell kognisjon ble i flere primærstudier målt med testene Mini-Mental State Examination (MMSE) eller Montreal Cognitive Assessment (MoCA). Disse testene undersøker flere egenskaper som hukommelse, orienteringsevne, språk og kommunikasjonsevne, og evne til resonering. Generell kognisjon dekker derfor alle disse utfallene og ble valgt for å redusere antall utfall og antall effektmål. Utfallet atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens, APSD, dekker aggresjon, fysisk og verbal uro, depresjonssymptomer, angst, agitasjon, apati, psykosesymptomer, manglende hemninger, og utfordrende atferd. Vi valgte å bruke utfallet APSD i vår oppsummering for å redusere antall utfall, men vi rapporterer i tillegg utfallet depresjonssymptomer fordi flere av de inkluderte systematiske oversiktene rapporterte depresjonssymptomer separat. Utfallet «resilience» (som brukes om deltakernes evne til omstilling/tilpassing) dekkes av hovedutfallet daglig funksjon og ble ikke rapportert i noen av de inkluderte oversiktene. Smerte og søvn forventes å påvirke livskvalitet og ble bare målt i noen få systematiske oversikter. Vi valgte å rapportere hovedutfallene daglig funksjon og livskvalitet, men ikke utfallene resilience, smerte og søvn i vår oppsummering. Blant de inkluderte systematiske oversiktene var det generelt få oversikter som rapporterte utfall for pårørende. Utfallene som ble rapportert for pårørende var omsorgsbyrde, livskvalitet, angst og depresjonssymptomer. Vi valgte å bruke omsorgsbyrde som hovedutfall fordi omsorgsbyrde forventes å være knyttet til pårørendes livskvalitet, angst og depresjonssymptomer.

Kognitiv terapi

To systematiske oversikter av høy kvalitet hadde vurdert effekten av kognitiv terapi: Orgeta 2022 (29) og Herke 2018 (22). Litteratursøket til Orgeta 2022 ble utført i februar 2021 og Herke 2018 utførte sitt litteratursøk i 2017. Orgeta 2022 dekket hovedutfallene generell kognisjon, depresjonssymptomer, APSD, daglig funksjon, livskvalitet, og pårørendes omsorgsbyrde. Alle de tre hovedutfallene som ble rapportert i Herke 2018 var allerede dekket av Orgeta 2022. Orgeta 2022 hadde brukt GRADE til å vurdere sin tillit til resultatene. Vi gjengir resultatene og vurderingene til Orgeta 2022 (oversatt til norsk).

Orgeta 2022 vurderte effekten av kognitiv terapi. Forfatterne sier at kognitive atferdsterapi omfatter terapi for å aktivere atferd og terapi basert på problemløsning. Vi har i vår oversikt viderefremmet resultatene fra studiene som vurderte kognitiv atferdsterapi. I tillegg omhandler Orgeta 2022 støtte- og rådgivningsterapier, mindfulness-basert kognitiv terapi og interpersonlig terapi (interpersonal therapy).

Generell kognisjon

Orgeta 2022 fant at kognitiv terapi sammenlignet med vanlig behandling muligens fører til liten eller ingen forskjell i generell kognisjon etter 10 uker til 2 års oppfølging (SMD 0,13 SD høyere, 95 % KI 0,04 lavere til 0,30 høyere). Effektestimatet var basert på fem randomiserte studier med til sammen 535 deltakere. Vi har lav tillit til resultatet (Tabell 3).

Depresjonssymptomer

Orgeta 2022 fant at kognitiv terapi sammenlignet med vanlig behandling trolig gir en liten reduksjon i depresjonssymptomer åtte uker til to år etter tiltaket (SMD 0,23 SD lavere, 95 % KI 0,37 lavere til 0,10 lavere). Effektestimatet er basert på 13 randomiserte studier med til sammen 893 deltakere. Vi har moderat tillit til resultatet (Tabell 3).

Orgeta 2022 fant også at flere personer med depresjon muligens ble bedre (remisjon fra depresjon) 10 til 12 uker etter tiltaket (RR 1,84, 95 % KI 1,18 til 2,88). Effektestimatet er basert på to randomiserte studier med til sammen 146 deltakere. Vi har lav tillit til resultatet (Tabell 3).

Atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens (APSD)

Orgeta 2022 fant at det er usikkert om kognitiv terapi sammenlignet med vanlig behandling påvirker APSD 10 uker til tre måneder etter tiltakets slutt (SMD 0,06 lavere, 95 % KI 0,26 lavere til 0,14 høyere). Effektestimatet var basert på fem randomiserte studier med til sammen 401 deltakere. Vi har svært lav tillit til resultatet (Tabell 3).

Daglig funksjon

Orgeta 2022 fant at kognitiv terapi sammenlignet med vanlig behandling trolig ga en liten bedring i daglig funksjon 12 uker til to år etter tiltaket (SMD 0,25 SD lavere, 95 % KI 0,40 lavere til 0,09 lavere). Effektestimatet var basert på syv randomiserte studier med til sammen 680 deltakere. Vi har middels tillit til resultatet (Tabell 3).

Livskvalitet

Orgeta 2022 fant at kognitiv terapi sammenlignet med vanlig behandling trolig ga en liten bedring i livskvalitet åtte til 15 uker etter tiltaket (SMD 0,31 SD høyere, 95 % KI 0,13 høyere til 0,50 høyere). Effektestimatet var basert på syv randomiserte studier med til sammen 459 deltakere. Vi har middels tillit til resultatet (Tabell 3).

Behov for heldøgnsomsorg

Ingen av de systematiske oversiktene rapporterte effekt av kognitiv terapi for utfallet behov for heldøgnsomsorg.

Pårørendes omsorgsbyrde

Orgeta 2022 fant at det er usikkert om kognitiv terapi sammenlignet med vanlig behandling påvirker pårørendes omsorgsbyrde (SMD 0,06 høyere, 95 % KI 0,18 lavere til 0,29 høyere). Effektestimatet var basert på to randomiserte studier med til sammen 289 deltakere, Vi har svært lav tillit til resultatet (Tabell 3).

Oppsummert: Kognitiv terapi sammenlignet med vanlig behandling fører trolig til en liten reduksjon i depresjonssymptomer, en liten bedring i daglig funksjon og livskvalitet, men muligens liten eller ingen endring i generell kognisjon. Det er usikkert hvilken effekt kognitiv terapi har på APSD og pårørendes omsorgsbyrde, og det mangler dokumentasjon om utfallet behov for heldøgnsomsorg.

Tabell 3. Kognitiv terapi for personer med demens

Utfall	Forventede absolutte effekter (95 % KI)		Relativ effekt (95 % KI)	Antall deltakere (# studier)	Tillit til effektestimatet (GRADE)
	Kontrollgruppe	Kognitiv terapi			
Generell kognisjon Oppfølging 10 uker til 2 år Målt med MMSE <i>Høyere skår betyr bedre kognisjon</i>	-	SMD 0,13 SD høyere (0,04 lavere til 0,30 høyere)	-	535 (5 RCT)	⊕⊕○○ LAV ^{a,b}
Depresjonssymptomer Oppfølging 8 uker til 2 år Målt med GDS, HDRS, MADRS, PHQ_9, CSDD <i>Lavere skår betyr reduksjon i depresjonssymptomer</i>	-	SMD 0,23 SD lavere (0,37 lavere til 0,10 lavere)	-	893 (13 RCT)	⊕⊕⊕○ MIDDELS ^a
Remisjon fra depresjon Oppfølging 10 til 12 uker Målt med MADRS og DSM-III-R <i>RR>1 innebærer en økning i remisjon (flere friske)</i>	-	-	RR 1.84 (1.18 til 2.88)	146 (2 RCT)	⊕⊕○○ LAV ^{a,c}
APSD Oppfølging 10 uker til 3 måneder Målt med NPI, RMBPC, BEHAVE-AD <i>Lavere skår betyr reduksjon i APSD</i>	-	SMD 0,06 SD lavere (0,26 lavere til 0,14 høyere)	-	401 (5 RCT)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{a,b,c}
Daglig funksjon Oppfølging 12 uker til 2 år Målt med ADL-PI, SDS, WHO-DAS2,0, BADL, ADCS-ADL, BADL, UPSA	-	SMD 0,25 SD lavere (0,40 lavere til 0,09 lavere)	-	680 (7 RCT)	⊕⊕⊕○ MIDDELS ^a

<i>Lavere skår betyr bedre daglig funksjon</i>					
Livskvalitet Oppfølging 8 til 15 uker Målt med DEMQOL, QoL-AD, LSI-A, QoL-AD NH <i>Høyere skår betyr bedre livskvalitet</i>	-	SMD 0,31 SD høyere (0,13 høyere til 0,50 høyere)	-	459 (7 RCT)	⊕⊕⊕○ MIDDELS ^a
Behov for heldøgnsomsorg	Ingen av de systematiske oversiktene rapporterte dette utfallet				
Pårørendes omsorgsbyrde <i>Lavere skåre betyr redusert omsorgsbyrde</i>	-	SMD 0,06 SD høyere (0,18 lavere til 0,29 høyere)	-	289 (2 RCT)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{a,b,c}

a. Nedgradert ett nivå for risiko for systematiske skjevheter.

b. Nedgradert ett nivå for lav presisjon (bredt konfidensintervall og/ relativt få hendelser)

c. Nedgradert ett nivå for inkonsistens (heterogenitet).

ADCS-ADL: Alzheimer's Disease Cooperative Study – Activities of Daily Living Inventory; ADL-PI: Activities of Daily-Living Prevention Instrument; B-ADL: Bayer Activities of Daily Living Scale; BADL: Bristol Activities of Daily Living; BEHAVE-AD: Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease; CSDD: Cornell Scale for Depression in Dementia; DEMQOL: Dementia Quality of Life Instrument; DSM-III-R: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; GDS: Geriatric Depression Scale; HDRS: Hamilton Depression Rating Scale; LSI-A: Life Satisfaction Index; MADRS: Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale; MMSE: Mini-Mental State Examination; NPI: Neuropsychiatric Inventory; PHQ-9: Patient Health Questionnaire-9; QoL-AD: Quality of Life-Alzheimer's Disease; SD, Standardavvik; SMD, Standardized Mean Difference; QoL-AD NH: Quality of Life in Alzheimer's Disease in Nursing Homes; RMBPC: Revised Memory and Behavior Problems Checklist; SDS: Sheehan Disability Scale; UPSA: University of California San Diego Performance-Based Skills Assessment; WHODAS 2.0: World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0

Kognitiv stimulering

Én systematisk oversikt med høy kvalitet, Bahar-Fuchs 2019 (19), og to systematiske oversikter med moderat kvalitet, Wang 2022 (36) og Scott 2019 (33), hadde vurdert effekten av kognitiv stimulering for personer med demens. Wang 2022 hadde det nyeste litteratursøket, utført i desember 2018, og hadde vurdert fem av våre syv hovedutfall. Bahar-Fuchs 2019 hadde et litteratursøk fra juli 2018 og vurderte fire av hovedutfallene som allerede var vurdert i Wang 2022. I tillegg hadde Bahar-Fuchs 2019 målt pårørendes omsorgsbyrde. Bahar-Fuchs 2019 definerte kognitiv stimulering og kognitiv rehabilitering som del av kognitiv trening, utfallet pårørendes omsorgsbyrde omtales derfor nedenfor, under kognitiv trening. Scott 2019 som hadde litteratursøk fra mai 2018, hadde kun sett etter effekt på daglig funksjon, som er dekket av de to nyere oversiktene.

Wang 2022 undersøkte både kognitiv stimulering, kognitiv rehabilitering og kognitiv trening, og presenterte separate resultater for hvert tiltak. Oversikten undersøkte effekt for pasienter med Alzheimers sykdom. Wang 2022 omtaler kognitiv stimulering som et tiltak gitt gjennom sosiale aktiviteter og gruppediskusjoner som har til hensikt å bedre eller i det minste å vedlikeholde kognitiv eller sosial funksjon.

Generell kognisjon, depresjonssymptomer, APSD, daglig funksjon, livskvalitet og behov for heldøgnsomsorg

Wang 2022 fant ingen studier som rapporterte effekt av kognitiv stimulering for noen av hovedutfallene våre til tross for at søket inkluderte alle utfallene.

Oppsummert: Det mangler dokumentasjon om effekt av kognitiv stimulering for personer med Alzheimers sykdom.

Kognitiv rehabilitering

Tre systematiske oversikter som hadde vurdert effekten av kognitiv rehabilitering ble vurdert til å ha høy eller moderat kvalitet: Wang 2022 (35), Bahar-Fuchs 2019 (18), og Scott 2019 (32). Wang 2022 hadde det nyeste litteratursøket, utført i desember 2018, og hadde vurdert fem av våre syv hovedutfall. Bahar-Fuchs 2019 hadde et litteratursøk fra juli 2018 og tre av de samme hovedutfallene som allerede var vurdert i Wang 2022. I tillegg hadde Bahar-Fuchs 2019 målt pårørendes omsorgsbyrde. Bahar-Fuchs 2019 definerte kognitiv stimulering og kognitiv rehabilitering som del av kognitiv trening. Utfallet pårørendes omsorgsbyrde er derfor omtalt nedenfor, under kognitiv trening. Scott 2019 som hadde litteratursøk fra mai 2018, hadde kun sett etter effekt på daglig funksjon, som er dekket av begge de to nyere oversiktene. Wang 2022 hadde ikke vurdert sin tillit til resultatene ved GRADE, derfor har vi vurdert tilliten.

Wang 2022 omtaler kognitiv rehabilitering som tiltak for å forbedre pasientens fungering i det daglige. Kognitiv rehabilitering omfatter å lære eller gjenlære viktig informasjon og å opprettholde dette over tid. Prosessen skjer i samarbeid med familiemedlemmer eller helsearbeidere for å opprettholde best mulig funksjon ved bruk av en individualisert tilnærming.

Generell kognisjon

Wang 2022 fant at det er usikkert om kognitiv rehabilitering sammenlignet med vanlig behandling, ingen behandling eller annen aktiv behandling påvirker generell kognisjon. Resultatet er basert på tre randomiserte studier med til sammen 467 deltakere, men studiene rapporterte ikke nok informasjon til å vurdere effekten. Vi har svært lav tillit til resultatet.

Depresjonssymptomer

Wang 2022 fant at det er usikkert om kognitiv rehabilitering sammenlignet med vanlig behandling, ingen behandling eller annen aktiv behandling påvirker depresjonssymptomer. Resultatet er basert på én randomisert studie med 401 deltakere. Oversikten rapporterte «ikke-signifikant» effekt, men presenterte ikke kvantitative resultater. Vi har svært lav tillit til resultatet.

Atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens (APSD)

Wang 2022 fant at det er usikkert om kognitiv rehabilitering sammenlignet med vanlig behandling, ingen behandling eller annen aktiv behandling påvirker APSD. Resultatet er basert på to randomiserte studier med 418 deltakere. Oversikten rapporterte «ikke-signifikant» effekt, men presenter ikke kvantitative resultater. Vi har svært lav tillit til resultatet.

Daglig funksjon

Wang 2022 søkte etter studier som undersøkte effekten av kognitiv rehabilitering på daglig funksjon, men fant ingen slike studier. Vi mangler informasjon om kognitiv rehabilitering påvirker daglig funksjon hos personer med demens.

Livskvalitet

Wang 2022 fant at det er usikkert om kognitiv rehabilitering sammenlignet med vanlig behandling, ingen behandling eller annen aktiv behandling påvirker livskvalitet. Resultatet er basert på én studie med 17 deltakere, studien rapporterte «ikke-signifikant» effekt, men presenterte ikke kvantitative resultater. Vi har svært lav tillit til resultatet.

Behov for heldøgnsomsorg

Ingen av de systematiske oversiktene rapporterte effekten av kognitiv rehabilitering for utfallet behov for heldøgnsomsorg. Vi vet derfor ikke hvordan kognitiv rehabilitering påvirker dette utfallet.

Oppsummert: Vi er usikre på hvilken effekt kognitiv rehabilitering har på generell kognisjon, depresjonssymptomer, APSD og livskvalitet for personer med Alzheimers sykdom. Kombinasjonen av at de kvantitative resultatene ikke er presentert og at det kun finnes få studier med relativt få deltakere gjør at vår tillit til disse resultatene gjennomgående er svært lav. Det mangler dokumentasjon om effekt av kognitiv rehabilitering på daglig funksjon og behov for heldøgnsomsorg.

Kognitiv trening (inklusive spill)

Én systematisk oversikt som ble vurdert til å ha høy kvalitet, Bahar-Fuchs 2019 (19), og én systematisk oversikt som ble vurdert til moderat kvalitet, Wang 2022 (36), hadde vurdert effekten av kognitiv rehabilitering. Wang 2022 hadde det nyeste litteratursøket, utført i desember 2018, og hadde vurdert fem av våre syv hovedutfall. Bahar-Fuchs 2019 hadde et litteratursøk fra juli 2018 og vurderte tre av hovedutfallene som allerede var vurdert i Wang 2022. I tillegg hadde Bahar-Fuchs 2019 målt pårørendes omsorgsbyrde, som rapportert nedenfor (etter Tabell 4). Wang 2022 hadde ikke vurdert tillit til resultatene med GRADE, så graderingen presentert i Tabell 4 er våre vurderinger.

Wang 2022 omtaler kognitiv trening som tiltak satt sammen av forskjellige oppgaver der hensikten er å forbedre deltakerens kognitive fungering med tanke på slik som hukommelse, orienteringsevne, oppmerksomhetsevne eller språk. Tiltakene ble ofte gitt hjemme hos deltakeren eller kombinert med veiledet opplæring.

Generell kognisjon

Wang 2022 fant at kognitiv trening (<10 uker) sammenlignet med vanlig behandling, ingen behandling eller annen behandling muligens ga bedring i generell kognisjon ved tiltaksslutt (MD 1,67 høyere, 95 % KI 0,45 høyere til 2,89 høyere). Effektestimatet er basert på åtte randomiserte studier med 327 deltakere. Vi har lav tillit til resultatet (Tabell 4).

Wang 2022 fant at kognitiv trening (10 til 20 uker) sammenlignet med vanlig behandling, ingen behandling eller annen aktiv behandling muligens førte til en bedring i generell kognisjon ved tiltaksslutt (SMD 1,61 høyere, 95 % KI 0,65 høyere til 2,56 høyere). Effektestimatet er basert på seks randomiserte studier med 566 deltakere. Vi har lav tillit til resultatet (Tabell 4).

Wang 2022 fant at kognitiv trening (>20 uker) sammenlignet med vanlig behandling, ingen behandling eller annen aktiv behandling muligens førte til en bedring i generell kognisjon ved tiltaksslutt (SMD 0,79 høyere, 95 % KI 0,33 høyere til 1,25 høyere). Effektestimatet er basert på syv randomiserte studier med 486 deltakere. Vi har lav tillit til resultatet (Tabell 4).

Wang 2022 fant at det er usikkert om kognitiv trening sammenlignet med vanlig behandling, ingen behandling eller annen aktiv behandling påvirker generell kognisjon 24 uker etter tiltakets slutt (MD 0,09 høyere, 95 % KI 1,12 lavere til 0,94 høyere). Effektestimatet er basert på to randomiserte studier med til sammen 150 deltakere. Vi har svært lav tillit til resultatet (Tabell 4).

Depresjonssymptomer

Wang 2022 fant at kognitiv trening (<10 uker) sammenlignet med vanlig behandling, ingen behandling eller annen behandling trolig ga en liten til moderat reduksjon i depresjonssymptomer ved tiltaksslutt (SMD 0,48 SD lavere, 95 % KI 0,71 lavere til 0,24 lavere). Effektestimatet er basert på fem randomiserte studier med til sammen 307 deltakere. Vi har middels tillit til resultatet (Tabell 4).

Wang 2022 fant at det er usikkert om kognitiv trening sammenlignet med vanlig behandling, ingen behandling eller annen aktiv behandling påvirker depresjonssymptomer seks uker etter tiltakets slutt (MD 0,44 høyere, 95 % KI 2,55 lavere til 3,43 høyere). Effektestimatet er basert på én randomisert studie med til sammen 25 deltakere. Vi har svært lav tillit til resultatet (Tabell 4).

Atferdsmessige og psykologiske symptomer med demens (APSD)

Wang 2022 fant at det er usikkert om kognitiv trening (<10 uker) sammenlignet med vanlig behandling, ingen behandling eller annen aktiv behandling påvirker APSD ved tiltaksslutt (MD 2,01 lavere, 95 % KI 2,84 lavere til 1,18 lavere). Effektestimatet er basert på to randomiserte studier med til sammen 114 deltakere. Vi har svært lav tillit til resultatet (Tabell 4).

Wang 2022 fant at det er usikkert om kognitiv trening (10 til 20 uker) sammenlignet med vanlig behandling, ingen behandling eller annen aktiv behandling påvirker APSD ved tiltaksslutt (MD 4,30 høyere, 95 % KI 0,41 høyere til 8,19 høyere). Effektestimatet er basert på én randomisert studie med til sammen 650 deltakere. Vi har svært lav tillit til resultatet (Tabell 4).

Wang 2022 fant at det er usikkert om kognitiv trening (>20 uker) sammenlignet med vanlig behandling, ingen behandling eller annen aktiv behandling påvirker APSD ved

tiltaksslutt (MD 1,78 høyere, 95 % KI 0,80 lavere til 4,36 høyere). Effektestimatet er basert på tre randomiserte studier med til sammen 837 deltakere. Vi har svært lav tillit til resultatet (Tabell 4).

Daglig funksjon

Wang 2022 fant at det er usikkert om kognitiv trening (>20 uker) sammenlignet med vanlig behandling, ingen behandling eller annen aktiv behandling påvirker daglig funksjon ved tiltaksslutt (MD 0,82 høyere, 95 % KI 0,01 lavere til 1,65 høyere). Effektestimatet er basert på tre randomiserte studier med til sammen 142 deltakere. Vi har svært lav tillit til resultatet (Tabell 4).

Livskvalitet

Wang 2022 fant at det er usikkert om kognitiv trening (<10 uker) sammenlignet med vanlig behandling, ingen behandling eller annen aktiv behandling påvirker livskvalitet (SMD 0,10 høyere, 95 % KI 0,84 lavere til 1,03 høyere). Effektestimatet er basert på to randomiserte studier med til sammen 97 deltakere. Vi har svært lav tillit til resultatet (Tabell 4).

Behov for heldøgnsomsorg

Ingen av de systematiske oversiktene rapporterte dette utfallet.

Oppsummert: Kognitiv trening gir trolig en liten til moderat reduksjon i depresjons-symptomer og fører muligens til bedre generell kognisjon. Vi er usikre på om kognitiv trening påvirker APSD, daglig funksjon eller livskvalitet. Vi mangler oppsummert informasjon om hvorvidt kognitiv trening påvirker behov for heldøgnsomsorg.

Tabell 4. Kognitiv trening for personer med Alzheimers sykdom

Utfall	Forventede absolutte effekter (95 % KI)		Relativ effekt (95 % KI)	Antall deltakere (# studier)	Tillit til effektestimatet (GRADE)
	Kontrollgruppe	Kognitiv trening			
Generell kognisjon Målt ved tiltaksslutt, ≤10 uker Målt med MMSE <i>Høyere skår betyr bedre kognisjon</i>	-	MD 1,67 høyere (0,45 høyere til 2,89 høyere)	-	327 (8 RCTer)	⊕⊕○○ LAV ^{a,b}
Generell kognisjon Målt ved tiltaksslutt, 10 til 20 uker Målt med MMSE, MOCA og MODA <i>Høyere skår betyr bedre kognisjon</i>	-	SMD 1,61 SD høyere (0,65 høyere til 2,56 høyere)	-	566 (6 RCTer)	⊕⊕○○ LAV ^{a,b}
Generell kognisjon Målt ved tiltaksslutt, >20 uker Målt med MMSE, MOCA og MODA <i>Høyere skår betyr bedre kognisjon</i>	-	SMD 0,79 SD høyere (0,33 høyere til 1,25 høyere)	-	486 (7 RCTer)	⊕⊕○○ LAV ^{a,b}
Generell kognisjon Målt 24 uker etter tiltakets slutt Målt ved MMSE <i>Høyere skår betyr bedre kognisjon</i>	-	MD 0,09 lavere (1,12 lavere til 0,94 høyere)	-	150 (2 RCTer)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{a,b,c}
Depresjonssymptomer Målt ved tiltaksslutt, ≤10 Målt med GDS, CSDD, MOSES or MADRS	-	SMD 0,48 SD lavere (0,71 lavere til 0,24 lavere)	-	307 (5 RCTer)	⊕⊕⊕○ MIDDELS ^a

<i>Lavere skår betyr reduksjon i depresjons-symptomer</i>					
Depresjonssymptomer Målt 6 uker etter tiltaksslutt Målt med GDS <i>Lavere skår betyr reduksjon i depresjons-symptomer</i>	-	MD 0,44 høyere (2,55 lavere til 3,43 høyere)	-	25 (1 RCT)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{a,d}
APSD Målt ved tiltaksslutt, ≤10 uker Målt med NPI <i>Lavere skår betyr reduksjon i depresjons-symptomer</i>	-	MD 2,01 lavere (2,84 lavere til 1,18 lavere)	-	114 (2 RCTer)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{a,b,c}
APSD Målt ved tiltaksslutt, 10 til 20 uker Målt med NPI <i>Lavere skår betyr reduksjon i APSD</i>	-	MD 4,3 høyere (0,41 høyere til 8,19 høyere)	-	650 (1 RCT)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{a,b,c}
APSD Målt ved tiltaksslutt, >20 uker Målt med NPI <i>Lavere skår betyr reduksjon i APSD</i>	-	MD 1,78 høyere (0,8 lavere til 4,36 høyere)	-	837 (3 RCTer)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{a,b,c}
Daglig funksjon Målt ved tiltaksslutt, >20 uker Målt med ADL skala <i>Lavere skår betyr bedre daglig funksjon</i>	-	MD 0,82 høyere (0,01 lavere til 1,65 høyere)	-	142 (3 RCTer)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{a,b,c}
Livskvalitet Målt ved tiltaksslutt, ≤10 uker Målt med QLA-P og QoL-AD <i>Høyere skår betyr bedre livskvalitet</i>	-	SMD 0,10 SD høyere (0,84 lavere til 1,03 høyere)	-	97 (2 RCTer)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{a,b,c}
Behov for heldøgnsomsorg	Ingen av de systematiske oversiktene rapporterte dette utfallet				
Pårørendes omsorgsbyrde	Se nedenfor				

a. Nedgradert ett nivå for risiko for systematiske skjevheter.

b. Nedgradert ett nivå for inkonsistens (heterogenitet).

c. Nedgradert ett nivå for lav presisjon, få studier og få deltakere

d. Nedgradert to nivå for lav presisjon, kun én eller få studier og veldig få deltakere

ADL; Activities of Daily Living; CSDD, Cornell Scale for Depression in Dementia; GDS, Geriatric Depression Scale; MADRS, Montgomery-Asberg Depression Rating Scale; MD, Mean Difference; MMSE, Mini-Mental State Examination; MOCA, Montreal cognitive assessment; MODA, Milan Overall Dementia Assessment; MOSES, Multi-dimensional Observation Scales for Elderly Subjects; NPI, Neuropsychiatric Inventory; SD, Standardavvik; SMD, Standardized Mean Difference QLA-P, Quality of Life-Patient QoL-A; Quality of Life in Alzheimer's Disease

Pårørendes omsorgsbyrde ved kognitive tiltak for personer med demens

Bahar-Fuchs 2019 (19) undersøkte pårørendes omsorgsbyrde etter kognitive tiltak for pasienter med mild til moderat demens. Forfatterens definisjon av kognitive tiltak omfattet det Wang 2022 (36) definerte som kognitiv stimulering, kognitiv rehabilitering og kognitiv trening.

Bahar-Fuchs 2019 fant at det er usikkert om kognitive tiltak sammenlignet med vanlig behandling, ingen behandling eller annen aktiv behandling påvirker pårørendes omsorgsbyrde (SMD 0,11 SD lavere; 95 % KI 0,36 lavere til 0,15 høyere). Effektestimatet er basert på to randomiserte studier med til sammen 405 deltakere. Bahar-Fuchs 2019 hadde selv brukt GRADE til å vurdere sin tillit til resultatene. Forfatterne har bare trukket ett nivå for risiko for systematiske skjevheter og endte følgelig på middels tillit til resultatet. Konfidensintervallet er imidlertid svært bredt og inkluderer ingen effekt og effekt i begge retninger. For dette resultatet har vi nedgradert tilliten til resultatet for manglende presisjon i stedet for å bare viderefordre forfatterens vurdering. Vi har derfor svært lav tillit til resultatet (Tabell 5)

Oppsummert: Vi er usikre på om kognitive tiltak for personer med mild til moderat demens påvirker pårørendes omsorgsbyrde.

Tabell 5. Pårørendes omsorgsbyrde ved kognitive tiltak for personer med demens

Populasjon: Pårørende til personer med mild til moderat demens
Setting: Hjemme
Tiltak: Kognitive tiltak gitt til personer med mild eller moderat demens
Sammenligning: Vanlig behandling eller annen aktiv behandling

Utfall	Forventede absolutte effekter (95 % KI)		Relativ effekt (95 % KI)	Antall deltakere (# studier)	Tillit til effekt-estimert (GRADE)
	Kontroll-gruppe	Kognitive tiltak			
Pårørendes omsorgsbyrde Målt umiddelbart etter tiltaket Måleverkøy ikke oppgitt	-	SMD 0,11 SD lavere (0,36 lavere til 0,15 høyere)	-	405 (2 RCTer)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{a,b}

a. Nedgradert ett nivå for risiko for systematiske skjevheter.

b. Nedgradert to nivå for lav presisjon som forklart over

SD, Standardavvik; SMD, Standardized Mean Difference

Virtuelle kognitive tiltak

Vi fant én systematisk oversikt av moderat kvalitet som undersøkte effekten av virtuell kognitiv trening: Pang 2021 (30). Pang 2021 rapporterte hovedutfallene generell kognisjon og depresjonssymptomer, og vurderte selv tilliten til resultatene ved bruk av GRADE. Vi gjengir deres vurderinger (oversatt til norsk).

Pang 2021 undersøkte effekten av nettbasert (online) kognitiv trening.

Generell kognisjon

Pang 2021 fant at virtuell kognitiv trening sammenlignet med ingen behandling, vanlig behandling eller ikke-virtuell trening trolig gir en liten bedring i generell kognisjon (SMD 0,36 SD høyere, 95% KI 0,16 høyere til 0,23 høyere). Effektestimatet var basert på 10 randomiserte studier med til sammen 500 deltakere. Vi har middels tillit til resultatet (Tabell 6).

Depresjonssymptomer

Pang 2021 fant at virtuell kognitiv trening sammenlignet med ingen behandling, vanlig behandling eller ikke-virtuell trening trolig ga en liten til moderat reduksjon i depresjonssymptomer (SMD 0,45 SD lavere, 95% KI 0,79 lavere til 0,12 lavere). Effektestimatet var basert på 3 randomiserte studier med til sammen 148 deltakere. Vi har middels tillit til resultatet (Tabell 6).

APSD, daglig funksjon, livskvalitet, behov for heldøgnsomsorg og pårørendes omsorgsbyrde

Ingen av de inkluderte systematiske oversiktene rapporterte effekt av virtuell kognitiv trening på APSD, daglig funksjon, livskvalitet, behov for heldøgnsomsorg eller pårørendes omsorgsbyrde. Vi vet derfor ikke hvordan virtuell kognitiv terapi påvirker disse utfallene.

Oppsummert: Virtuell kognitiv trening fører trolig til en liten forbedring i generell kognisjon og liten til moderat reduksjon i depresjonssymptomer. Det manglet oppsummert forskning om hvordan virtuell kognitiv trening påvirker utfallene APSD, daglig funksjon, livskvalitet, behov for heldøgnsomsorg eller pårørendes omsorgsbyrde.

Tabell 6. Virtuell kognitiv trening for personer med demens

Populasjon: Personer med demens
Setting: Institusjon
Tiltak: Virtuell kognitiv trening
Sammenligning: Ingen behandling, vanlig behandling eller ikke virtuell kognitiv trening

Utfall	Forventede absolutte effekter (95 % KI)		Relativ effekt (95 % KI)	Antall deltakere (# studier)	Tillit til effekt-estimatet (GRADE)
	Kontroll-gruppe	Virtuell kognitiv trening			
Generell kognisjon Måletidspunkt og målemetoder ikke oppgitt <i>Høyere skår betyr bedre kognisjon</i>	-	SMD 0,36 SD høyere (0,16 høyere til 0,57 høyere)	-	500 (10 studier)	⊕⊕⊕○ MIDDELS ^a
Depresjonssymptomer Måletidspunkt og målemetoder ikke oppgitt <i>Lavere skår betyr reduksjon i depresjonssymptomer</i>	-	SMD 0,45 SD lavere (0,79 lavere til 0,12 lavere)		148 (3 studier)	⊕⊕⊕○ MIDDELS ^a
APSD	Ingen av de systematiske oversiktene rapporterte dette utfallet				
Daglig funksjon	Ingen av de systematiske oversiktene rapporterte dette utfallet				
Livskvalitet	Ingen av de systematiske oversiktene rapporterte dette utfallet				
Behov for heldøgnsomsorg	Ingen av de systematiske oversiktene rapporterte dette utfallet				
Pårørendes omsorgsbyrde	Ingen av de systematiske oversiktene rapporterte dette utfallet				

a: Forfatterne oppgir ikke begrunnelse for nedgradering
SD, Standardavvik; SMD, Standardized Mean Difference

Reminisensterapi

To systematiske oversikter av høy eller moderat kvalitet undersøkte effekten av reminisensterapi: Scott 2019 (33) og Woods 2018 (37). Scott 2019 har det mest oppdaterte litteratursøket (mai 2018), men rapporterte bare resultater for ett av våre hovedutfall (daglig funksjon). Woods 2018 gjorde sitt litteratursøk i april 2017 og rapporterte resultater for hovedutfallene generell kognisjon, depresjonssymptomer, daglig funksjon og livskvalitet. Vi presenterer resultater for daglig funksjon fra Scott 2019, og resultater fra de andre hovedutfallene fra Woods 2018. Woods 2018 hadde selv vurdert sin tillit til resultatene med GRADE. Vi gjengir disse vurderingene (oversatt til norsk) i Tabell 7. For daglig funksjon (hentet fra Scott 2019) har vi vurdert tilliten til resultatene.

Woods 2018 beskriver at reminisensterapi innebærer samtaler om hendelser og erfaringer fra tidligere i livet. Hensikten er å bringe frem minner, stimulere mentalaktivitet og gi økt velvære. Ofte brukes video, bilder og konkrete ting fra tidligere tider og terapien kan foregå i grupper eller individuelt. Woods 2018 krevde at tiltaket måtte innebære minst seks sesjoner eller være i minst fire uker for å bli inkludert. Scott 2019 hadde ingen krav til omfang eller varighet, men den ene relevante primærstudien som inkluderes i Scott 2019 tilfredsstillende likevel kravene i Woods 2018.

Generell kognisjon

Woods 2018 fant at reminisensterapi sammenlignet med ingen behandling, vanlig behandling eller annen passiv behandling ga liten eller ingen endring i generell kognisjon en dag til seks uker etter behandlingsslutt (SMD 0,11 SD høyere, 95% KI 0 til 0,23 høyere). Effektestimatet var basert på 14 randomiserte studier med til sammen 1219 deltakere. Vi har høy tillit til resultatet (Tabell 7).

Depresjonssymptomer

Woods 2018 fant at reminisensterapi sammenlignet med ingen behandling, vanlig behandling eller annen passiv behandling ga liten eller ingen endring i depresjonssymptomer en dag til seks uker etter behandlingsslutt (SMD 0,03 SD lavere, 95 % KI 0,15 lavere til 0,10 høyere). Effektestimatet var basert på 10 randomiserte studier med til sammen 973 deltakere. Vi har høy tillit til resultatet (Tabell 7).

Daglig funksjon

Scott 2019 fant at effekten av reminisensterapi sammenlignet med placebo eller vanlig behandling for daglig funksjon er usikker både tre måneder (MD 0,48 høyere; 95 % KI 0,83 lavere til 1,79 høyere) og 10 måneder etter behandlingsslutt (MD 1,13 høyere; 95 % KI 2,5 lavere til 0,24 høyere). Effektestimatene var basert på én randomisert studie med 498 deltakere. Vi har lav tillit til resultatene (Tabell 7).

Livskvalitet

Woods 2018 fant at reminisensterapi sammenlignet med ingen behandling, vanlig behandling eller annen passiv behandling trolig gir liten eller ingen endring i livskvalitet en dag til seks uker etter behandlingsslutt (SMD 0,11 SD høyere, 95 % KI 0,12 lavere til 0,33 høyere). Effektestimatet var basert på åtte randomiserte studier med til sammen 1060 deltakere. Vi har middels tillit til resultatet (Tabell 7).

APSD, behov for heldøgnsomsorg og pårørendes omsorgsbyrde

Ingen av de inkluderte systematiske oversiktene rapporterte effekt av reminisensterapi for APSD, behov for heldøgnsomsorg eller pårørendes omsorgsbyrde. Vi vet derfor ikke hvordan reminisensterapi påvirker disse utfallene.

Oppsummert: Reminisensterapi sammenlignet med ingen behandling, vanlig behandling eller annen passiv behandling gir liten eller ingen endring i generell kognisjon og depresjonssymptomer, og fører trolig til liten eller ingen endring i livskvalitet. Vi er usikre på hvilken effekt reminisensterapi har på daglig funksjon, og det mangler oppsummert dokumentasjon om effekt på APSD, behov for heldøgnsomsorg og pårørendes omsorgsbyrde.

Tabell 7. Reminisensterapi for personer med demens**Populasjon:** Personer med demens**Setting:** Hjemme (Scott 2019), hjemme eller på institusjon (Woods 2018)**Tiltak:** Reminisensterapi**Sammenligning:** Ingen behandling, placebo, vanlig behandling eller annen passiv behandling

Utfall	Forventede absolutte effekter (95 % KI)		Relativ effekt (95 % KI)	Antall deltakere (# studier)	Tillit til effekt- estimater (GRADE)
	Kontroll- gruppe	Reminisensterapi			
Generell kognisjon Målt 1 dag – 6 uker etter behandlingslutt med MMSE, AMI-PSS, ADAS-COG <i>Høyere skår betyr bedre kognisjon</i>	-	SMD 0,11 SD høyere (0 til 0,23 høyere)	-	1219 (14 RCT)	⊕⊕⊕⊕ HØY
Depresjonssymptomer Målt 1 dag – 6 uker etter behandlingslutt med CSDD, GDS, GDS-SF, MOSES, HADS, MADRS <i>Lavere skår betyr reduksjon i depresjonssymptomer</i>	-	SMD 0,03 SD lavere (0,15 lavere til 0,1 høyere)	-	973 (10 RCT)	⊕⊕⊕⊕ HØY
Daglig funksjon Målt 3 måneder etter behandlingsslutt med BADL <i>Lavere skår betyr bedre daglig funksjon</i>	-	MD 0,48 høyere (0,83 lavere til 1,79 høyere)	-	498 (1 RCT)	⊕⊕○○ LAV ^a
Daglig funksjon Målt 10 måneder etter behandlingsslutt med BADL <i>Lavere skår betyr bedre daglig funksjon</i>	-	MD 1,13 lavere (2,5 lavere til 0,24 høyere)	-	498 (1 RCT)	⊕⊕○○ LAV ^a
Livskvalitet Målt 1 dag – 6 uker etter behandlingsslutt med QoL-AD, SRQoL <i>Høyere skår betyr bedre livskvalitet</i>	-	SMD 0,11 SD høyere (0,12 lavere til 0,33 høyere)	-	1060 (8 RCT)	⊕⊕⊕○ MIDDELS ^b
Behov for heldøgnsomsorg	Ingen av de systematiske oversiktene rapporterte dette utfallet				
Pårørendes omsorgsbyrde	Ingen av de systematiske oversiktene rapporterte dette utfallet				

a. Nedgradert to nivå for bredt konfidensintervall som både omfatter ingen effekt og effekt i begge retninger, og bare én studie

b. Nedgradert ett nivå for inkonsistens pga. høy heterogenitet

ADAS-Cog, Alzheimer's Disease Assessment Scale Cognitive subscale; AMI-PSS, Autobiographical Memory Interview - Perceived Stress Scale; BADL, Bristol activity of daily living index; CSDD, Cornell Scale for Depression in Dementia; GDS, Geriatric Depression; GDS-SF, Geriatric Depression Scale - Short Form; HADS, Hospital Anxiety and Depression Scale; KI, konfidensintervall; MADRS, Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale; MD, mean difference; MMSE, Mini-Mental State Examination; MOSES, Multidimensional Observation Scale for Elderly Subjects; SMD, standardized mean difference; SRQoL, Self-Report Quality of Life; QoL-AD, Quality of Life in Alzheimer's Disease

Deeskalering

Vi fant én systematisk oversikt som undersøkte effekten av deeskalering: Spencer 2017 (34). Vi vurderte kvaliteten til Spencer 2017 som høy. Spencer 2017 søkte spesifikt etter studier med livskvalitet som utfall, men fant ingen slike studier (litteratursøk fra september 2017). Oversikten rapporterte heller ingen av de andre hovedutfallene våre.

Oppsummert: Det mangler dokumentasjon om effekt av deeskalering for personer med demens.

Sansestimulering

Fire systematiske oversikter med høy eller moderat kvalitet undersøkte effekten av sansestimulering: Ball 2020 (20) som vurderte aromaterapi, Lourida 2020 (24) som vurderte kunstterapi, Masika 2020 (27) som vurderte visuell kunstterapi og Herke 2018 (22) som vurderte miljøendringer i forbindelse med måltider. Ball 2020 hadde det mest oppdaterte litteratursøket fra mai 2020, mens Lourida 2020, Masika 2020 og Herke 2018 hadde litteratursøk fra hhv. oktober 2019, september 2019 og januar 2018. Hverken Lourida 2020, Masika 2020 eller Herke 2018 dekket noen av hovedutfallene som ikke allerede var dekket av Ball 2020. Vi gjengir derfor resultatene fra Ball 2020 i vår oversikt. Ball 2020 hadde selv vurdert tilliten til resultatene for utfallene APSD, daglig funksjon og livskvalitet med GRADE. For disse utfallene gjengir vi forfatterens vurderinger (oversatt til norsk). For utfallene generell kognisjon og pårørendes omsorgsbyrde har vi vurdert tilliten til resultatene.

Ball 2020 undersøkte effekten av aromaterapi og inkluderte alle typer aromaterapi som brukte duft/aroma fra planter. Fire av de inkluderte primærstudiene undersøkte også om det kunne være noen uheldige hendelser/ negative effekter av aromaterapi. Ingen slike hendelser ble rapportert.

Generell kognisjon

Ball 2020 fant at det er usikkert om sansestimulering sammenlignet med ingen behandling, placebo eller vanlig behandling påvirker generell funksjon fire til åtte uker etter behandlingsslutt (to randomiserte studier fant MD 0, 36 lavere og 1, 0 høyere). Effektestimatene var basert på to randomiserte studier med til sammen 64 deltakere. Vi har svært lav tillit til resultatet (Tabell 9).

Atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens (APSD)

Ball 2020 fant at det er usikkert om sansestimulering sammenlignet med ingen behandling, placebo eller vanlig behandling påvirker APSD, fire til 12 uker etter behandlingsslutt (fem randomiserte studier fant MD fra 15,8 lavere til 2, 8 høyere). Effektestimatene var basert på fem randomiserte studier med til sammen 268 deltakere. Vi har svært lav tillit til resultatet (Tabell 9).

Daglig funksjon

Ball 2020 fant at det er usikkert om sansestimulering sammenlignet med ingen behandling, placebo eller vanlig behandling påvirker daglig funksjon fire til 12 uker etter behandlingsslutt (MD 0,50 lavere, 95 % KI 1,79 lavere til 0,79 høyere). Effektestimatet var basert på én randomisert studie med 63 deltakere. Vi har svært lav tillit til resultatet (Tabell 9).

Livskvalitet

Ball 2020 fant at det er usikkert om sansestimulering sammenlignet med ingen behandling, placebo eller vanlig behandling påvirker livskvalitet fire til 12 uker etter behandlingsslutt (MD 19,0 høyere, 95 % KI 23,1 lavere til 61,1 høyere). Effektestimatet var basert på én RCT med 63 deltakere. Vi har svært lav tillit til resultatet (Tabell 9).

Pårørendes omsorgsbyrde

Ball 2020 fant at det er usikkert om sansestimulering sammenlignet med ingen behandling, placebo eller vanlig behandling påvirker pårørendes omsorgsbyrde (MD 6,3 lavere, 95 % KI 12,3 lavere til 0,3 lavere). Effektestimatet var basert på én randomisert studie med 36 deltakere. Vi har svært lav tillit til resultatet (Tabell 9).

Depresjonssymptomer og behov for heldøgnsomsorg

Ingen av de inkluderte systematiske oversiktene rapporterte effekt av sansestimulering for depresjonssymptomer eller behov for heldøgnsomsorg. Vi vet derfor ikke hvordan sansestimulering påvirker disse utfallene.

Oppsummert: Effekten av sansestimulering (aromaterapi) på generell kognisjon, APSD, daglig funksjon, livskvalitet og pårørendes omsorgsbyrde er usikker, og det mangler dokumentasjon om effekt på depresjonssymptomer og behov for heldøgnsomsorg.

Tabell 8. Sansestimulering (aromaterapi) for personer med demens

Utfall	Forventede absolute effekter (95 % KI)		Relativ effekt (95 % KI)	Antall deltakere (# studier)	Tillit til effektestimatet (GRADE)
	Kontrollgruppe	Sansestimulering			
Generell kognisjon Målt 4-8 uker etter behandlingsslutt, med MMSE <i>Høyere skår betyr bedre kognisjon</i>	-	2 RCTer viste MD 0,36 lavere og 1,0 høyere*	-	64 (2 RCT) **	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{a,c}
Depresjonssymptomer	Ingen av de systematiske oversiktene rapporterte dette utfallet				
APSD Målt 2-12 uker etter behandlingsslutt, målt, med NPI <i>Lavere skår betyr reduksjon i APSD</i>	-	5 RCTer viste MD fra 15,8 lavere til 2,8 høyere*	-	268 (5 RCT) **	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{a,b,c}
Daglig funksjon Målt 12 uker etter behandlingsslutt, målt med BIADL <i>Lavere skår betyr bedre daglig funksjon</i>	-	MD 0,50 lavere (1,79 lavere til 0,79 høyere)	-	63 (1 RCT) **	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{b,c}
Livskvalitet Målt 4-12 uker etter behandlingsslutt, målt med Blau QoL <i>Høyere skår betyr bedre livskvalitet</i>	-	MD 19,0 høyere (23,1 lavere til 61,1 høyere)	-	63 (1 RCT) **	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{a,b,c}
Behov for heldøgnsomsorg	Ingen av de systematiske oversiktene rapporterte dette utfallet				
Pårørendes omsorgsbyrde, målt med japansk versjon av ZCBI <i>Lavere skåre betyr redusert omsorgsbyrde</i>	-	MD 6,3 lavere (12,3 lavere til 0,3 lavere)		36 (1 RCT) **	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{b,c}

a. Nedgradert ett nivå pga. inkonsistens

b. Nedgradert ett nivå pga risiko for systematiske skjevheter

c. Nedgradert to nivå pga. lav presisjon

* Ball 2019 presenterte resultater fra primærstudiene enkeltvis uten å sammenstille og beregne samlede effektmål.

** Ball 2020 presenterte primærstudier med og uten kvantitative data. I tabell X presenterer vi bare primærstudiene med kvantitative data.

BIADL, Barthel Index for Activities of Daily Living; BQoL, Blau Quality of Life; KI, konfidensintervall; MD, mean difference; MMSE, Mini-Mental State Examination; NPI, Neuropsychiatric Inventory; ZCBI, Zarit Caregiver Burden Interview

Brukerskoler og demensskoler

To systematiske oversikter av høy eller moderat kvalitet undersøkte effekten av brukerskoler og demensskoler: Scott 2019 (33) og Herke 2018 (22). Scott 2019 hadde det mest oppdaterte litteratursøket fra mai 2018, mens Herke 2018 hadde litteratursøk fra januar 2018. Begge oversiktene dekket hovedutfallet daglig funksjon og Herke 2018 dekket i tillegg hovedutfallene generell kognisjon, APSD og livskvalitet. Vi presenterer funnene for daglig funksjon fra Scott 2019 og funnene for generell kognisjon, APSD og livskvalitet fra Herke 2018 i vår oversikt. Vi har selv vurdert tilliten til resultatene med GRADE.

I Herke 2018 innebar brukerskoler at deltakerne deltok i treningsprogram for selvstendig inntak av måltider, eller fikk undervisning om ernæring. I Scott 2019 innebar brukerskoler at deltakerne deltok i trening og opplæring for å bedre daglig funksjon.

Generell kognisjon

Herke 2018 fant at brukerskoler og demensskoler sammenlignet med vanlig behandling eller annen behandling muligens førte til liten eller ingen endring i generell kognisjon 12 måneder etter behandlingsslutt (MD 1,50 lavere, 95 % KI 2,52 lavere til 0,48 lavere). Effektestimatet var basert på én randomisert studie med 656 deltakere. Vi har lav tillit til resultatet (Tabell 10).

Atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens (APSD)

Herke 2018 fant at brukerskoler og demensskoler sammenlignet med vanlig behandling eller annen behandling muligens førte til liten eller ingen endring i APSD 12 måneder etter behandlingsslutt (MD 0,70 høyere, 95 % KI 0,12 lavere til 1,52 høyere). Effektestimatet var basert på én randomisert studie med 656 deltakere. Vi har lav tillit til resultatet (Tabell 10).

Daglig funksjon

Scott 2019 fant at det er usikkert om brukerskoler og demensskoler sammenlignet med ingen behandling, placebo eller vanlig behandling påvirker daglig funksjon fire til 12 måneder etter behandlingsslutt (tre randomiserte studier fant liten og stor bedring og forverring, men forfatterne har ikke slått sammen effektestimatene i metaanalyse). Resultatene var basert på tre randomiserte studier med til sammen 392 deltakere. Vi har svært lav tillit til resultatene (Tabell 10).

Livskvalitet

Herke 2018 fant at det er usikkert om brukerskoler og demensskoler sammenlignet med vanlig behandling eller annen behandling påvirker livskvalitet 12 måneder etter behandlingsslutt (MD 0,02 høyere, 95 % KI 0,02 lavere til 0,06 høyere). Effektestimatet var basert på én randomisert studie med 78 deltakere. Vi har svært lav tillit til resultatet (Tabell 10).

Depresjonssymptomer, behov for heldøgnsomsorg og pårørendes omsorgsbyrde

Ingen av de inkluderte systematiske oversiktene rapporterte effekt av brukerskoler og demensskoler for depresjonssymptomer, behov for heldøgnsomsorg eller pårørendes omsorgsbyrde. Vi vet derfor ikke hvordan brukerskoler og demensskoler påvirker disse utfallene.

Oppsummert: Brukerskoler og demensskoler sammenlignet med vanlig behandling eller annen behandling fører muligens til liten eller ingen endring i generell kognisjon og APSD. Vi er usikre på hvilken effekt brukerskoler og demensskoler har på daglig funksjon og livskvalitet, og det mangler dokumentasjon om effekt på depresjonssymptomer, behov for heldøgnsomsorg og pårørendes omsorgsbyrde.

Tabell 10. Brukerskoler og demensskoler for personer med demens

Utfall	Forventede absolutte effekter (95 % KI)		Relativ effekt (95 % KI)	Antall deltakere (# studier)	Tillit til effekt-estimatet (GRADE)
	Kontroll-gruppe	Brukerskoler og demensskoler			
Generell kognisjon Målt 12 måneder etter behandlingsslutt, med MMSE <i>Høyere skår betyr bedre kognisjon</i>	-	MD 1,50 lavere (2,52 lavere til 0,48 høyere)	-	656 (1 RCT)	⊕⊕○○ LAV ^{a,b}
Depresjonssymptomer	Ingen av de systematiske oversiktene rapporterte dette utfallet				
APSD Målt 12 måneder etter behandlingsslutt, med NPI <i>Lavere skår betyr reduksjon i APSD</i>	-	MD 0,70 høyere (0,12 lavere til 1,52 høyere)		656 (1 RCT)	⊕⊕○○ LAV ^{a,b}
Daglig funksjon Målt 4-12 måneder etter behandlingsslutt, med ulike ADL mål <i>Lavere skår betyr bedre daglig funksjon</i>	3 RCTer fant liten og stor bedring og forverring *		-	392 (3 RCT)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{b,c}
Livskvalitet Målt 12 måneder etter behandlingsslutt, med HRQoL <i>Høyere skår betyr bedre livskvalitet</i>	-	MD 0,02 høyere (0,02 lavere til 0,06 høyere)	-	78 (1 RCT)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{a,d}
Behov for heldøgnsomsorg	Ingen av de systematiske oversiktene rapporterte dette utfallet				
Pårørendes omsorgsbyrde	Ingen av de systematiske oversiktene rapporterte dette utfallet				

a. Nedgradert ett nivå pga. risiko for systematisk risiko for skjevhet (RoB)

b. Nedgradert ett nivå for lav presisjon

c. Nedgradert to nivå for inkonsistens

d. Nedgradert to nivå for lav presisjon. Bredt KI som inneholder ingen effekt og effekt, og få deltakere

* Scott 2019 presenterte resultater fra primærstudiene enkeltvis uten å sammenstille og beregne samlede effektmål

ADL, Activity of Daily Living; HRQoL, Health Related Quality of Life; KI, konfidensintervall; MD, mean difference; MMSE, Mini-Mental State Examination; NPI, Neuropsychiatric Inventory

Musikkterapi

Én systematisk oversikt med høy kvalitet hadde vurdert effekten av musikkterapi for personer med demens. Van der Steen 2018 (35) hadde et litteratursøk utført i juni 2017 og rapportert fire av våre hovedutfall, generell kognisjon, APSD, depresjonssymptomer og livskvalitet. Det er fremdeles tre av våre hovedutfall som ikke er vurdert. Van der Steen 2018 hadde selv vurdert tilliten til resultatene med GRADE og vi gjengir deres vurderinger (oversatt til norsk).

Van der Steen 2018 inkluderte alle slags musikkbaserte tiltak. Pasienten kunne være aktiv deltaker eller lytter og tiltaket kunne gis gruppevis eller individuelt. Musikktiltaket måtte inkludere minst fem sesjoner/møter med kvalifisert musikkterapeut. Sang eller dans alene ville ikke oppfylt kriteriene.

Generell kognisjon

Van der Steen 2018 fant at musikkterapi sammenlignet med ingen behandling, vanlig behandling eller annen behandling muligens førte til liten eller ingen endring i generell kognisjon ved behandlingsslutt (SMD 0,15 SD høyere, 95 % KI 0,06 lavere til 0,36 høyere) og mer enn fire uker etter behandlingsslutt (SMD 0,07 SD høyere, 95 % KI 0,21 lavere til 0,36 høyere). Effektestimatene var basert på hhv. syv randomiserte studier med til sammen 350 deltakere og to randomiserte studier med til sammen 193 deltakere. Vi har lav tillit til resultatene (Tabell 11).

Depresjonssymptomer

Van der Steen 2018 fant at musikkterapi sammenlignet med ingen behandling, vanlig behandling eller annen behandling trolig førte til en liten reduksjon i depresjonssymptomer ved behandlingsslutt (SMD 0,27 SD lavere, 95 % KI 0,45 lavere til 0,09 lavere) og muligens liten eller ingen endring mer enn fire uker etter behandlingsslutt (SMD 0,03 SD lavere, 95 % KI 0,24 lavere til 0,19 høyere). Effektestimatene var basert på hhv. 11 randomiserte studier med til sammen 503 deltakere og seks randomiserte studier med til sammen 354 deltakere. Vi har middels og lav tillit til resultatene (Tabell 11).

Atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens (APSD)

Van der Steen 2018 fant at musikkterapi sammenlignet med ingen behandling, vanlig behandling eller annen behandling trolig førte til en liten reduksjon i APSD ved behandlingsslutt (SMD 0,23 SD lavere, 95 % KI 0,46 lavere til 0,01 lavere) og muligens liten eller ingen endring mer enn fire uker etter behandlingsslutt (SMD 0,19 SD lavere, 95 % KI 0,51 lavere til 0,14 høyere). Effektestimatene var basert på hhv. 10 randomiserte studier med til sammen 442 deltakere og seks randomiserte studier med til sammen 351 deltakere. Vi har middels og lav tillit til resultatene (Tabell 11).

Livskvalitet

Van der Steen 2018 fant at musikkterapi sammenlignet med ingen behandling, vanlig behandling eller annen behandling muligens førte til liten eller ingen endring i livskvalitet ved behandlingsslutt (SMD 0,32 SD høyere, 95 % KI 0,02 høyere til 0,62 høyere) og mer enn fire uker etter behandlingsslutt (SMD 0,34 SD høyere, 95 % KI 0,12 lavere til

0,80 høyere). Effektestimatene var basert på hhv. ni randomiserte studier med til sammen 348 deltakere og fire randomiserte studier med til sammen 180 deltakere. Vi har lav tillit til resultatene (Tabell 11).

Daglig funksjon, behov for heldøgnsomsorg og pårørendes omsorgsbyrde

Ingen av de inkluderte systematiske oversiktene rapporterte effekt av musikkterapi for daglig funksjon, behov for heldøgnsomsorg eller pårørendes omsorgsbyrde. Vi vet derfor ikke hvordan musikkterapi påvirker disse utfallene.

Oppsummert: Musikkterapi sammenlignet med ingen behandling, vanlig behandling eller annen behandling gir trolig en liten reduksjon i depresjonssymptomer og APSD og muligens en liten bedring i generell kognisjon ved behandlingsslutt. Mer enn fire uker etter behandling gir musikkterapi muligens liten eller ingen endring i generell kognisjon, depresjonssymptomer, APSD og livskvalitet. Det mangler dokumentasjon om effekt på daglig funksjon, behov for heldøgnsomsorg og pårørendes omsorgsbyrde.

Tabell 11. Musikkterapi for personer med demens

Utfall	Forventede absolutte effekter (95 % KI)		Relativ effekt (95 % KI)	Antall deltakere (# studier)	Tillit til Effekt-estimatet (GRADE)
	Kontroll-gruppe	Musikkterapi			
Generell kognisjon Målt ved tiltakets slutt Målt med MMSE, Prose memory test, FAS-test, ADAS-Cog, SIB <i>Høyere skår betyr bedre kognisjon</i>	-	SMD 0,15 SD høyere (0,06 lavere til 0,36 høyere)	-	350 (7 RCTer)	⊕⊕○○ LAV ^{a,b}
Generell kognisjon Målt >4 uker oppfølging Målt med MMSE, Prose memory test, FAS-test, ADAS-Cog <i>Høyere skår betyr bedre kognisjon</i>	-	SMD 0,07 SD høyere (0,21 lavere til 0,36 høyere)	-	193 (2 RCTer)	⊕⊕○○ LAV ^{a,b}
Depresjonssymptomer Målt ved tiltakets slutt Målt med GDS, NPI, BEHAVE-AD, SCDD <i>Lavere skår betyr reduksjon i depresjonssymptomer</i>	-	SMD 0,27 SD lavere (0,45 lavere til 0,09 lavere)	-	503 (11 RCTer)	⊕⊕⊕○ MIDDELS ^a
Depresjonssymptomer Målt >4 uker oppfølging Målt med GDS, NPI, BEHAVE-AD, SCDD <i>Lavere skår betyr reduksjon i depresjonssymptomer</i>	-	SMD 0,03 SD lavere (0,24 lavere til 0,19 høyere)	-	354 (6 RCTer)	⊕⊕○○ LAV ^{a,b}
APSD Målt ved tiltakets slutt Målt med BEHAVE-AD, NPI <i>Lavere skår betyr reduksjon i APSD</i>	-	SMD 0,23 SD lavere (0,46 lavere til 0,01 lavere)	-	442 (10 RCTer)	⊕⊕⊕○ MIDDELS ^a
APSD Målt > 4 uker etter tiltaksslutt Målt med BEHAVE-AD, NPI <i>Lavere skår betyr reduksjon i APSD</i>	-	SMD 0,19 SD lavere (0,51 lavere til 0,14 høyere)	-	351 (6 RCTer)	⊕⊕○○ LAV ^{a,b}
Daglig funksjon	Ingen av de systematiske oversiktene rapporterte dette utfallet				
Livskvalitet Målt ved tiltakets slutt	-	SMD 0,32 SD høyere (0,02 høyere til 0,62)	-	348 (9 RCTer)	⊕⊕○○ LAV ^{a,b}

Målt med DQOL, DEMQOL, ADRQL, CBS-QoL, QOL-AD <i>Høyere skår betyr bedre livskvalitet</i>		høyere)			
Livskvalitet Målt >4 uker oppfølging Målt med DQOL, DEMQOL, ADRQL, CBS-Qo, QOL-AD <i>Høyere skår betyr bedre livskvalitet</i>	-	SMD 0,34 SD høyere (0,12 lavere til 0,80 høyere)	-	180 (4 RCTer)	⊕⊕○○ LAV ^{a,b}
Behov for heldøgnsomsorg	Ingen av de systematiske oversiktene rapporterte dette utfallet				
Pårørendes omsorgsbyrde	Ingen av de systematiske oversiktene rapporterte dette utfallet				

a. nedgradert ett nivå grunnet risiko for systematiske skjevheter.

b. nedgradert ett nivå grunnet lav presisjon.

ADAS-Cog, Alzheimer's Disease Assessment Scale Cognitive subscale; ADRQL, Danish translation of the Alzheimer's Disease-Related Quality of Life; CBS-QoL, Cornell Brown Scale for Quality of Life in Dementia; DEMQOL, German translation of the Dementia Quality of Life; DQOL, Dementia Quality of Life; FAS-Test, Controlled-Oral-Word-Association Test; CSDD, Cornell Scale for Depression in Dementia; MMSE, Mini-Mental State Examination; SIB, Severe Impairment Battery; SD, Standardavvik; SMD, Standardized Mean Difference; QOL-AD, Quality of Life-Alzheimer's Disease

Sang og dans

Vi inkluderte to systematiske oversikter som hadde vurdert effekten av sang og dans for personer med demens: Lyons 2018 (25) og Ruiz-Muelle 2019 (31). Lyons 2018 hadde litteratursøk fra mai 2017 og undersøkte hovedutfallene generell kognisjon og depresjonssymptomer. Ruiz-Muelle 2019 oppgav at de hadde et litteratursøk fra juli 2000, men inkluderte også studier fra 2017. Videre rapporterte Ruiz-Muelle 2019 hovedutfallene generell kognisjon (som også ble vurdert av Lyons 2018), daglig funksjon, livskvalitet og pårørendes omsorgsbyrde. Lyons 2018 fant en liten observasjonsstudie (16 deltakere) om generell kognisjon, mens Ruiz-Muelle 2019 fant en randomisert studie med 129 deltakere. Vi rapporterer derfor resultatene fra Ruiz-Muelle 2019 for generell kognisjon. Hverken Lyons 2018 eller Ruiz-Muelle 2019 hadde vurdert tilliten til resultatene selv. Vi har derfor vurdert tilliten til resultatene.

Lyons 2018 undersøker bruk av dansebevegelser som terapi/tiltak for å bedre helse og velvære for personer over 65 år som har demens. Tiltaket måtte tilbys av en autorisert terapeut for dansebevegelse-terapi. Inkludert i terapien måtte også være en systematisk prosess med evalueringer og personlige målsettinger. Ruiz-Muelle 2019 undersøker alle tiltak som inkluderer dansing for pasienter med Alzheimers sykdom. Mest brukt var vals, 'ballroom dancing' og latino dans (slik som merengue og salsa).

Generell kognisjon

Ruiz-Muelle 2019 fant at gruppa som fikk danseterapi muligens hadde høyere generell kognisjon enn kontrollgruppa som fikk vanlig behandling. Målt med testene MMSE og MOCA var gjennomsnitt ± standardavvik for de to gruppene hhv. 28,0±2,4 og 25,7±3,3 (MMSE), og 26,0±2,9 og 19,8±5,2 (MOCA). Resultatene var basert på én randomisert studie med 129 deltakere. Vi har lav tillit til resultatene (Tabell 12).

Depresjonssymptomer

Lyons 2018 fant usikre resultater («ikke-signifikante» forskjeller) etter 12 danseterapi-sesjoner sammenlignet med kontrollgruppa som deltok i generelle gruppeaktiviteter,

kvantitative resultater ble ikke rapportert. Resultatene var basert på én observasjonsstudie med 16 deltakere. Vi har svært lav tillit til resultatene (Tabell 12).

Atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens (APSD)

Ruiz-Muelle 2019 fant at gruppa som fikk danseterapi muligens hadde lavere APSD (mindre symptomer) enn kontrollgruppa som fikk vanlig behandling. Målt med testen NPI var gjennomsnitt ± standardavvik for de to gruppene hhv. $1,78 \pm 2,28$ og $3,76 \pm 4,84$. Resultatene var basert på én randomisert studie med 129 deltakere. Vi har lav tillit til resultatene (Tabell 12).

Daglig funksjon

Ruiz-Muelle 2019 fant at det er usikkert om danseterapi sammenlignet med ingen behandling, placebo eller vanlig behandling påvirker daglig funksjon. Forfatterne rapporterte forverret daglig funksjon for kontrollgruppa, men ingen forverring for gruppa som fikk danseterapi. Forskjellen mellom gruppene ble ikke kvantifisert. Resultatet var basert på én randomisert studie med 129 deltakere. Vi har svært lav tillit til resultatet (Tabell 12).

Livskvalitet og behov for heldøgnsomsorg

Ingen av de inkluderte systematiske oversiktene rapporterte effekt av sang og dans for livskvalitet eller behov for heldøgnsomsorg. Vi vet derfor ikke hvordan musikkterapi påvirker disse utfallene. Ruiz-Muelle 2019 søkte etter studier som rapporterte livskvalitet, men fant ingen slike studier for personer med demens.

Pårørendes omsorgsbyrde

Ruiz-Muelle 2019 rapporterer at det var medium effektstørrelse (+0,49) for pårørendes omsorgsbyrde, men oppga ikke om det er danseterapi eller vanlig behandling som fører til lavest omsorgsbyrde. Resultatet var basert på én pilotstudie med 7 pårørende som deltok. Vi har lav svært lav tillit til resultatene (Tabell 12).

Oppsummert fører danseterapi muligens til bedre generell kognisjon og reduksjon i APSD. Vi er usikre på om danseterapi påvirker depresjonssymptomer, daglig funksjon eller pårørendes omsorgsbyrde, og det mangler dokumentasjon om livskvalitet og behov for heldøgnsomsorg.

Tabell 12. Danseterapi for personer med demens

Utfall	Forventede absolutte effekter (95 % KI)		Relativ effekt	Antall deltakere (# studier)	Tillit til effekt-estimatet (GRADE)
	Kontroll-gruppe	Sang og dans			
Generell kognisjon Målt ved tiltaksslutt, 40 uker Målt med MMSE, MOCA Høyere skår betyr bedre kognisjon	MMSE: (M±SD) $28,0 \pm 2,4$ (dans) vs $25,7 \pm 3,3$ (kontroll) (p=0.000) MOCA: (M±SD) $26,0 \pm 2,9$ (dans) vs $19,8 \pm 5,2$ (kontroll) (p=0,03)		-	129 (1 RCT)	⊕⊕○○ LAV ^{a,b}
Depresjonssymptomer Målt ved tiltaksslutt, 12 uker Målt med CSDD	Lyons 2018 rapporterte «ikke-signifikkant» forskjell, men presenterte ikke kvantitative resultater			16 (1 observasjonsstudie)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{a,c}

<i>Lavere skår betyr reduksjon i depresjonssymptomer</i>				
APSD Målt ved tiltaksslutt, 40 uker Målt med NPI <i>Lavere skår betyr reduksjon i APSD</i>	(M±SD) 1,78±2,28 (dans) vs 3,76±4,84 (kontroll) (p=0,02)	-	129 (1 RCT)	⊕⊕○○ LAV ^{a,b}
Daglig funksjon Målt ved tiltaksslutt, 40 uker Målt med FRSSD og FUCAS <i>Lavere skår betyr bedre daglig funksjon</i>	Ruiz-Muelle 2019 rapporterte forverret daglig funksjon for kontrollgruppa, men ingen endring for tiltaksgruppen	-	129 (1 RCT)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{a,b,d}
Livskvalitet	Ruiz-Muelle 2019 søkte etter studier som rapporterte livskvalitet, men fant ingen slike studier for personer med demens	-		
Behov for heldøgnsomsorg	Ingen av de systematiske oversiktene rapporterte dette utfallet			
Pårørendes omsorgsbyrde Målt ved tiltaksslutt, Målt med CBI	Ruiz-Muelle 2019 sier at det var medium effektstørrelse (+0,49) mellom gruppene*		7 pårørende (1 pilotstudie)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{a,c}

a. nedgradert ett nivå for risiko for systematiske skjevheter

b. nedgradert ett nivå for lav presisjon grunnet få deltakere

c. nedgradert to nivå for lav presisjon grunnet svært få deltakere

d. nedgradert ett nivå for lav presisjon grunnet usikkerhet rundt faktiske resultater

*Gjengitt som beskrevet i oversikten

CBI, Caregiver Burden Inventory; CSDD, Cornell Scale for Depression in Dementia; FRSSD, Functional Rating Scale for Dementia; FUCAS, Functional and Cognitive Assessment Test; M±SD, gjennomsnitt ± standardavvik; MOCA, Montreal Cognitive Assessment Test; MMSE; Mini Mental State Examination; NPI, Neuropsychiatric Inventory

Dyreassistert terapi

Vi fant to systematiske oversikter av høy eller moderat kvalitet som undersøkte effekten av dyreassistert terapi: Chen 2022 (21) og Lai 2019 (23). Chen 2022 hadde det mest oppdaterte litteratursøket fra januar 2020, mens Lai 2019 hadde litteratursøk fra september 2019. Chen 2022 dekket hovedutfallene generell funksjon, depresjonssymptomer, APSD, daglig funksjon og livskvalitet. Lai 2019 ønsket i tillegg til å undersøke hvordan dyreassistert terapi påvirket grad av institusjonalisering, men fant ingen studier som rapporterte dette utfallet. Vi rapporterer resultatene fra Chen 2022 i vår oversikt. Vi har selv vurdert tilliten til resultatene med GRADE.

I begge oversiktene innebar dyreassistert terapi at deltakerne klappet, matet eller lekte med dyr. Bortsett fra én primærstudie som brukte hester, benyttet alle de inkluderte primærstudiene hunder.

Generell kognisjon

Chen 2022 fant at det er usikkert om dyreassistert terapi sammenlignet med ikke-dyreassistert terapi påvirker generell kognisjon (SMD 0,06 SD høyere, 95 % KI 0,14 lavere til 0,26 høyere). Effektestimatet var basert på tre randomiserte studier med til sammen 398 deltakere. Vi har svært lav tillit til resultatene (Tabell 13).

Depresjonssymptomer

Chen 2022 fant at dyreassistert terapi sammenlignet med ikke-dyreassistert terapi trolig fører til en liten til moderat reduksjon i depresjonssymptomer (SMD 0,45 SD lavere,

95 % KI 0,63 lavere til 0,27 lavere). Effektestimatet var basert på fem randomiserte studier med til sammen 497 deltakere. Vi har middels tillit til resultatene (Tabell 13).

Atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens (APSD)

Chen 2022 fant at dyreassistert terapi sammenlignet med ikke-dyreassistert terapi trolig fører til en liten til moderat reduksjon i APSD (SMD 0,43 SD lavere, 95 % KI 0,62 lavere til 0,23 lavere). Effektestimatet var basert på tre randomiserte studier med til sammen 418 deltakere. Vi har middels tillit til resultatene (Tabell 13).

Daglig funksjon

Chen 2022 fant at det er usikkert om dyreassistert terapi sammenlignet med ikke-dyreassistert terapi påvirker daglig funksjon (SMD 0,08 SD lavere, 95 % KI 0,48 lavere til 0,33 høyere). Effektestimatet var basert på tre randomiserte studier med til sammen 398 deltakere. Vi har svært lav tillit til resultatene (Tabell 13).

Livskvalitet

Chen 2022 fant at det er usikkert om dyreassistert terapi sammenlignet med ikke-dyreassistert terapi påvirker livskvalitet (SMD 0,42 SD høyere, 95 % KI 0,17 lavere til 1,01 høyere). Effektestimatet var basert på fem randomiserte studier med til sammen 263 deltakere. Vi har svært lav tillit til resultatene (Tabell 13).

Behov for heldøgnsomsorg og pårørendes omsorgsbyrde

Ingen av de inkluderte systematiske oversiktene rapporterte effekt av dyreassistert terapi for behov for heldøgnsomsorg eller pårørendes omsorgsbyrde. Vi vet derfor ikke hvordan dyreassistert terapi påvirker disse utfallene.

Oppsummert: Dyreassistert terapi sammenlignet med ikke-dyreassistert gir trolig liten til middels reduksjon i depresjonssymptomer og APSD. Vi er usikre på effekten av dyreassistert terapi på generell kognisjon, daglig funksjon, og livskvalitet. Det mangler dokumentasjon om effekt på behov for heldøgnsomsorg og pårørendes omsorgsbyrde.

Tabell 13. Dyreassistert terapi for personer med demens

Utfall	Forventede absolutte effekter (95 % KI)		Relativ effekt (95 % KI)	Antall deltakere (# studier)	Tillit til effektestimatet (GRADE)
	Kontrollgruppe	Dyreassistert terapi			
Generell kognisjon Målt med MMSE, ADAS <i>Høyere skår betyr bedre kognisjon</i>	-	SMD 0,06 SD høyere (0,14 lavere til 0,26 høyere)	-	398 (3 RCT)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{a,b,c}
Depresjonssymptomer Målt med CSDD, MOSES <i>Lavere skår betyr reduksjon i depresjonssymptomer</i>	-	SMD 0,45 SD lavere (0,63 lavere til 0,27 lavere)	-	497 (5 RCT)	⊕⊕⊕○ MIDDELS ^a
APSD Målt 2-12 uker etter behandlingsslutt, målt, med NPI, NHBPS <i>Lavere skår betyr reduksjon i APSD</i>	-	SMD 0,43 SD lavere (0,62 lavere til 0,23 lavere)	-	418 (3 RCT)	⊕⊕⊕○ MIDDELS ^a

Daglig funksjon Målt målt med BI <i>Lavere skår betyr bedre daglig funksjon</i>	-	SMD 0,08 SD lavere (0,48 lavere til 0,33 høyere)	-	398 (3 RCT)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{a,b,c}
Livskvalitet målt med QoL-AD, QUA-LID <i>Høyere skår betyr bedre livskvalitet</i>	-	SMD 0,42 høyere (0,17 lavere til 1,01 høyere)	-	263 (5 RCT)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{a,b,c}
Behov for heldøgnsomsorg	Lai 2019 søkte etter studier som rapporterte grad av institusjonalisering, men fant ingen slike studier				
Pårørendes omsorgsbyrde	Ingen av de systematiske oversiktene rapporterte dette utfallet				

a. Nedgradert ett nivå for risiko for systematisk skjevhet (RoB)

b. Nedgradert ett nivå for inkonsistens

c. Nedgradert ett nivå for lav presisjon

ADAS, Alzheimer's Disease Assessment Scale; BI, Barthel index; CSDD, Cornell Scale for Depression in Dementia; KI, konfidensintervall; MD, mean difference; MMSE, Mini Mental State Examination; MOSES, Multidimensional Observational Scale for Elderly Subjects; NHBPS, Nursing Home Behavior Problem Scale; NPI, Neuropsychiatric Inventory; SD, Standardavvik; SMD, Standardized Mean Difference; mQoL-AD, Quality of Life in Alzheimer's Disease scale.

Terapi med roboter (menneskelignende og dyrelignende roboter)

Vi fant én systematisk oversikt av høy eller moderat kvalitet som undersøkte effekten av menneskelignende og dyrelignende roboter: Saragih 2021 (32) (moderat kvalitet). Saragih 2021 hadde litteratursøk fra januar 2020, og inkluderte totalt 13 primærstudier. Tre av primærstudiene undersøkte effekt av menneskelignende roboter mens 10 av studiene brukte dyreroboten PARO som er utformet som en sel. Saragih 2021 skilte ikke mellom menneskelignende og dyrelignende roboter i sine analyser og følgelig rapporterer også vi effekt av disse tiltakene samlet i vår oppsummering. Saragih 2021 dekket hovedutfallene generell kognisjon, depresjonssymptomer, APSD og livskvalitet. Vi har selv vurdert tilliten til resultatene med GRADE (Tabell 14).

Generell kognisjon

Saragih 2021 fant at robotterapi sammenlignet med vanlig behandling muligens førte til liten eller ingen endring i generell kognisjon (SMD 0,16 SD høyere, 95 % KI 0,08 lavere til 0,40 høyere). Effektestimatet var basert på fire randomiserte studier med til sammen 266 deltakere. Vi har lav tillit til resultatet (Tabell 14).

Depresjonssymptomer

Saragih 2021 fant at robotterapi sammenlignet med vanlig behandling muligens førte til en liten reduksjon i depresjonssymptomer (SMD 0,35 lavere, 95 % KI 0,69 lavere til 0,02 lavere). Effektestimatet var basert på tre randomiserte studier med til sammen 140 deltakere. Vi har lav tillit til resultatene (Tabell 14).

Atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens (APSD)

Saragih 2021 fant at det er usikkert om robotterapi sammenlignet med vanlig behandling påvirker APSD (SMD 0,16 SD høyere, 95 % KI 0,29 lavere til 0,61 høyere). Effektestimatet var basert på fire randomiserte studier med til sammen 245 deltakere. Vi har svært lav tillit til resultatene (Tabell 14).

Livskvalitet

Saragih 2021 fant at det er usikkert om robotterapi sammenlignet med vanlig behandling påvirker APSD livskvalitet (SMD 0,24 SD høyere, 95 % KI 0,23 lavere til 0,7 høyere). Effektestimatet var basert på fire randomiserte studier med til sammen 248 deltakere. Vi har svært lav tillit til resultatene (Tabell 14).

Daglig funksjon, behov for heldøgnsomsorg og pårørendes omsorgsbyrde

Vi vet ikke hvordan robotterapi påvirker utfallene daglig funksjon, behov for heldøgnsomsorg eller pårørendes omsorgsbyrde (ingen av de systematiske oversiktene rapporterte disse utfallene).

Oppsummert: Terapi med roboter (menneskelignende eller dyrelignende roboter) sammenlignet med vanlig behandling fører muligens til en liten reduksjon i depresjonssymptomer og liten eller ingen endring i generell kognisjon. Det er usikkert om terapi med roboter har effekt på APSD og livskvalitet, og det mangler dokumentasjon om effekt på daglig funksjon, behov for heldøgnsomsorg og pårørendes omsorgsbyrde.

Tabell 14. Terapi med roboter (menneskelignende eller dyrelignende roboter) for personer med demens

Populasjon: Personer med demens

Setting: Hjemme eller institusjon

Tiltak: Menneskelignende eller dyrelignende roboter

Sammenligning: Vanlig behandling

Utfall	Forventede absolutte effekter (95 % KI)		Relativ effekt (95 % KI)	Antall deltakere (# studier)	Tillit til effektestimatet (GRADE)
	Kontrollgruppe	Terapi med roboter			
Generell kognisjon Målt med MMSE, MoCA. Oppfølging 12-32 uker <i>Høyere skår betyr bedre kognisjon</i>	-	SMD 0,16 SD høyere (0,08 lavere til 0,40 høyere)	-	266 (4 RCT)	⊕⊕○○ Lav ^{a,b}
Depresjonssymptomer Målt med CSDD, GDS. Oppfølging 4-12 uker <i>Lavere skår betyr reduksjon i depresjonssymptomer</i>	-	SMD 0,35 SD lavere (0,69 lavere til 0,02 lavere)	-	140 (3 RCT)	⊕⊕○○ Lav ^{a,c}
APSD Målt med NPI, SWM. Oppfølging 2-12 uker <i>Lavere skår betyr reduksjon i APSD</i>	-	SMD 0,16 SD høyere (0,29 lavere til 0,61 høyere)	-	245 (4 RCT)	⊕○○○ Svært lav ^{a,b,d}
Daglig funksjon	Ingen av de systematiske oversiktene rapporterte dette utfallet				
Livskvalitet Målt med QoL-AD, QUALID. Oppfølging 12-32 uker <i>Høyere skår betyr bedre livskvalitet</i>	-	SMD 0,24 høyere (0,23 lavere til 0,7 høyere)	-	248 (4 RCT)	⊕○○○ Svært lav ^{a,b,d}
Behov for heldøgnsomsorg	Ingen av de systematiske oversiktene rapporterte dette utfallet				
Pårørendes omsorgsbyrde	Ingen av de systematiske oversiktene rapporterte dette utfallet				

a. Trukket ett nivå for risiko for systematiske skjevheter (RoB)

b. Trukket ett nivå for lav presisjon. Bredt KI som omfatter både effekt og ingen effekt.

c. Trukket ett nivå for lav presisjon. Bredt KI som omfatter både effekt og ingen effekt, og få deltakere.

d. Trukket ett nivå for inkonsistens. Høy heterogenitet og enkeltstudier viser motsatt effekt.

CSDD, Cornell Scale for Depression in Dementia; GDS, Geriatric Depression Scale; KI, konfidensintervall; MMSE, Mini Mental State Examination; MoCA, Montreal Cognitive Assessment; NPI, Neuropsychiatric Inventory; SD, Standardavvik; SMD, Standardized Mean Difference; SWM, Spatial Working Memory; QoL-AD, Quality of Life in Alzheimer's Disease; QUALID, Quality of Life in Late-Stage Dementia Scale.

Multikomponente tiltak

Tre systematiske oversikter av høy eller moderat kvalitet undersøkte effekten av multikomponente tiltak for personer med demens: Ali 2022 (18), Manietta 2022 (26), Scott 2019 (33). Siden Ali 2022 og Manietta 2022 hadde de nyeste litteratursøkene, og Scott 2019 ikke bidro med resultater for utfall som ikke allerede var dekket av de to nyeste oversiktene, rapporterer vi resultatene fra Ali 2022 og Manietta 2022.

Ali 2022 brukte “dual task”-intervensjon som multikomponent tiltak. I dette inngår kognitiv trening kombinert med fysisk trening. I Manietta 2022 omfattet intervensjonen minst to psykososiale tiltak for personer med demens.

Ali 2022 hadde ikke gradert tilliten til resultatene, så graderingen fra denne oversikten er basert på våre vurderinger. Manietta 2022 brukte GRADE for å vurdere tilliten til resultatene og disse vurderingene er presentert for utfallet livskvalitet.

Generell kognisjon

Ali 2022 fant at multikomponente tiltak sammenlignet med vanlig behandling eller annen aktiv behandling muligens ga liten eller ingen endring i generell kognisjon (SMD 0,2 lavere, 95 % KI 0,31 lavere til 0,28 høyere). Resultatet var basert på to randomiserte studier med til sammen 180 deltakere. Vi har lav tillit til resultatet (tabell 15).

Daglig funksjon

Ali 2022 fant at multikomponente tiltak sammenlignet med vanlig behandling eller annen aktiv behandling muligens ga en liten bedring i daglig funksjon (4 randomiserte studier rapporterte SMD fra 0,18 SD høyere til 0,88 SD høyere. Forfatterne har ikke slått sammen effektestimatene i metaanalyse). Forfatterne rapporterte ikke målemetode, men konkluderte med at høyere skår for tiltaksgruppa innebar bedring i daglig funksjon. Resultatet var basert på fire randomiserte studier med til sammen 400 deltakere. Vi har lav tillit til resultatet (tabell 15).

Livskvalitet

Manietta 2022 fant at multikomponente tiltak sammenlignet med vanlig behandling eller annen aktiv behandling trolig ga liten eller ingen endring i livskvalitet, men oppga ikke kvantitative data. Resultatet var basert på to randomiserte studier med til sammen 484 deltakere. Vi har middels tillit til resultatet (tabell 15).

Depresjonssymptomer, APSD, behov for heldøgnsomsorg og pårørendes omsorgsbyrde

Vi vet ikke hvordan multikomponente tiltak påvirker utfallene depresjonssymptomer, APSD, behov for heldøgnsomsorg eller pårørendes omsorgsbyrde (dokumentasjon ikke funnet).

Oppsummert: Multikomponente tiltak sammenlignet med vanlig behandling eller annen aktiv behandling fører trolig til liten eller ingen endring i livskvalitet, muligens til bedring i daglig funksjon og liten eller ingen endring i generell kognisjon. Det mangler dokumentasjon om effekt av multikomponente tiltak på depresjonssymptomer, APSD, behov for heldøgnsomsorg og pårørendes omsorgsbyrde.

Tabell 15. Multikomponente tiltak for personer med demens

Populasjon: Personer med demens og Alzheimers sykdom
Setting: I institusjon eller ikke spesifisert
Tiltak: Multikomponente tiltak
Sammenligning: Ulike aktive kontroller eller vanlig behandling eller livsstil

Utfall	Forventede absolutte effekter (95 % KI)		Relativ effekt (95 % KI)	Antall deltakere (# studier)	Tillit til effekt- estimatet (GRADE)
	Kontroll- gruppe	Multikomponente tiltak			
Generell kognisjon Måletidspunkt og metode ikke oppgitt		SMD 0,02 SD lavere (0,31 lavere til 0,28 høyere)		180 (2 RCT)	⊕⊕○○ LAV ^{a,b}
Depresjonssymptomer	Ingen av de systematiske oversiktene rapporterte dette utfallet				
APSD	Ingen av de systematiske oversiktene rapporterte dette utfallet				
Daglig funksjon Ikke oppgitt måleverktøy, men konkluderer med en bedre daglig funksjon Oppfølging fra 8 til 52 uker	-	4 RCT rapporterte SMD fra 0,18 SD høyere til 0,88 SD høyere	-	400 (4 RCT)	⊕⊕○○ LAV ^{a,b}
Livskvalitet Målt med QUALIDEM	Forfatterne oppgir liten eller ingen effekt på livskvalitet, men oppgir ikke kvantitative data.			484 (2 studier)	⊕⊕⊕○ MIDDELS ^a
Behov for heldøgnsomsorg	Ingen av de systematiske oversiktene rapporterte dette utfallet				
Pårørendes omsorgsbyrde	Ingen av de systematiske oversiktene rapporterte dette utfallet				

a. Nedgradert ett nivå for risiko for skjevheter

b. Nedgradert ett nivå for lav presisjon

SD, Standardavvik; SMD, Standardized Mean Difference; QUALIDEM, Quality of Life for People with Dementia

Persontentrert tilpasning

To systematiske oversikter av høy eller moderat kvalitet (Lourida 2020 (24) og Mohler 2020 (28)) hadde vurdert effekten av persontentrert tilpasning. Lourida 2020 hadde det mest oppdaterte litteratursøket (oktober 2019), men inkluderte alle typer tiltak og hadde bare med en primærstudie som undersøkte persontentrert tilpasning. Mohler 2020 undersøkte utelukkende persontentrert tilpasning, og inkluderte fem primærstudier som alle benyttet persontentrert tilpasning. Litteratursøket til Mohler ble utført i september 2020 og er dermed utørt bare en måned før litteratursøket til Lourida 2020. Vi har derfor valgt å rapportere resultatene fra Mohler 2020 i vår oversikt. Mohler 2020 dekket hovedutfallene APSD, depresjonssymptomer, livskvalitet og pårørendes omsorgsbyrde. Lourida 2020 dekket hovedutfallene APSD og livskvalitet, og rapporterte følgelig ingen hovedutfall som ikke ble dekket av Mohler 2020. Mohler 2020 vurderte tilliten til resultatene med GRADE og vi gjengir forfatternes vurderinger (oversatt til norsk) i vår oversikt.

Primærstudiene i Mohler 2020 kartla nåværende eller tidligere interesser og preferanser blant personer med demens og lagde aktivitetsplaner som var tilpasset kartleggingsresultater og funksjonsnivå for den enkelte.

Depresjonssymptomer

Mohler 2020 rapporterte at personsentrert tilpasning sammenlignet med vanlig behandling eller annen aktiv behandling (ikke personsentrert) muligens førte til liten eller ingen endring i depresjonssymptomer, men oppga ikke kvantitative data. Resultatet var basert på to randomiserte studier med 96 deltakere. Vi har lav tillit til resultatet (Tabell 16).

Atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens (APSD)

Mohler 2020 fant at personsentrert tilpasning sammenlignet med vanlig behandling eller annen aktiv behandling (ikke personsentrert) muligens fører til liten eller moderat reduksjon i APSD (SMD 0,44 SD lavere, 95 % KI 0,77 lavere til 0,1 lavere). Effektestimatet var basert på fire randomiserte studier med til sammen 305 deltakere. Vi har lav tillit til resultatene (Tabell 16).

Livskvalitet

Mohler 2020 rapporterte at personsentrert tilpasning sammenlignet med vanlig behandling eller annen aktiv behandling (ikke personsentrert) muligens fører til liten eller ingen endring i livskvalitet, men oppga ikke kvantitative data. Resultatet var basert på to randomiserte studier med 86 deltakere. Vi har lav tillit til resultatet (Tabell 16).

Pårørendes omsorgsbyrde

Mohler 2020 fant at det er usikkert om personsentrert tilpasning sammenlignet med vanlig behandling eller annen aktiv behandling (ikke personsentrert) påvirker pårørendes omsorgsbyrde (MD 0,62 SD lavere, 95 % KI 3,08 lavere til 1,83 høyere). Effektestimatet var basert på tre randomiserte studier med til sammen 246 deltakere. Vi har lav tillit til resultatet (Tabell 16).

Generell kognisjon, daglig funksjon og behov for heldøgnsomsorg

Ingen av de inkluderte systematiske oversiktene rapporterte effekt av personsentrert tilpasning for generell kognisjon, daglig funksjon eller behov for heldøgnsomsorg. Vi vet derfor ikke hvordan personsentrert tilpasning påvirker disse utfallene.

Oppsummert: Personsentrert tilpasning sammenlignet med vanlig behandling eller annen aktiv behandling (ikke personsentrert) gir muligens liten til moderat reduksjon i APSD, liten eller ingen endring i depresjonssymptomer og livskvalitet, og redusert omsorgsbyrde for pårørende. Det mangler dokumentasjon om effekt av personsentrert tilpasning på generell kognisjon, daglig funksjon og behov for heldøgnsomsorg.

Tabell 16. Personsentret tilpasning for personer med demens

Populasjon: Personer med demens

Setting: Hjemme

Tiltak: Personsentret tilpasning

Sammenligning: Vanlig behandling eller annen aktiv behandling (ikke personsentret)

Utfall	Forventede absolutte effekter (95 % KI)		Relativ effekt (95 % KI)	Antall deltakere (# studier)	Tillit til effekt- estimatet (GRADE)
	Kontroll- gruppe	Personsentret tilpasning			
Generell kognisjon	Ingen av de systematiske oversiktene rapporterte dette utfallet				
Depresjonssymptomer Målt med CSDD, PHQ-9. Oppfølging 2 uker - 4 måneder	Forfatterne oppgir liten eller ingen effekt, men oppgir ikke kvantitative data.			96 (2 RCT)*	⊕⊕○○ LAV ^{a,b}
APSD Målt med NPI, CMAI, ABDS. Oppfølging 2 uker - 4 måneder <i>Lavere skår betyr reduksjon i APSD</i>	-	SMD 0,44 SD lavere (0,77 lavere til 0,1 lavere)		305 (4 RCT)	⊕⊕○○ LAV ^{a,b}
Daglig funksjon	Ingen av de systematiske oversiktene rapporterte dette utfallet				
Livskvalitet Målt med QoL-AD. Oppfølging 4 måneder	Forfatterne oppgir liten eller ingen effekt, men oppgir ikke kvantitative data		-	86 (2 RCT)	⊕⊕○○ LAV ^{a,b}
Behov for heldøgnsomsorg	Ingen av de systematiske oversiktene rapporterte dette utfallet				
Pårørendes omsorgsbyrde Målt med ZBS. Oppfølging 3-4 måneder. <i>Lavere skår betyr redusert omsorgsbyrde</i>	-	MD 0,62 lavere (3,08 lavere til 1,83 høyere)	-	246 (3 RCT)	⊕⊕○○ LAV ^{a,b}

a. Trukket ett nivå for risiko for systematiske skjevheter (RoB)

b. Trukket ett nivå for lav presisjon. Bredt KI.

* en av studiene inkluderte personer med demens, mens 40 og 60 % av deltakerne i den andre studien hadde hhv. «early stage of mild cognitive impairment (MCI)» og «late stage of MCI»

ABDS, Agitated Behaviours in Dementia Scale; CMAI, Cohen-Mansfield Agitation Inventory; CSDD, Cornell Scale for Depression in Dementia; KI, konfidensintervall; MD, Mean Difference; NPI, Neuropsychiatric Inventory; PHQ-9, Patient Health Questionnaire; SD, Standardavvik; SMD, standardized mean difference; QoL-AD, Quality of Life in Alzheimer's Disease; ZBS, Zarit Burden Scale

Psykososiale tiltak for personer med demens

I et forsøk på å gi en overordnet oversikt over den kunnskapen vi har om effektene av de 15 psykososiale tiltakene, har vi samlet GRADE-vurderingene (tilliten til effektestimaterne) og retning på de effektene som er funnet, i Tabell 17. Retning på resultatene er illustrert med piler, ↑ for kognisjon betyr bedre generell kognisjon, ↓ for depresjonssymptomer og APSD betyr reduksjon i symptomer, ↓ for daglig funksjon betyr bedring, ↑ for livskvalitet betyr bedring, ↓ for pårørendes omsorgsbyrde betyr redusert byrde og ↔ betyr liten eller ingen endring. Tilliten er vist med kodene H, M, L og SL for GRADE-nivåene av vår tillit til effektestimaterne (høy, middels, lav og svært lav).

Tabell 17. Oversikt over retning og tillit til effektestimatene etter psykososiale tiltak gitt til personer med demens.

Psykososialt tiltak	Generell kognisjon (økning innebærer bedring)	Depresjonssymptomer (økning innebærer forverring)	APSD (økning innebærer forverring)	Daglig funksjon (økning innebærer forverring)	Livskvalitet (økning innebærer bedring)	Behov for heldøgnsomsorg (økning innebærer forverring)	Pårørendes omsorgsbyrde (økning innebærer forverring)
Kognitiv terapi	L ↔		SL	M ↓	M ↑	-	SL
Kognitiv stimulering	-	-	-	-	-	-	SL
Kognitiv rehabilitering	SL	SL	SL	-	SL	-	
Kognitiv trening	L ↑	M ↓	SL	SL	SL	-	
Virtuelle kognitive terapier	M ↑	M ↓	-	-	-	-	-
Reminisensterapi	H ↑*	H ↔	-	L ↔	M ↔	-	-
Deeskalering	-	-	-	-	-	-	-
Sansestimulering	SL	-	SL	SL	SL	-	SL
Brukerskoler	L ↔	-	L ↔	SL	SL	-	-
Musikterapi	L ↔	M ↓	M ↓	-	L ↑	-	-
Sang og dans	L ↑	SL	L ↓	SL	-	-	SL
Dyreassistert terapi	SL	M ↓	M ↓	SL	SL	-	-
Robotassistert terapi	L ↔	L ↓	SL	-	SL	-	-
Multikomponente tiltak	L ↔	-	-	L ↓	M ↔	-	-
Personsentrert tilpasning	-	L ↔	L ↓	-	L ↔	-	L ↔

*95 % KI fra 0 til 0,23 SD høyere. Tillit til effektestimatet: høy (H), middels (M), lav (L), svært lav (SL).

Retning: reduksjon (↓), økning (↑), liten eller ingen endring (↔)

Diskusjon

Hovedfunn

Vi fant 20 systematiske oversikter (18-37) av høy eller moderat kvalitet (vurdert med AMSTAR 2) som samlet vurderte effekten av 15 psykososiale tiltak. Populasjonen i oversiktene var i all hovedsak personer med demens, inkludert Alzheimers sykdom. De fleste oversiktene spesifiserte ikke deltakernes demensgrad, eller inkluderte alle demensgrader. Tiltakene ble sammenlignet med ingen behandling, vanlig behandling eller annen behandling. Effekten av de psykososiale tiltakene var usikker for mange utfall fordi dokumentasjon manglet eller var av svært lav kvalitet. Oppsummert for hvert tiltak fant vi at:

Kognitiv terapi fører trolig til reduksjon i depresjonssymptomer og bedring i daglig funksjon og livskvalitet, men gir muligens liten eller ingen endring i kognisjon.

Kognitiv trening fører trolig til reduksjon i depresjonssymptomer og muligens til bedring i kognisjon.

Virtuelle kognitive tiltak fører trolig til bedring i kognisjon og reduksjon i depresjonssymptomer.

Reminisensterapi fører til liten eller ingen endring i kognisjon og depresjonssymptomer og fører trolig til liten eller ingen endring i livskvalitet.

Brukerskoler og demensskoler fører muligens til liten eller ingen endring i kognisjon og APSD.

Musikkterapi fører trolig til reduksjon i depresjonssymptomer og APSD, og muligens til bedring i livskvalitet og liten eller ingen endring i kognisjon.

Danseterapi fører muligens til bedre kognisjon og reduksjon i APSD.

Dyreassistert terapi fører trolig til reduksjon i depresjonssymptomer og APSD.

Terapi med roboter fører muligens til reduksjon i depresjonssymptomer og liten eller ingen endring i kognisjon.

Multikomponente tiltak fører trolig til liten eller ingen endring i livskvalitet og muligens til bedring i daglig funksjon og liten eller ingen endring i kognisjon

Personsentrert tilpasning fører muligens til reduksjon i APSD og redusert omsorgsbyrde for pårørende, men liten eller ingen endring i depresjonssymptomer og livskvalitet.

Vi vet ikke, eller er svært usikre på, effekten av **kognitiv stimulering, kognitiv rehabilitering, deeskalering og sansestimulering** for personer med demens.

Effekter ble i all hovedsak målt umiddelbart eller kort tid etter tiltakets slutt, og vi har derfor svært lite informasjon om langtidseffekter av de psykososiale tiltakene.

Er kunnskapsgrunnlaget dekkende og anvendelige?

Det er uten tvil skrevet mange oversikter om psykososiale tiltak for personer med demens. Det var likevel slående hvor mange oversikter som hadde lav eller kritisk lav kvalitet (n= 50 oversikter). I tillegg ekskluderte vi et stort antall oversikter uten kvalitetsvurdering fordi de ikke hadde vurdert risiko for systematiske skjevheter i de inkluderte studiene, kun hadde søkt i en database eller ikke rapporterte effektestimater (tellet bare hvor mange studier som fant og ikke fant effekt; «vote counting»). Også disse oversiktene ville fått vurderingen lav eller kritisk lav kvalitet.

Vi inkluderte 20 systematiske oversikter av høy eller moderat kvalitet, publisert i 2018 eller senere. Samlet inkluderte de 20 oversiktene alle grader og de fleste typer demens. I norsk praksis utgjør personer med demens en svært heterogen gruppe. Vi vurderer at den brede populasjonssammensetningen i de inkluderte oversiktene er relevant for norsk praksis.

De inkluderte systematiske oversiktene omhandler 15 forskjellige psykososiale tiltak, og for hvert av tiltakene har vi sett etter (og vurdert) de syv hovedutfallene: generell kognisjon, depresjonssymptomer, APSD, daglig funksjon, livskvalitet, behov for helseomsorg, og pårørendes omsorgsbyrde. De ulike kombinasjonene av tiltak og hovedutfall innebar potensielt 105 effektestimater. Mange av kombinasjonene var imidlertid ikke undersøkt i de inkluderte systematiske oversiktene. Blant kombinasjonene som var undersøkt var det flere effektestimater som kun var basert på én primærstudie eller som av andre grunner ble vurdert å være usikre.

Kun et fåtall av de inkluderte systematiske oversiktene rapporterte effektestimater for pårørendes omsorgsbyrde, og vi fant ingen effektestimater for utfallet behov for helseomsorg. Vi vet derfor lite eller ingenting om hvordan psykososiale tiltak påvirker disse utfallene. Dette er utfall som forventes å ha stor betydning for personer med demens og deres pårørende, og disse utfallene kan også få stor økonomisk betydning for samfunnet.

De fleste studiene hadde målt effekt ved tiltaksslutt eller etter 2-12 ukers oppfølging. Vi vurderer at det er lite tilgjengelig informasjon om mulige langtidseffekter av de inkluderte psykososiale tiltakene.

Kan vi stole på kunnskapsgrunnlaget?

Tilliten til resultatene er vurdert med GRADE-tilnærmingen. For oversikter der forfatterne selv hadde vurdert tilliten til resultatene, har vi gjengitt forfatternes vurderinger. For oversikter uten slike vurderinger, har vi vurdert tilliten til resultatene. Vurdering av tillit er til en viss grad basert på skjønn. Vi kan ikke utelukke at forfattere av ulike oversikter kan ha vurdert tillit forskjellig, og vi kan ikke utelukke at vi ville gjort andre vurderinger enn forfatterne. Vårt inntrykk er likevel at vurderingene av tillit i hovedsak er rimelige.

Vår oversikt har vurdert syv hovedutfall for 15 ulike tiltak, hvilket potensielt innebar 105 vurderinger av tillit. Til tross for dette høye tallet er det bare to effektestimater som har fått vurderingen «høy tillit» og bare 12 effektestimater som har fått vurderingen «middels tillit». Resten av effektestimaterne har fått vurderingen «lav tillit», «svært lav tillit» eller ble ikke vurdert fordi vi ikke fant oversikter som rapporterte effektestimater for det aktuelle utfallet for det bestemte tiltaket.

En viktig årsak til at vi nedgraderte tilliten til effektestimaterne var risiko for systematiske skjevheter. Svakheter ved randomiseringsprosessen og/eller manglende blinding av deltakere, behandlere eller de som målte utfallene var den viktigste grunnen til risiko for systematiske skjevheter i majoriteten av primærstudiene. Flere systematiske oversikter påpekte at det er svært vanskelig å gjennomføre psykososiale tiltak uten at deltakerne og behandlerne kjenner gruppetilhørighet (tiltaks- eller kontrollgruppe), men det burde være mulig at den som skal måle utfallet ikke kjenner deltakernes gruppetilhørighet.

En annen viktig årsak til nedgradering av tillit var manglende presisjon. Flere av konfidensintervallene var brede og omfattet ingen, liten og stor effekt, eller både økning og reduksjon. For flere tiltak var det få inkluderte primærstudier og få deltakere i studiene. Få deltakere er trolig en viktig grunn til at konfidensintervallene var brede. I tillegg var det i flere av de inkluderte oversiktene stor heterogenitet i populasjon, tiltak og sammenligning. Oversiktene vurderte gjerne pasienter med ulik demensgrad, tiltakene kunne være forskjellig definert eller gitt med ulik dose og varighet, og sammenligningen kunne være ingen behandling, vanlig behandling eller annen behandling. Denne heterogeniteten kan også ha bidratt til brede konfidensintervaller. Vi forventer at nye studier med flere deltakere vil kunne gi mer presise effektestimater og sikrere kunnskap. Studier med mindre heterogenitet i populasjon, tiltak og sammenligning kan også gi mer presise effektestimater. På den andre siden er personer med demens en heterogen gruppe med ofte mange og overlappende utfordringer. Studier med mindre heterogen populasjon vil derfor kunne være mindre relevante for problemstillingene man møter i klinisk praksis.

Styrker og svakheter ved denne systematiske oversikten av systematiske oversikter

En fordel med oversikter over systematiske oversikter er at man får et bredt overblikk over tilgjengelige systematiske oversikter om temaet. En styrke ved vår oversikt er den systematiske og transparente tilnærmingen vi har benyttet. Vi har fulgt internasjonale standarder for utarbeidelse av oversikt over systematiske oversikter og vår detaljerte og forhåndspubliserede prosjektplan. Vi utarbeidet et omfattende litteratursøk, og utvelgelse av relevante oversikter og kvalitetsvurderingene av disse ble utført av to personer uavhengige av hverandre.

Oversikter over systematiske oversikter har også noen iboende svakheter. For det første er man avhengig av at andre har valgt å lage en systematisk oversikt om akkurat den problemstillingen man selv er interessert i (riktig populasjon, tiltak, sammenligning og utfall). Det er på ingen måte opplagt at det finnes systematiske oversikter for enhver problemstilling. For det andre er man avhengig av at andre har utarbeidet *gode* systematiske oversikter. I vår oversikt har vi valgt å bare inkludere systematiske oversikter av høy eller moderat kvalitet. Dette valget ble gjort samråd med oppdragsgiver HelseDirektoratet og er også beskrevet i prosjektplanen. Systematiske oversikter av lav eller svært lav kvalitet kan likevel ha omtalt gode primærstudier. Det er en viss risiko for at vi ikke har fanget opp resultatene fra gode primærstudier fordi oversiktene som oppsummerte primærstudiene var av lav kvalitet. Vi anslår imidlertid at denne risikoen er lav fordi de samme gode primærstudiene også burde være inkludert i systematiske oversikter av høy eller moderat effekt. Oversikter over systematiske oversikter er også avhengig av de systematiske oversiktene rapporterer nødvendige detaljer om populasjon, tiltak, sammenligning og utfall fra primærstudiene. Vi har for eksempel ikke funnet beskrivelse av organisering av helse- og omsorgstjenester i de inkluderte systematiske oversiktene og kan følgelig ikke sammenligne dette med norsk kontekst. Videre rapporterte de inkluderte systematiske oversiktene i all hovedsak hvilke måleverktøy/skala som ble brukt til å måle utfall i primærstudiene, men sjelden eller aldri om utfallet var selvrapportert eller om målingen ble gjort av helsepersonell eller pårørende. Det er kjent at utfall som livskvalitet kan skåres forskjellig avhengig av om utfallet måles av deltakeren eller andre. Selv om vi ikke vet hvem som målte utfall i primærstudiene, antar vi at studiene har brukt samme målestrategi i kontroll- og tiltaksgruppe. Følgelig vurderer vi at dette ikke har påvirket konklusjonene våre. Hvis ikke samme målestrategi ble benyttet i kontroll- og tiltaksgruppe ville oversiktene vurdert at risikoen for systematiske skjevheter var høy (alle de inkluderte systematiske oversiktene vurderte risiko for systematiske skjevheter). En tredje svakhet er at det nødvendigvis tar tid fra en relevant primærstudie er publisert til denne oppsummeres i en systematisk oversikt. I et forskningsfelt med høy (og nyskapende) aktivitet, er det en risiko for at systematiske oversikter kan bli utdatert. I et modent forskningsfelt er denne risikoen mindre.

Selv om vi søkte bredt i flere elektroniske databaser, er det mulig vi har gått glipp av relevante systematiske oversikter. Systematiske oversikter kan for eksempel være utarbeidet av organisasjoner og virksomheter som publiserer disse på egne nettsider og ikke i tidsskrifter som blir indeksert i databasene vi har søkt i. For å identifisere flest mulig relevante systematiske oversikter er det ofte anbefalt å gjøre søk i kilder for grå litteratur. For denne oversikten over systematiske oversikter var søkeresultatet fra de elektroniske databasene stort, og vi har ikke hatt mulighet til å gå gjennom referanselister og kilder for grå litteratur i tillegg.

Inklusjon av systematiske oversikter var begrenset bakover i tid til 2018, og begrenset til oversikter publisert på skandinaviske språk eller engelsk. Selv om det finnes oversikter på andre språk og av eldre dato så antar vi at det ikke er en viktig begrensning all den tid vi fant veldig mange nyere systematiske oversikter.

En reell utfordring vi fant ved gjennomføringen av denne oversikten over oversikter var at forskjellige forskningsgrupper hadde benytter forskjellige definisjoner av de psykososiale tiltakene. Denne utfordringen gjorde det vanskelig å vurdere inklusjon, sortere tiltak, hente ut data og beskrive funn fra de systematiske oversiktene. Som eksempel nevner vi kognitiv trening, der Bahar-Fuchs 2019 sin definisjon av kognitiv trening også omfattet kognitiv stimulering og kognitiv rehabilitering. Wang 2022 skilte derimot kognitiv trening, kognitiv stimulering og kognitiv rehabilitering og rapporterte separate effektestimater for de tre tiltakene. Ettersom Wang 2022 var den mest oppdaterte oversikten (nyeste litteratursøk) valgte vi å bruke definisjonene i Wang 2022. Bahar-Fuchs 2019 var imidlertid den eneste oversikten som vurderte effekten av kognitive tiltak for pårørendes omsorgsbyrde. Derfor har vi tatt med disse resultatene fra Bahar-Fuchs 2019, men vi har presisert hvilken definisjon som er brukt der de aktuelle resultatene er presentert.

Mange oversikter inkluderte personer med forskjellig grad og type demens og rapporterte samlede effektestimater. Vi har inkludert slike oversikter dersom alle deltakerne hadde demens. Vi har ekskludert oversikter som inkluderte personer med demens og personer med mild kognitiv svikt dersom ikke deltakergruppene ble analysert separat. Vi ekskluderte flere enn 30 oversikter om personer med demens og personer med mild kognitiv svikt av denne grunn.

Overensstemmelse med andre litteraturoversikter og studier

Vi kjenner ikke til andre systematiske oversikter over systematiske oversikter publisert de siste årene som omhandler effekt av psykososiale tiltak til personer med demens.

Det er publisert mange oversikter om effekt av psykososiale tiltak for personer med demens i periode 2018-2022. I vår oppsummering har vi inkludert 20 oversikter av høy eller moderat kvalitet, men det var likevel flere kombinasjoner av tiltak og utfall der effekt ikke er dokumentert. Flere av de inkluderte oversiktene påpeker også denne mangelen på dokumentasjon.

Dahm og kolleger utarbeidet en lignende oversikt over systematiske oversikter i 2014. Også denne oversikten ble bestilt til en nasjonal faglig retningslinje om demens. Dahm 2014 inkluderte åtte systematiske oversikter som omhandlet åtte forskjellige psykologiske tiltak for personer med demens. Til sammenligning inkluderte vår oversikt 20 systematiske oversikter som vurderte 15 psykososiale tiltak. De inkluderte systematiske oversiktene i vår rapport inkluderer også flere primærstudier enn oversiktene som inngikk i Dahms rapport fra 2014. Samlet tyder dette på det er kommet ny forskning om psykososiale tiltak for personer med demens de siste åtte årene. Også Dahm og kolleger påpekte at effekten av flere psykososiale tiltak er usikker, og selv om det har kommet nye studier i dette forskningsfeltet er det påfallende at mye av usikkerheten fortsatt består.

Resultatenes betydning for praksis

Oversikten vår viser at flere psykososiale tiltak har fordelaktig effekt for personer med demens. Disse tiltakene kan vurderes i nasjonale retningslinjer for behandling og oppfølging av personer med demens.

En svakhet er likevel at vi vet lite om hvilke personer med demens som kan ha mest nytte av tiltakene. I norsk praksis kan det være aktuelt å kombinere forskjellige tiltak og tilpasse tiltakene til den enkeltes demensgrad, funksjonsnivå og personlige preferanser. Men vi vet dessverre lite om effekten av personlige tilpasninger, og bare noen få kombinasjoner av tiltak (multikomponente tiltak) er vurdert. Vi vet også lite om hvordan de psykososiale tiltakene påvirker pårørendes omsorgsbyrde og behov for heldøgnsomsorg.

Kunnskapshull

Det mangler studier for mange viktige utfall for mange av de psykososiale tiltakene som er vurdert for personer med demens. For to av de 15 tiltakene, kognitiv stimulering og deeskalering, fant vi ingen primærstudier som vi kunne inkludere. For kognitiv rehabilitering og sansestimulering vurderte vi dokumentasjonen for alle utfallene til å ha så lav tillit av vi kun kan konkludere med at effekten er usikker. For mange av de syv hovedutfallene for de 15 tiltakene manglet det studier, det ble kun funnet én relevant primærstudie (som ofte hadde få deltakere) eller effektestimatet ble vurdert som usikkert (svært lav tillit). Det mangler også informasjon om mulige langtidseffekter av psykososiale tiltak for personer med demens.

Det er behov for nye randomiserte studier som undersøker effekten av psykososiale tiltak for personer med demens. De nye studiene bør inkludere flere deltakere og bør måle et bredt spekter av viktige utfall. I vår oversikt fant vi få systematiske oversikter som undersøkte pårørendes omsorgsbyrde og vi fant ingen systematiske oversikter som undersøkte behov for heldøgnsomsorg. Disse utfallene kan ha stor betydning for personer med demens og deres pårørende, og kan få stor økonomisk betydning for

samfunnet. Nye studier som også måler disse utfallene, vil kunne gi svært nyttig informasjon. For at nye studier også skal kunne gi kunnskap om langtidseffekter av psykososiale tiltak, bør studiene ikke bare måle utfall ved tiltakets slutt men også etter lengre oppfølgingstid.

Konklusjon

Vi har systematisk oppsummert systematiske oversikter som undersøker effekt av psykososiale tiltak for personer med demens.

Følgende psykososiale tiltak har trolig fordelaktig effekt for personer med demens: kognitiv terapi, kognitiv trening, virtuelle kognitive tiltak, reminisensterapi, musikkterapi og dyreassistert terapi.

I tillegg kan muligens danseterapi, terapi med roboter, multikomponente tiltak og personsentrert tilpasning gi fordelaktig effekt for personer med demens, men det er mulig at brukerskoler og demensskoler gir liten eller ingen effekt.

Vi vet ikke, eller er svært usikre på, effekten av kognitiv stimulering, kognitiv rehabilitering, deeskalering og sansestimulering.

Effekter er målt for utfallene generell kognisjon, depresjonssymptomer, APSD, daglig funksjon, livskvalitet eller pårørendes omsorgsbyrde. Vi har ikke funnet dokumentasjon for alle utfall for noen av de psykososiale tiltakene. Vi vet heller ikke hvordan de psykososiale tiltakene påvirker behov for heldøgnsomsorg for personer med demens.

Effekter ble i all hovedsak målt umiddelbart eller kort tid etter tiltakets slutt, derfor mangler informasjon om langtidseffekter av de psykososiale tiltakene.

Referanser

1. Helsedirektoratet (2017). Nasjonal faglig retningslinje for demens [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 11. mai 2022, lest 3. november 2022). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens>.
2. Gjøra L, Kjølvik G, Strand BH, Kvello-Alme, Selbæk M. Forekomst av demens i Norge, Tønsberg: Forlaget aldring og helse – akademisk, 2020. Tilgjengelig fra: https://butikk.aldringoghelse.no/file/sync-files/rapport-forekomst-av-demens-a4_2020_interaktiv.pdf.
3. Demens [nettdokument]. Nasjonalt senter for aldring og helse. [lest 8. november 2022]. <https://www.aldringoghelse.no/demens/>.
4. Folkehelseinstituttet. Demens som dødsårsakOslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert 2020-12-17; lest 2022-10-22]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/dodsarsaksregisteret/demens-som-dodsarsak/#hvordan-doer-man-av-demens>
5. Helsedirektoratet (2004). Psykososiale tiltak skal forsøkes før legemiddelbehandling når nevropsykiatriske komplikasjoner som agitasjon, aggresjon og psykose, oppstår hos personer med demens, med unntak av krisesituasjoner. [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (lest 23. oktober 2022). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/psykiske-lidelser-hos-eldre/demens-og-kognitiv-svikt/psykososiale-tiltak-skal-forsokes-for-legemiddelbehandling-nar-nevropsykiatriske-komplikasjoner-som-agitasjon-aggresjon-og-psykose-oppstar-hos-personer-med-demens-med-unntak-av-krisesituasjoner>.
6. National alliance for mental illness. Psychosocial treatments. 2015. <https://www.nami.org/NAMI/media/NAMI-Media/Images/Fact-Sheets/Psychosocial-Treatments-FS.pdf>.
7. Dahm KT, Dalsbø TK, Håvelsrud K, Reinart LM. Effekt av psykologiske tiltak for personer med demens. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 27–2014. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2014.
8. Dahm KT, Dalsbø TK, Håvelsrud K, Reinart LM. Effekt av fysisk aktivitet og omsorgstiltak for personer med demens. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 27–2014. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2014.
9. Slik oppsummerer vi forskning. (9. mai 2022). [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet. Hentet [15. november 2022] fra <https://www.fhi.no/nettpub/metodeboka>.

10. Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ, et al. Cochrane handbook for systematic reviews of interventions. Version 6.2: Cochrane Collaboration; [lest]. Tilgjengelig fra: <https://training.cochrane.org/handbook>
11. Vist GE, Gaustad JV, Hval G, Underland V. Effekt av psykososiale tiltak for personer med demens - Prosjektplan for en oversikt over oversikter - prosjektbeskrivelse. Oslo: Folkehelseinstituttet 2022. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/cristin-prosjekter/aktiv/effekt-av-psykososiale-tiltak-for-personer-med-demens---prosjektplan-for-en/>.
12. Store norske leksikon. Alzheimers sykdom.[oppdatert 7. april 2022; lest 27. november 2022]. Tilgjengelig fra: https://sml.snl.no/Alzheimers_sykdom
13. The EndNote Team. EndNote 20. Philadelphia, PA: Clarivate Analytics; 2013.
14. Thomas J, Graziosi S, Brunton J, Ghouze Z, O'Driscoll P, Bond M, et al. EPPI-Reviewer 4: advanced software for systematic reviews, maps and evidence synthesis. London: EPPI-Centre, UCL Social Research Institute, University College London; 2022.
15. Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ* 2017;358:j4008.
16. Guyatt G, Oxman AD, Akl EA, Kunz R, Vist G, Brozek J, et al. GRADE guidelines: 1. Introduction-GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *J Clin Epidemiol* 2011;64(4):383-94.
17. GRADEpro Guideline Development Tool [Software]: McMaster University and Evidence Prime Inc [lest]. Tilgjengelig fra: www.gradepro.org
18. Ali N, Tian H, Thabane L, Ma J, Wu H, Zhong Q, et al. The Effects of Dual-Task Training on Cognitive and Physical Functions in Older Adults with Cognitive Impairment; A Systematic Review and Meta-Analysis. *Jpad* 2022;9(2):359-70.
19. Bahar-Fuchs A, Martyr A, Goh AM, Sabates J, Clare L. Cognitive training for people with mild to moderate dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2019;3:CD013069.
20. Ball EL, Owen-Booth B, Gray A, Shenkin SD, Hewitt J, McCleery J. Aromatherapy for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2020;8:CD003150.
21. Chen H, Wang Y, Zhang M, Wang N, Li Y, Liu Y. Effects of animal-assisted therapy on patients with dementia: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychiatry Research* 2022;314:114619.
22. Herke M, Fink A, Langer G, Wustmann T, Watzke S, Hanff AM, et al. Environmental and behavioural modifications for improving food and fluid intake in people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018;7:CD011542.
23. Lai NM, Chang SMW, Ng SS, Tan SL, Chaiyakunapruk N, Stanaway F. Animal-assisted therapy for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2019;11(11):25.
24. Lourida I, Gwernan-Jones R, Abbott R, Rogers M, Green C, Ball S, et al. Activity interventions to improve the experience of care in hospital for people living with dementia: a systematic review. *BMC Geriatrics* 2020;20(1):131.
25. Lyons S, Karkou V, Roe B, Meekums B, Richards M. What research evidence is there that dance movement therapy improves the health and wellbeing of older

- adults with dementia? A systematic review and descriptive narrative summary. *Arts in Psychotherapy* 2018;60:32-40.
26. Manietta C, Labonté V, Möhler R. Structured Care Protocols to Reduce Behavior That Challenges in People With Dementia: A Systematic Review. *Journal of the American Medical Directors Association* 2021.
 27. Masika GM, Doris YSF, Li PWC. Visual art therapy as a treatment option for cognitive decline among older adults. A systematic review and meta-analysis. *Journal of advanced nursing* 2020;23.
 28. Mohler R, Renom A, Renom H, Meyer G. Personally tailored activities for improving psychosocial outcomes for people with dementia in community settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2020;8:CD010515.
 29. Orgeta V, Leung P, Del-Pino-Casado R, Qazi A, Orrell M, Spector AE, et al. Psychological treatments for depression and anxiety in dementia and mild cognitive impairment. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2022;4:CD009125.
 30. Pang SH, Lim SF, Siah CJ. Online memory training intervention for early-stage dementia: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing* 2021;77(3):1141-54.
 31. Ruiz-Muelle A, Lopez-Rodriguez Maria M. Dance for people with Alzheimer's disease: A systematic-review. *Current Alzheimer Research* 2019;16(10):919-34.
 32. Saragih ID, Tonapa SI, Sun TL, Chia-Ju L, Lee BO. Effects of robotic care interventions for dementia care: A systematic review and meta-analysis randomised controlled trials. *Journal of clinical nursing* 2021.
 33. Scott I, Cooper C, Leverton M, Burton A, Beresford-Dent J, Rockwood K, et al. Effects of non-pharmacological interventions on functioning of people living with dementia at home: a systematic review of randomised controlled trials. *International journal of geriatric psychiatry* 2019;34(10):1386-402.
 34. Spencer S, Johnson P, Smith IC. De-escalation techniques for managing non-psychosis induced aggression in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018;(7).
 35. van der Steen JT, Smaling HJ, van der Wouden JC, Bruinsma MS, Scholten RJ, Vink AC. Music-based therapeutic interventions for people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018;7:CD003477.
 36. Wang Y-Y, Yang L, Zhang J, Zeng X-T, Wang Y, Jin Y-H. The effect of cognitive intervention on cognitive function in older adults with Alzheimer's disease: A systematic review and meta-analysis. *Neuropsychology Review* 2022;32(2):247-73.
 37. Woods B, O'Philbin L, Farrell EM, Spector AE, Orrell M. Reminiscence therapy for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018;3:CD001120.

Vedlegg 1: Søkestrategi

Totalt antall treff: 3982
Importert til EndNote: 3982
Dubletter fjernet i EndNote: 1715
Importert til EPPI: 2267
Dubletter fjernet i EPPI: 104
Antall referanser screenet: 2163

Database: Ovid MEDLINE(R) and Epub Ahead of Print, In-Process, In-Data-Review & Other Non-Indexed Citations, Daily and Versions <1946 to June 16, 2022>

Søkedato: 2022-06-17

- 1 exp Dementia/ (192616)
- 2 (dementia* or alzheimer* or (lewy adj2 bod*) or LBD or DLB or Frontotemporal Lobar Degeneration or Pick Disease of the Brain or Huntington Disease or Kluver-Bucy Syndrome).ti,ab,kf. (264967)
- 3 or/1-2 (303225)
- 4 exp Cognitive Behavioral Therapy/ (34325)
- 5 exp sensory art therapies/ or Therapy Animals/ or exp Patient-Centered Care/ (77389)
- 6 (((cognitive or sensory or memory or interpersonal or art or music or auditory or aroma or color or colour or dance or play or animal or audio or psychodynamic or "acceptance and commitment" or reminiscence) adj3 (therap* or treatment* or intervention* or program*)) or cbt or mindfulness or third-wave or (patient adj (centered or focused))).ti,ab,kf. (130675)
- 7 (aucoustic stimulation or chromatotherapy or chromethapy or phototherapy).ti,ab,kf. (9976)
- 8 Patient Education as Topic/ (88074)
- 9 (cognitive adj (training or rehab* or stimulation or structuring or reframing)).ti,ab,kf. (6428)
- 10 (non-pharmacolog* or nonpharmacolog* or multicomponen* or multi-componen* or psychosocial or psycho-social or psychological).ti. (97032)
- 11 or/4-10 (395358)
- 12 3 and 11 (10616)
- 13 (dement* adj3 (school* or training or program* or educat* or course* or class* or lesson* or teach*)).ti,ab,kf. (3002)
- 14 12 or 13 (13323)
- 15 limit 14 to (yr="2018 -Current" and "reviews (maximizes sensitivity)") (2539)
- 16 Meta-Analysis/ (162300)
- 17 "Systematic Review"/ (199063)
- 18 Meta-Analysis as Topic/ (21453)
- 19 Systematic Review.pt. (199063)
- 20 Systematic Reviews as Topic/ (8564)

- 21 ((systematic* adj2 (overview or review* or search*)) or meta anal* or metaanal* or meta regression* or meta review* or umbrella review* or "overview of reviews" or "review of reviews" or (evidence* adj2 synth*) or synthesis review*).ti,ab,kf. (404488)
- 22 Review.pt. and (pubmed or medline).ab. (161564)
- 23 or/16-22 (499476)
- 24 14 and 23 (1286)
- 25 limit 24 to yr="2018 -Current" (689)

Database: Embase <1974 to 2022 June 16>

Søkedato: 2022-06-17

- 1 exp *Dementia/ (243685)
- 2 (dementia* or alzheimer* or (lewy adj2 bod*) or LBD or DLB or Frontotemporal Lobar Degeneration or Pick Disease of the Brain or Huntington Disease or Kluver-Bucy Syndrome).ti,ab,kf. (369136)
- 3 or/1-2 (416868)
- 4 exp *cognitive therapy/ (23871)
- 5 *art therapy/ or exp *music therapy/ or *aromatherapy/ or *color therapy/ or *dance therapy/ or *play therapy/ (9348)
- 6 (((cognitive or sensory or memory or interpersonal or art or music or auditory or aroma or color or colour or dance or play or animal or audio or psychodynamic or "acceptance and commitment" or reminiscence) adj3 (therap* or treatment* or intervention* or program*)) or cbt or mindfulness or third-wave or (patient adj (centered or focused))).ti,ab,kf. (183027)
- 7 (aucoustic stimulation or chromatotherapy or chrometherapy or phototherapy).ti,ab,kf. (14214)
- 8 *patient education/ (30777)
- 9 (cognitive adj (training or rehab* or stimulation or structuring or reframing)).ti,ab,kf. (9282)
- 10 (non-pharmacolog* or nonpharmacolog* or multicomponen* or multi-componen* or psychosocial or psycho-social or psychological).ti. (113536)
- 11 or/4-10 (346750)
- 12 3 and 11 (13023)
- 13 (dement* adj3 (school* or training or program* or educat* or course* or class* or lesson* or teach*)).ti,ab,kf. (4326)
- 14 12 or 13 (16979)
- 15 Meta Analysis/ (248518)
- 16 "meta analysis (topic)"/ (49567)
- 17 Systematic Review/ (349592)
- 18 "systematic review (topic)"/ (29122)
- 19 ((systematic* adj2 (overview or review* or search*)) or meta anal* or metaanal* or meta regression* or meta review* or umbrella review* or "overview of reviews" or "review of reviews" or (evidence* adj2 synth*) or synthesis review*).ti,ab,kf. (509477)
- 20 Review.pt. and (pubmed or medline).ab. (165288)
- 21 or/15-20 (702170)
- 22 14 and 21 (1620)
- 23 limit 22 to yr="2018 -Current" (822)

Database: APA PsycInfo <1806 to June Week 2 2022>

Søkedato: 2022-06-17

- 1 exp Dementia/ (86737)
- 2 (dementia* or alzheimer* or (lewy adj2 bod*) or LBD or DLB or Frontotemporal Lobar Degeneration or Pick Disease of the Brain or Huntington Disease or Kluver-Bucy Syndrome).ti,ab,id. (114583)
- 3 or/1-2 (116070)
- 4 exp Cognitive Therapy/ (13841)
- 5 art therapy/ or music therapy/ or aromatherapy/ or dance therapy/ or play therapy/ or animal assisted therapy/ or patient centered care/ (17424)
- 6 (((cognitive or sensory or memory or interpersonal or art or music or auditory or aroma or color or colour or dance or play or animal or audio or psychodynamic or "acceptance and commitment" or reminiscence) adj3 (therap* or treatment* or intervention* or program*)) or cbt or mindfulness or third-wave or (patient adj (centered or focused))).ti,ab,id. (114440)
- 7 (aucoustic stimulation or chromatotherapy or chromethrapy or phototherapy).ti,ab,id. (366)
- 8 client education/ (4388)
- 9 (cognitive adj (training or rehab* or stimulation or structuring or reframing)).ti,ab,id. (6005)
- 10 (non-pharmacolog* or nonpharmacolog* or multicomponen* or multi-componen* or psychosocial or psycho-social or psychological).ti. (107902)
- 11 or/4-10 (230670)
- 12 3 and 11 (5906)
- 13 (dement* adj3 (school* or training or program* or educat* or course* or class* or lesson* or teach*)).ti,ab,id. (2017)
- 14 12 or 13 (7742)
- 15 ("0830" or "1200").md. (56272)
- 16 "Systematic Review"/ (706)
- 17 Meta Analysis/ (5235)
- 18 ((systematic* adj2 (overview or review* or search*)) or meta anal* or metaanal* or meta regression* or meta review* or umbrella review* or "overview of reviews" or "review of reviews" or (evidence* adj2 synth*) or synthesis review*).ti,ab,id. (81382)
- 19 review.ti,ab. and (pubmed or medline).ab. (24162)
- 20 or/15-19 (93127)
- 21 14 and 20 (650)
- 22 limit 21 to yr="2018 -Current" (309)

Epistemonikos 2022:06-17

Limitations: year 2018, publication type: broad synthesis, systematic reviews

(dementia* OR alzheimer* OR "lewy body" OR LBD OR DLB OR "Frontotemporal Lobar Degeneration" OR "Pick Disease of the Brain" OR "Huntington Disease" OR "Kluver-Bucy Syndrome")

AND

(((cognitive OR sensory OR interpersonal OR art OR music OR auditory OR aroma OR color OR colour OR dance OR play OR animal OR audio OR psychodynamic OR "acceptance and commitment") AND (therap* OR treatment* OR intervention* OR program*)) OR cbt OR mindfulness OR "third-wave" OR "aucoustic stimulation" OR chromatotherapy OR chrome-

therapy OR phototherapy OR (cognitive AND (training OR rehab* OR stimulation OR structuring OR reframing)) OR (non-pharmacolog* OR nonpharmacolog* OR multicomponen* OR multi-componen* OR psychosocial OR psycho-social OR psychological)) : 1291 systematic reviews, 59 broad synthesis

(dement* AND (school* OR training OR program* OR educat* OR course* OR class* OR lesson* OR teach*)) : 670 systematic reviews, 46 broad synthesis

Epistemonikos 2022:06-17

Limitations: year 2018, publication type: broad synthesis, systematic reviews

(dement* AND (patient AND (centered OR focused))) : 21 systematic reviews, 4 broad synthesis

Cochrane Library, reviews 2018-2022

Søkedato: 2022-06-17

ID Search Hits

#1 MeSH descriptor: [Dementia] explode all trees 6671

#2 (dementia* or alzheimer* or (lewy NEAR/2 bod*) or LBD or DLB or "Frontotemporal Lobar Degeneration" or "Pick Disease of the Brain" or "Huntington Disease" or "Kluver-Bucy Syndrome"):ti,ab,kw 22476

#3 #1 or #2 with Cochrane Library publication date Between Jan 2018 and Jan 2022, in Cochrane Reviews 71

Vedlegg 2: AMSTAR 2

Tabell A. Kvalitetsvurdering av de inkluderte systematiske oversiktene (oransje farge indikerer kritiske spørsmål i AMSTAR 2).

Referanse	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9		S10	S11	S12	S13	S14	S15	S16	Kvalitet
Ali 2022	J	AJ	J	AJ	J	J	AJ	AJ	J IR		N	J	J	J	J	J	J	M
Bahar-Fuchs 2019	J	J	J	J	J	J	J	J	J		N	J	J	J	J	J	J	H
Ball 2020	J	AJ	J	AJ	J	J	J	J	J IR		N	IM	IM	J	J	IM	J	H
Chen 2022	J	J	J	AJ	J	J	AJ	N	J IR		N	J IR	J	J	J	IR	J	M
Herke 2018	J	J	J	AJ	J	J	J	J	J IR		N	IM	IM	J	J	IM	J	H
Lai 2019	J	J	J	J	J	J	J	J	J		J	J	J	J	J	J	J	H
Lourida 2020	J	J	J	AJ	J	N	AJ	AJ	AJ AJ		N	IM	IM	J	J	IM	J	M
Lyons 2018	J	AJ	J	AJ	J	N	AJ	AJ	IR AJ		J	IM	IM	IR	IR	IM	J	M
Manietta 2022	J	J	J	AJ	J	J	J	AJ	J IR		J	IM	IM	J	J	IM	N	H
Masika 2020	J	J	J	AJ	J	J	AJ	AJ	J AJ		N	J	J	J	J	J IR	J	M
Mohler 2020	J	J	J	J	J	J	J	J	J		J	J	J IR	J	J	J IR	J	H
Orgeta 2022	J	J	J	J	J	J	J	J	J IR		J	J	J	J	J	J	J	H
Pang 2021	J	J	J	AJ	J	N	AJ	J	J		N	J	J	J	J	J	J	M
Ruiz-Muelle 2019	J	AJ	J	AJ	J	N	AJ	AJ	AJ J		N	IM	IM	J	N	IM	J	M
Saragih 2021b	J	AJ	J	AJ	J	J	AJ	AJ	AJ IR		N	J	J	J	J	J	J	M
Scott 2019	J	AJ	J	AJ	N	N	AJ	AJ	J		N	IM	IM	J	N	IM	J	M
Spencer 2018	J	J	J	J	J	J	J	AJ	J		J	J IR	J IR	J	J IR	J IR	J	H
Van der S 2018	J	J	J	J	J	J	J	J	J		J	J	J	J	J	J	J	H
Wang 2022	J	J	J	AJ	J	J	AJ	AJ	J		N	J	N	J	J	J	N	M
Woods 2018	J	AJ	J	J	J	J	J	J	J		N	J	J	J	J	J	J	H

Kvalitetsvurdering er gjort med AMSTAR 2-sjekklisten. AMSTAR 2 sjekklisten med alle spørsmål og veiledning for vurdering vises under. Hvert spørsmål ble besvart ja (J), antagelig ja (AJ), antagelig nei (AN), nei (N), ikke relevant (IR) eller ikke brukt meta-analyse (IM).

Tabell B. Kvalitetsvurdering av ekskluderte systematiske oversikter (oransje farge indikerer kritiske spørsmål i AMSTAR 2).

Referanse	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	S13	S14	S15	S16	Kvalitet
Batubara 2022	J	AJ	N	AJ	J	J	AJ	J	AJ AJ	N	N N	N	N	N	J	J	KL
Bennett 2019	J	AJ	J	AJ	N	N	N	J	J	N	N	J IR	J	N	J IR	J	KL
Bian 2021		N															≤L
Cafferata 2021	J	J	J	J	N	J	AJ	AJ	N	N	J	J	J	J	J	N	L
Carrion 2018		N															≤L
Chan 2021		N															≤L
Chan 2020*	J	J	J	AJ	J	J	AJ	AJ	J	N	J	J	J	J	J	J	L
Chen 2019		N															≤L
Chiu 2018		N															≤L
Di Lorito 2022	J	N	J	AJ	J	N	AJ	AJ	J IR	N	J IR	J	J	J	IR	N	L
Dorris 2021	J	AJ	J	AJ	J	N	N	AJ	J IR	N	J IR	J	J	J	N	J	KL
Duan 2018		N															≤L
Ham 2021		N															≤L
Han 2022		N															≤L
Jao 2022	J	AJ	J	AJ	J	J	AJ	AJ	J N	N	IM	IM	N	N	IM	J	L
Lee 2022	J	AJ	J	AJ	J	N	AJ	AJ	J IR	N	J IR	N	N	N	N	J	KL
Lee 2021		N															≤L
Lee 2020	N	J	J	AJ	J	N	N	AJ	AJ AJ	N	J IM	J	N	J	IR	J	KL
Leng 2019		N															≤L
Li 2021a	J	J	J	AJ	J	N	AJ	N	J J	N	J IM	N	N	IR	IR	J	L
Li 2021b		N															≤L
Liang 2019a		N															≤L
Liang 2019b		N															≤L
Liang 2018		N															≤L
Lu 2022		N															≤L
Lu 2021	J	J	J	AJ	J	J	AJ	J	J	J	J	N	N	N	N	J	KL

Luker	J	J	J	AJ	J	N	AJ	AJ	J	N	N	J	N	N	N	J	KL	
Na 2019	J	AJ	J	AJ	J	J	AJ	J	J	N	J	N	N	J	J	J	L	
Noone 2019		N															≤L	
O'Cao-imh 2019		N															≤L	
Ong 2021		N															≤L	
O'Philbin 2018		N															≤L	
Packer 2019		N															≤L	
Park 2020		N															≤L	
Park 2019		N															≤L	
Salihu 2021		N															≤L	
Saraghi et al	J	J	J	AJ	J	J	AJ	J	J	IR	N	N	J	J	N	J	J	L
Saragih 2022b	J	J	J	AJ	J	J	AJ	AJ	J	J	N	N	N	N	N	J	J	KL
Saragih 2021a		N										N					≤L	
Sun 2022	J	AJ	J	AJ	J	N	AJ	J	J	IR	N	J	N	N	J	J	J	L
Thomas 2021		N																≤L
Tsoi 2018		N																≤L
Wang 2021a		N																≤L
Wang 2021b		N																≤L
Wang 2020		N																≤L
Watt 2021	J	J	J	N	J	J	AJ	AJ	J	J	J	J	J	J	J	J	J	L
Wei 2020		N																≤L
Wong 2021		N																≤L
Yun 2022		N																≤L
Zhu 2021		N																≤L

Kvalitetsvurdering er gjort med AMSTAR 2-sjekklisten. AMSTAR 2 sjekklisten med alle spørsmål og veiledning for vurdering vises under. Hvert spørsmål ble besvart ja (J), antagelig ja (AJ), antagelig nei (AN), nei (N), ikke relevant (IR) eller ikke brukt meta-analyse (IM).

6. Did the review authors perform data extraction in duplicate?			
For Yes, either ONE of the following:			
	at least two reviewers achieved consensus on which data to extract from included studies		Yes
	OR two reviewers extracted data from a sample of eligible studies and achieved good agreement (at least 80 percent), with the remainder extracted by one reviewer.		No
7. Did the review authors provide a list of excluded studies and justify the exclusions?			
For Partial Yes:		For Yes, must also have:	
	provided a list of all potentially relevant studies that were read in full-text form but excluded from the review	Justified the exclusion from the review of each potentially relevant study	Yes
			Partial Yes
			No
8. Did the review authors describe the included studies in adequate detail?			
For Partial Yes (ALL the following):		For Yes, should also have ALL the following:	
	described populations	described population in detail	Yes
	described interventions	described intervention in detail (including doses where relevant)	Partially Yes
	described comparators	described comparator in detail (including doses where relevant)	No
	described outcomes	described study's setting	
	described research designs	timeframe for follow-up	
9. Did the review authors use a satisfactory technique for assessing the risk of bias (RoB) in individual studies that were included in the review?			
RCTs			
For Partial Yes, must have assessed RoB from		For Yes, must also have assessed RoB from:	
	unconcealed allocation, and lack of blinding of patients and assessors when assessing outcomes (unnecessary for objective outcomes such as all-cause mortality)	allocation sequence that was not truly random, and selection of the reported result from among multiple measurements or analyses of a specified outcome	Yes
			Partial Yes
			No
			Includes only NRSI
NRSI			
For Partial Yes, must have assessed RoB from		For Yes, must also have assessed RoB from:	
	from confounding, and	methods used to ascertain exposures and outcomes, and	Yes
	from selection bias	selection of the reported result from among multiple measurements or analyses of a specified outcome	Partial Yes
			No
			Includes only RCT
10. Did the review authors report on the sources of funding for the studies included in the review?			
For Yes			
	Must have reported on the sources of funding for individual studies included in the review. Note: Reporting that the reviewers looked for this information but it was not reported by study authors also qualifies		Yes
			No
11. If meta-analysis was performed did the review authors use appropriate methods for statistical combination of results?			

RCTs		
For Yes		
	The authors justified combining the data in a meta-analysis	Yes
	AND they used an appropriate weighted technique to combine study results and adjusted for heterogeneity if present.	No
	AND investigated the causes of any heterogeneity	No meta-analysis conducted
For NRSI		
For Yes		
	The authors justified combining the data in a meta-analysis	Yes
	AND they used an appropriate weighted technique to combine study results, adjusting for heterogeneity if present	No
	AND they statistically combined effect estimates from NRSI that were adjusted for confounding, rather than combining raw data, or justified combining raw data when adjusted effect estimates were not available	No meta-analysis conducted
	AND they reported separate summary estimates for RCTs and NRSI separately when both were included in the review	
12. If meta-analysis was performed, did the review authors assess the potential impact of RoB in individual studies on the results of the meta-analysis or other evidence synthesis?		
For Yes		
	included only low risk of bias RCTs	Yes
	OR, if the pooled estimate was based on RCTs and/or NRSI at variable RoB, the authors performed analyses to investigate possible impact of RoB on summary estimates of effect.	No
		No meta-analysis conducted
13. Did the review authors account for RoB in individual studies when interpreting/ discussing the results of the review?		
For Yes		
	included only low risk of bias RCTs	Yes
	OR, if RCTs with moderate or high RoB, or NRSI were included the review provided a discussion of the likely impact of RoB on the results	No
14. Did the review authors provide a satisfactory explanation for, and discussion of, any heterogeneity observed in the results of the review?		
For Yes		
	There was no significant heterogeneity in the results	Yes
	OR if heterogeneity was present the authors performed an investigation of sources of any heterogeneity in the results and discussed the impact of this on the results of the review	No
15. If they performed quantitative synthesis did the review authors carry out an adequate investigation of publication bias (small study bias) and discuss its likely impact on the results of the review?		
For Yes		
	performed graphical or statistical tests for publication bias and discussed the likelihood and magnitude of impact of publication bias	Yes
		No
		No meta-analysis conducted
16. Did the review authors report any potential sources of conflict of interest, including any funding they received for conducting the review?		
For Yes		
	The authors reported no competing interests OR	Yes
	The authors described their funding sources and how they managed potential conflicts of interest	No
Your overall assessment of the risk of bias of this systematic review		



High

- *No or one non-critical weakness*: the systematic review provides an accurate and comprehensive summary of the results of the available studies that address the question of interest

Moderate

- *More than one non-critical weakness**: the systematic review has more than one weakness but no critical flaws. It may provide an accurate summary of the results of the available studies that were included in the review

Low

- *One critical flaw with or without non-critical weaknesses*: the review has a critical flaw and may not provide an accurate and comprehensive summary of the available studies that address the question of interest

Critically low

- *More than one critical flaw with or without non-critical weaknesses*: the review has more than one critical flaw and should not be relied on to provide an accurate and comprehensive summary of the available studies

*Multiple non-critical weaknesses may diminish confidence in the review and it may be appropriate to move the overall appraisal down from moderate to low confidence

Vedlegg 3: Ekskluderte referanser lest i fulltekst

Eksklusjonsgrunn: Oversikten var publisert før 2018 (n=7)

Abraha I, Rimland JM, Lozano-Montoya I, Dell'Aquila G, Velez-Diaz-Pallares M, Trotta FM, et al. Simulated presence therapy for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2020;4:CD011882.

Bossen Ann L. The naturally restorative environment as a nonpharmacological intervention for dementia. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering* 2018;78(12-B(E)).

Chaudhury H, Cooke HA, Cowie H, Razaghi L. The Influence of the Physical Environment on Residents With Dementia in Long-Term Care Settings: A Review of the Empirical Literature. *The Gerontologist* 2018;58(5):e325-e37.

Clarkson P, Hughes J, Roe B, Giebel CM, Jolley D, Poland F, et al. Systematic review: Effective home support in dementia care, components and impacts - Stage 2, effectiveness of home support interventions. *Journal of Advanced Nursing* 2018;74(3):507-27.

Connors Michael H, Quinto L, McKeith I, Brodaty H, Allan L, Bamford C, et al. Non-pharmacological interventions for Lewy body dementia: A systematic review. *Psychological Medicine* 2018;48(11):1749-58.

Hu M, Zhang P, Leng M, Li C, Chen L. Animal-assisted intervention for individuals with cognitive impairment: A meta-analysis of randomized controlled trials and quasi-randomized controlled trials. *Psychiatry Research* 2018;260:418-27.

Olley R, Morales A. Systematic review of evidence underpinning non-pharmacological therapies in dementia. *Australian Health Review* 2018;42(4):361-9.

Eksklusjonsgrunn: Oversikten hadde kun søkt i én database (n= 6)

Arvanitakis Z, Shah RC, Bennett DA. Diagnosis and Management of Dementia: Review. *JAMA - Journal of the American Medical Association* 2019;322(16):1589-99.

Berardelli I, Belvisi D, Pasquini M, Fabbrini A, Petrini F, Fabbrini G. Treatment of psychiatric disturbances in hypokinetic movement disorders. *Expert Review of Neurotherapeutics* 2019;19(10):965-81.

Berardelli I, Pasquini M, Conte A, Bologna M, Berardelli A, Fabbrini G. Treatment of psychiatric disturbances in common hyperkinetic movement disorders. *Expert Review of Neurotherapeutics* 2019;19(1):55-65.

Cotelli M, Manenti R, Brambilla M, Gobbi E, Ferrari C, Binetti G, et al. Cognitive telerehabilitation in mild cognitive impairment, Alzheimer's disease and frontotemporal dementia: A systematic review. *Journal of Telemedicine & Telecare* 2019;25(2):67-79.

de Azevedo MCD, Charchat-Fichman H, Damazio VMM. Environmental interventions to support orientation and social engagement of people with Alzheimer's disease. *Dementia & neuropsychologia* 2021;15(4):510-23.

Park HG, Perumean-Chaney SE, Bartolucci AA. Exploring Factors Associated With Successful Nonpharmacological Interventions for People With Dementia. *Dementia and Neurocognitive Disorders* 2022;21(1):1-16.

Ekksklusjonsgrunn: Oversikten hadde ikke vurdert risiko for systematiske skjevheter (n= 47)

Benca R, Herring WJ, Khandker R, Qureshi Z. Burden of Insomnia and Sleep Disturbances and the Impact of Sleep Treatments in Patients with Probable or Possible Alzheimer's Disease: A Structured Literature Review. *Journal of Alzheimer's disease: JAD* 2022;(86)1:83-109.

Besser L. Outdoor green space exposure and brain health measures related to Alzheimer's disease: a rapid review. *BMJ open* 2021;11(5):e043456.

Bray J, Brooker DJ, Garabedian C. What is the evidence for the activities of Namaste Care? A rapid assessment review. *Dementia* 2021;20(1):247-72.

Cheng C, Baker GB, Dursun SM. Use of multisensory stimulation interventions in the treatment of major neurocognitive disorders. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology* 2019;29(4):916-21.

Chin KS, Teodorczuk A, Watson R. Dementia with Lewy bodies: Challenges in the diagnosis and management. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry* 2019;53(4):4867419835029.

D'Cunha NM, Nguyen D, Naumovski N, McKune AJ, Kellett J, Georgousopoulou EN, et al. A mini-review of virtual reality-based interventions to promote well-being for people living with dementia and mild cognitive impairment. *Gerontology* 2019;65(4):430-40.

De Wit L, Marsiske M, O'Shea D, Kessels RPC, Kurasz AM, DeFeis B, et al. Procedural Learning in Individuals with Amnesic Mild Cognitive Impairment and Alzheimer's Dementia: a Systematic Review and Meta-analysis. *Neuropsychology review* 2020;31(1):103-14.

Delfa-Lobato L, Guardia-Olmos J, Feliu-Torruella M. Benefits of Cultural Activities on People With Cognitive Impairment: A Systematic Review. *Frontiers in Psychology* 2021;12:762392.

Du T, S HJ, Shen X, McGrath M. Meaningful engagement and person-centered residential dementia care: A critical interpretive synthesis. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 2019;26(5):343-55.

Dyer Kira L. Outcomes for patients when using service dogs and animal-assisted therapy dogs to address autism, dementia, and posttraumatic stress disorder: A systematic review. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences* 2020;81(6-A).

Elfrink TR, Zuidema SU, Kunz M, Westerhof GJ. Life story books for people with dementia: a systematic review. *International Psychogeriatrics* 2018;30(12):1797-811.

Goodall G, Taraldsen K, Serrano JA. The use of technology in creating individualized, meaningful activities for people living with dementia: A systematic review. *Dementia (London, England)* 2020;1471301220928168.

Guu TW, Aarstrand D, Ffytche D. Light, sleep-wake rhythm, and behavioural and psychological symptoms of dementia in care home patients: Revisiting the sundowning syndrome. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2022;37(5):1-10.

Heintz H, Monette P, Epstein-Lubow G, Smith L, Rowlett S, Forester BP. Emerging Collaborative Care Models for Dementia Care in the Primary Care Setting: A Narrative Review. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 2020;28(3):320-30.

Hughes MJ, Verreynne ML, Harpur P, Pachana NA. Companion Animals and Health in Older Populations: A Systematic Review. *Clinical Gerontologist* 2020;43(4):365-77.

Irazoki E, Contreras-Somoza LM, Toribio-Guzman JM, Jenaro-Rio C, van der Roest H, Franco-Martin MA. Technologies for Cognitive Training and Cognitive Rehabilitation for People With Mild Cognitive Impairment and Dementia. A Systematic Review. *Frontiers in Psychology* 2020;11:648.

Klimova B, Kuca K, Valis M. Music therapy in the management of dementia. *Current Psychiatry Research and Reviews* 2019;15(1):20-5.

Klimova B, Novotny M, Kuca K. Semantic Dementia: A Mini-Review. *Mini-Reviews in Medicinal Chemistry* 2018;18(1):3-8.

Klimova B, Valis M, Kuca K. Exploring assistive technology as a potential beneficial intervention tool for people with Alzheimer's disease - a systematic review. *Neuropsychiatric disease and treatment* 2018;14:3151-8.

Koo V, Shicheng J, Wan Bo A, Ahrari S, Lam H, Rowbottom L, et al. Pain management in older adults with dementia: A selective review. *Journal of Pain Management* 2018;11(4):333-44.

Lam HL, Li WTV, Laher I, Wong RY. Effects of Music Therapy on Patients with Dementia-A Systematic Review. *Geriatrics* 2020;5(4):25.

Lorusso LN, Bosch SJ. Impact of Multisensory Environments on Behavior for People With Dementia: A Systematic Literature Review. *Gerontologist* 2018;58(3):e168-e79.

Mabire J-B, Aquino J-P, Charras K. Dance interventions for people with dementia: Systematic review and practice recommendations. *International Psychogeriatrics* 2019;31(7):977-87.

Marks G, McVilly K. Trained assistance dogs for people with dementia: a systematic review. *Psychogeriatrics: The Official Journal of the Japanese Psychogeriatric Society* 2020;20(4):510-21.

May AA, Dada S, Murray J. Review of AAC interventions in persons with dementia. *International journal of language & communication disorders* 2019;54(6):857-74.

Mileski M, Topinka JB, Brooks M, Lonidier C, Linker K, Veen KV. Sensory and memory stimulation as a means to care for individuals with dementia in long-term care facilities. *Clinical Interventions in Aging* 2018;13:967-74.

Moreira Shirlene V, Justi Francis Ricardo dos R, Moreira M. Can musical intervention improve memory in Alzheimer's patients? Evidence from a systematic review. *Dement neuropsychol* 2018;12(2):133-42.

Nkodo J-A, Gana W, Debacq C, Aidoud A, Poupin P, Camus V, et al. The role of telemedicine in the management of the behavioral and psychological symptoms of dementia: A systematic review. *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 2022;30(10):1135-50.

Oyebode JR, Parveen S. Psychosocial interventions for people with dementia: An overview and commentary on recent developments. *Dementia* 2019;18(1):8-35.

Pinto JO, Dores AR, Geraldo A, Peixoto B, Barbosa F. Sensory stimulation programs in dementia: a systematic review of methods and effectiveness. *Expert Review of Neurotherapeutics* 2020;20(12):1229-47.

Russell-Williams J, Jaroudi W, Perich T, Hoscheidt S, El Haj M, Moustafa AA. Mindfulness and meditation: Treating cognitive impairment and reducing stress in dementia. *Reviews in the Neurosciences* 2018;29(7):791-804.

Schwartz AE, van Walsem MR, Brean A, Frich JC. Therapeutic Use of Music, Dance, and Rhythmic Auditory Cueing for Patients with Huntington's Disease: A Systematic Review. *Journal of Huntingtons Disease* 2019;8(4):393-420.

Soufineyestani M, Khan A, Soufineyestani M. Impacts of Music Intervention on Dementia: A Review Using Meta-Narrative Method and Agenda for Future Research. *Neurology International* 2021;13(1):1-17.

Sukhawathanakul P, Crizzle A, Tuokko H, Naglie G, Rapoport MJ. Psychotherapeutic Interventions for Dementia: a Systematic Review. *Canadian Geriatrics Journal CGJ* 2021;24(3):222-36.

Tay KW, Subramaniam P, Oei TP. Cognitive behavioural therapy can be effective in treating anxiety and depression in persons with dementia: a systematic review. *Psychogeriatrics: The Official Journal of the Japanese Psychogeriatric Society* 2019;19(3):264-75.

Taylor JP, McKeith IG, Burn DJ, Boeve BF, Weintraub D, Bamford C, et al. New evidence on the management of Lewy body dementia. *Lancet Neurology* 2020;19(2):157-69.

Thijssen M, Daniels R, Lexis M, Jansen R, Peeters J, Chadborn N, et al. How do community based dementia friendly initiatives work for people with dementia and their caregivers, and why? A rapid realist review. *International journal of geriatric psychiatry* 2021;37(2):1-14.

- Umar I, Cheston R, Christopher G, Meyrick J. Nostalgia as a psychological resource for people with dementia: A systematic review and meta-analysis of evidence of effectiveness from experimental studies. *Dementia* 2020;19(2):330-51.
- Uwajeh PC, Iyendo TO, Polay M. Therapeutic gardens as a design approach for optimising the healing environment of patients with Alzheimer's disease and other dementias: A narrative review. *Explore: The Journal of Science & Healing* 2019;15(5):352-62.
- Wang G, Albayrak A, van der Cammen TJM. A systematic review of non-pharmacological interventions for BPSD in nursing home residents with dementia: from a perspective of ergonomics. *International Psychogeriatrics* 2019;31(8):1137-49.
- Yakimicki ML, Edwards NE, Richards E, Beck AM. Animal-Assisted Intervention and Dementia: A Systematic Review. *Clinical Nursing Research* 2019;28(1):9-29.
- Yang H, Luo Y, Hu Q, Tian X, Wen H. Benefits in Alzheimer's Disease of Sensory and Multisensory Stimulation. *Journal of Alzheimer's Disease* 2021;82(2):463-84.
- Yousaf K, Mehmood Z, Awan IA, Saba T, Alharbey R, Qadah T, et al. A comprehensive study of mobile-health based assistive technology for the healthcare of dementia and Alzheimer's disease (AD). *Health Care Management Science* 2020;23(2):287-309.
- Yu M, Bega D. A Review of the Clinical Evidence for Complementary and Alternative Medicine in Huntington's Disease. *Tremor and Other Hyperkinetic Movements* 2019;9.
- Zarotti N, Dale M, Eccles F, Simpson J. Psychological Interventions for People with Huntington's Disease: A Call to Arms. *Journal of Huntingtons Disease* 2020;9(3):231-43.
- Zhao H, Gu W, Zhang M. Massage Therapy in Nursing as Nonpharmacological Intervention to Control Agitation and Stress in Patients With Dementia. *Alternative Therapies in Health & Medicine* 2020;26(6):29-33.
- Zucchella C, Sinfioriani E, Tamburin S, Federico A, Mantovani E, Bernini S, et al. The Multidisciplinary Approach to Alzheimer's Disease and Dementia. A Narrative Review of Non-Pharmacological Treatment. *Frontiers in neurology* [electronic resource] 2018;9:1058.

Eksklusjonsgrunn: Oversikten omhandlet ikke personer med demens (n= 33)

- Ayda R, Anna K, Franziska K, Frank J. Psychotherapeutic interventions in individuals at risk for Alzheimer's dementia: a systematic review. *Alzheimer's research & therapy* 2022;14(1):18.
- Babka JR, Lane KR, Johnson RA. Animal-Assisted Interventions for Dementia: A Systematic Review. *Research in Gerontological Nursing* 2021;14(6):317-24.
- Boumans R, van de Sande Y, Thill S, Bosse T. Voice-Enabled Intelligent Virtual Agents for People With Amnesia: Systematic Review. *JMIR aging* 2022;5(2):e32473.
- Cha H, Kim S, Seo MS, Kim HS. Effects of olfactory stimulation on cognitive function and behavior problems in older adults with dementia: A systematic literature review. *Geriatric nursing (New York, NY)* 2021;42(5):1210-7.

- Chang Sun J, Lee J, An H, Hong W-H, Lee Joo Y. Animal-assisted therapy as an intervention for older adults: A systematic review and meta-analysis to guide evidence-based practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 2021;18(1):60-7.
- Chen PJ, Hsu HF, Chen KM, Belcastro F. Effects of Tabletop Games on Cognition in Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Games for Health Journal* 2022;10:10.
- Dequanter S, Gagnon MP, Ndiaye MA, Gorus E, Fobelets M, Giguere A, et al. The Effectiveness of e-Health Solutions for Aging With Cognitive Impairment: A Systematic Review. *Gerontologist* 2021;61(7):e373-e94.
- Dermody G, Whitehead L, Wilson G, Glass C. The Role of Virtual Reality in Improving Health Outcomes for Community-Dwelling Older Adults: Systematic Review. *Journal of medical Internet research* 2020;22(6):e17331.
- Ferreira-Brito F, Ribeiro F, Aguiar de Sousa D, Costa J, Caneiras C, Carriço L. Are Video Games Effective to Promote Cognition and Everyday Functional Capacity in Mild Cognitive Impairment/Dementia Patients? A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Journal of Alzheimer's disease : JAD* 2021;84(1):329-41.
- Gheysen F, Poppe L, DeSmet A, Swinnen S, Cardon G, De Bourdeaudhuij I, et al. Physical activity to improve cognition in older adults: can physical activity programs enriched with cognitive challenges enhance the effects? A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Behavioral Nutrition & Physical Activity* 2018;15(1):63.
- Ghielen I, Rutten S, Boeschoten RE, Houniet-de Gier M, van Wegen EEH, van den Heuvel OA, et al. The effects of cognitive behavioral and mindfulness-based therapies on psychological distress in patients with multiple sclerosis, Parkinson's disease and Huntington's disease: Two meta-analyses. *Journal of Psychosomatic Research* 2019;122:43-51.
- Harrison SL, Laver KE, Ninnis K, Rowett C, Lannin NA, Crotty M. Effectiveness of external cues to facilitate task performance in people with neurological disorders: a systematic review and meta-analysis. *Disability and rehabilitation* 2019;41(16):1-8.
- Hickman L, Ferguson C, Davidson PM, Allida S, Inglis S, Parker D, et al. Key elements of interventions for heart failure patients with mild cognitive impairment or dementia: A systematic review. *European journal of cardiovascular nursing : journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology* 2020;19(1):1474515119865755.
- Jenkins E, Koirala B, Rodney T, Lee JW, Cotter VT, Szanton SL, et al. Home/community-based interventions to improve function in persons with mild cognitive impairment/early dementia. *Geriatric Nursing* 2021;42(5):1109-24.
- Judith MSG, Amalia M-G, Debbie D-G, Chad N. Multifaceted interventions for supporting community participation among adults with disabilities. *Campbell Collaboration* 2020.
- Kim SJ, Yoo GE. Instrument Playing as a Cognitive Intervention Task for Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychology* 2019;10:151.
- Kletzel SL, Sood P, Negm A, Heyn PC, Krishnan S, Machtinger J, et al. Effectiveness of Brain Gaming in Older Adults With Cognitive Impairments: A Systematic Review and

Meta-Analysis. *Journal of the American Medical Directors Association* 2021;22(11):2281-8.e5.

Lin Rose Sin Y, Yu Doris Sau F, Li Polly Wai C, Masika Golden M. The effectiveness of non-pharmacological interventions targeting neuropsychiatric symptoms among persons with preclinical and mild dementia: A systematic review and network meta-analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2020;36(4):479-92.

Lin Y, Lin R, Liu W, Wu W. Effectiveness of horticultural therapy on physical functioning and psychological health outcomes for older adults: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing* 2021;24:24.

MacDonald S, Summers SJ. Psychosocial interventions for people with intellectual disabilities and dementia: A systematic review. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 2020;33(5):839-55.

Martin-Garcia A, Corregidor-Sanchez AI, Fernandez-Moreno V, Alcantara-Porcuna V, Criado-Alvarez JJ. Effect of Doll Therapy in Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: A Systematic Review. *Healthcare* 2022;10(3):23.

Oates LL, Moghaddam N, Evangelou N, das N. Behavioural activation treatment for depression in individuals with neurological conditions: a systematic review. *Clinical rehabilitation* 2020;34(3):269215519896404.

Peters R, Ee N, Ward SA, Kenning G, Radford K, Goldwater M, et al. Intergenerational Programmes bringing together community dwelling non-familial older adults and children: A Systematic Review. *Archives of gerontology and geriatrics* 2021;94:104356.

Poon E. A Systematic Review and Meta-Analysis of Dyadic Psychological Interventions for BPSD, Quality of Life and/or Caregiver Burden in Dementia or MCI. *Clinical Gerontologist* 2022;45(4):777-97.

Powell C, Tomlinson J, Quinn C, Fylan B. Interventions for self-management of medicines for community-dwelling people with dementia and mild cognitive impairment and their family carers: a systematic review. *Age and ageing* 2022;51(5):1-7.

Rice M, Davalos D, Thomas ML. A Systematic Review of Prospective Memory Interventions Across Stages of Dementia-Related Disorders. *Journal of Alzheimer's Disease* 2022;86(3):1001-24.

Rios R, A M, Miguel Cruz A, Daum C, Neubauer N, Comeau A, et al. Digital Storytelling in Older Adults With Typical Aging, and With Mild Cognitive Impairment or Dementia: A Systematic Literature Review. *Journal of Applied Gerontology* 2022;41(3):867-80.

Ryan D, Fullen B, Rio E, Segurado R, Stokes D, O'Sullivan C. Effect of Action Observation Therapy in the Rehabilitation of Neurologic and Musculoskeletal Conditions: A Systematic Review. *Archives of rehabilitation research and clinical translation* 2021;3(1):100106.

Spargo C, Laver K, Berndt A, Adey-Wakeling Z, George S. Occupational Therapy Interventions to Improve Driving Performance in Older People With Mild Cognitive Impairment or Early-Stage Dementia: A Systematic Review. *The American journal of occupational therapy : official publication of the American Occupational Therapy Association* 2021;75(5).

Sun Y, Ji M, Leng M, Li X, Zhang X, Wang Z. Comparative efficacy of 11 non-pharmacological interventions on depression, anxiety, quality of life, and caregiver burden for informal caregivers of people with dementia: A systematic review and network meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies* 2022;129:104204.

Wang FL, Tang QY, Zhang LL, Yang JJ, Li Y, Peng H, et al. Effects of Mindfulness-based Interventions on Dementia Patients: A Meta-analysis. *Western Journal of Nursing Research* 2020;42(12):1163-73.

Yang H-L, Chan P-T, Chang P-C, Chiu H-L, Sheen H, Shu T, et al. Memory-focused interventions for people with cognitive disorders: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled studies. *International Journal of Nursing Studies* 2018;78:44-51.

Zhao X, Huang X, Cai Y, Cao T, Wan Q. The relative effectiveness of different combination modes for exercise and cognitive training on cognitive function in people with mild cognitive impairment or Alzheimer's disease: a network meta-analysis. *Aging & Mental Health* 2022:1-11.

Eksklusjonsgrunn: Oversikten omhandlet ikke et psykososialt tiltak (n= 18)

Alves GS, Bruno C, Alves GS, Rodrigues VM, Dourado MCN, Casali ME, et al. A Systematic Review of Home-Setting Psychoeducation Interventions for Behavioral Changes in Dementia: Some Lessons for the COVID-19 Pandemic and Post-Pandemic Assistance. *Front Psychiatry* 2020;11:577871.

Beishon L, Intharakham K, Swienton D, Panerai RB, Robinson TG, Haunton VJ. Neuroimaging Outcomes in Studies of Cognitive Training in Mild Cognitive Impairment and Early Alzheimer's Disease: A Systematic Review. *Current Alzheimer Research* 2020;17(5):472-86.

Chenoweth L, Stein-Parbury J, Lapkin S, Wang A, Liu Z, Williams A. Effects of person-centered care at the organisational-level for people with dementia. A systematic review. *PloS one* 2019;14(2):e0212686.

Cocchiara RA, De Lucia F, Koci L, Lisanti E, Petruccinia G, La Torre G. Management of the early stage of Alzheimer's disease: a systematic review of literature over the past 10 years. *La Clinica terapeutica* 2020;171(4):e357-e68.

Cross H, Dawes P, Hooper E, Armitage CJ, Leroi I, Millman RE. Effectiveness of Hearing Rehabilitation for Care Home Residents With Dementia: A Systematic Review. *Journal of the American Medical Directors Association* 2021.

Hammink J, Moor JAN, Mohammadi MM. Influencing health behaviour using smart building interventions for people with dementia and mild cognitive impairment: expert interviews and a systematic literature review. *Disability and rehabilitation Assistive technology* 2021:1-17.

Hayward JK, Gould C, Palluotto E, Kitson E, Fisher ER, Spector A. Interventions promoting family involvement with care homes following placement of a relative with dementia: A systematic review. *Dementia (London, England)* 2021:14713012211046595.

Janus SIM, Kusters J, van den Bosch KA, Andringa TC, Zuidema SU, Luijendijk HJ. Sounds in nursing homes and their effect on health in dementia: a systematic review. *International Psychogeriatrics* 2021;33(6):627-44.

Miranda R, Bunn F, Lynch J, Van den Block L, Goodman C. Palliative care for people with dementia living at home: A systematic review of interventions. *Palliative medicine* 2019;33(7):269216319847092.

Morrin H, Fang T, Servant D, Aarsland D, Rajkumar AP. Systematic review of the efficacy of non-pharmacological interventions in people with Lewy body dementia. *International Psychogeriatrics* 2018;30(3):395-407.

Möhler R, Renom A, Renom H, Meyer G. Personally tailored activities for improving psychosocial outcomes for people with dementia in long-term care. *The Cochrane database of systematic reviews* 2018;2:CD009812.

Prins AJ, Scherder EJA, van Straten A, Zwaagstra Y, Milders MV. Sensory Stimulation for Nursing-Home Residents: Systematic Review and Meta-Analysis of Its Effects on Sleep Quality and Rest-Activity Rhythm in Dementia. *Dementia & Geriatric Cognitive Disorders* 2020;49(3):219-34.

Rees J, Tuijt R, Burton A, Walters K, Cooper C. Supporting self-care of long-term conditions in people with dementia: A systematic review. *International journal of nursing studies* 2019:103432.

Robalino S, Nyakang'o SB, Beyer FR, Fox C, Allan LM. Effectiveness of interventions aimed at improving physical and psychological outcomes of fall-related injuries in people with dementia: a narrative systematic review. *Systematic Reviews* 2018;7(1):31.

Smith TO, Gilbert AW, Sreekanta A, Sahota O, Griffin XL, Cross JL, et al. Enhanced rehabilitation and care models for adults with dementia following hip fracture surgery. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2020;(2):CD010569.

Stargatt J, Bhar S, Bhowmik J, Al Mahmud A. Digital Storytelling for Health-Related Outcomes in Older Adults: Systematic Review. *Journal of medical Internet research* 2022;24(1):e28113.

Trambaiolli LR, Cassani R, Mehler DMA, Falk TH. Neurofeedback and the Aging Brain: A Systematic Review of Training Protocols for Dementia and Mild Cognitive Impairment. *Frontiers in aging neuroscience* 2021;13:682683.

Welch Melissa L, Hodgson Jennifer L, Didericksen Katharine W, Lamson Angela L, Forbes Thompson H. Family-centered primary care for older adults with cognitive impairment. *Contemporary Family Therapy: An International Journal* 2021:1-21.

Eksklusjonsgrunn: Oversikten tellet og presenterte bare antall primærstudier med og uten effekt (vote counting) (n=49)

Abu K, Reagan L, Shellman J. Uses of reminiscence intervention to address the behavioral and psychosocial problems associated with dementia: An integrative review. *Geriatric Nursing* 2021;42(3):756-66.

Bao Z, Landers M. Non-pharmacological interventions for pain management in patients with dementia: A mixed-methods systematic review. *Journal of Clinical Nursing* 2022;31(7-8):1030-40.

Bourne P, Camic PM, Crutch SJ. Psychosocial outcomes of dyadic arts interventions for people with a dementia and their informal caregivers: A systematic review. *Health & Social Care in the Community* 2021;29(6):1632-49.

Burley CV, Burns K, Brodaty H. Pharmacological and nonpharmacological approaches to reduce disinhibited behaviors in dementia: a systematic review. *International Psychogeriatrics* 2022:1-17.

Cavalcanti B, Rai HK, Sousa L, Orrell M, Schneider J. Participatory visual arts activities for people with dementia: a review. *Perspectives in Public Health* 2022;142(1):22-31.

Chalfont G, Milligan C, Simpson J. A mixed methods systematic review of multimodal non-pharmacological interventions to improve cognition for people with dementia. *Dementia* 2020;19(4):1086-130.

Chan J, Leung DKY, Walton H, Wong GHY, Spector A. Can mindfulness-based interventions benefit people with dementia? Drawing on the evidence from a systematic review in populations with cognitive impairments. *Expert Review of Neurotherapeutics* 2020;20(11):1143-56.

Chao Iris CI, Nicpon K, Roduta R, Mary. Effect of Cognitive Stimulation Therapy on Quality of Life: A Critical Review. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics* 2020;38(3):203-29.

Charry-Sanchez JD, Pradilla I, Talero-Gutierrez C. Animal-assisted therapy in adults: A systematic review. *Complementary Therapies in Clinical Practice* 2018;32:169-80.

Cibeira N, Maseda A, Lorenzo-López L, Rodríguez-Villamil JL, López-López R, Millán-Calenti JC. Application of light therapy in older adults with cognitive impairment: A systematic review. *Geriatric nursing (New York, NY)* 2020;41(6):970-83.

Clare A, Camic PM. Live and recorded group music interventions with active participation for people with dementias: a systematic review. *Arts & Health* 2020;12(3):197-220.

Cusic E, Hoppe M, Sultenfuss M, Jacobs K, Holler H, Obembe A. Multisensory environments for outcomes of occupational engagement in dementia: A systematic review. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics* 2022;40(3):275-94.

D'Andrea F, Tischler V, Denning T, Churchill A. Olfactory stimulation for people with dementia: A rapid review. *Dementia (London, England)* 2022:14713012221082377.

D'Cunha NM, Isbel S, McKune AJ, Kellett J, Naumovski N. Activities outside of the care setting for people with dementia: a systematic review. *BMJ open* 2020;10(10):e040753.

Daykin N, Mansfield L, Meads C, Julier G, Tomlinson A, Payne A, et al. What works for wellbeing? A systematic review of wellbeing outcomes for music and singing in adults. *Perspectives in Public Health* 2018;138(1):39-46.

Dominguez-Chavez Claudia J, Salazar-Gonzalez Bertha C, Murrock Carolyn J. Use of music therapy to improve cognition in older adults with dementia: An integrative review. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal* 2019;33(2):183-95.

Emblad SYM, Mukaetova-Ladinska EB. Creative Art Therapy as a Non-Pharmacological Intervention for Dementia: A Systematic Review. *JAD Reports* 2021;5(1):353-64.

Emrich-Mills L, Puthusseryppady V, Hornberger M. Effectiveness of Interventions for Preventing People With Dementia Exiting or Getting Lost. *The Gerontologist* 2019.

Gallou-Guyot M, Mandigout S, Combourieu-Donnezan L, Bherer L, Perrochon A. Cognitive and physical impact of cognitive-motor dual-task training in cognitively impaired older adults: An overview. *Neurophysiologie Clinique* 2020;50(6):441-53.

Gaviola MA, Inder KJ, Dilworth S, Holliday EG, Higgins I. Impact of individualised music listening intervention on persons with dementia: A systematic review of randomised controlled trials. *Australasian Journal on Ageing* 2020;39(1):10-20.

Haroon M, Dissanayaka NN, Angwin AJ, Comans T. How Effective are Pictures in Eliciting Information from People Living with Dementia? A Systematic Review. *Clinical gerontologist* 2022:1-14.

Heins P, Boots LMM, Koh WQ, Neven A, Verhey FRJ, de Vugt ME. The Effects of Technological Interventions on Social Participation of Community-Dwelling Older Adults with and without Dementia: A Systematic Review. *Journal of clinical medicine* 2021;10(11).

Hjetland GJ, Pallesen S, Thun E, Kolberg E, Nordhus IH, Flo E. Light interventions and sleep, circadian, behavioral, and psychological disturbances in dementia: A systematic review of methods and outcomes. *Sleep Medicine Reviews* 2020;52:101310.

Hui EK, Tischler V, Wong GHY, Lau WYT, Spector A. Systematic review of the current psychosocial interventions for people with moderate to severe dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2021;36(9):1313-29.

Jiménez J, Brüninger I, Meekums B. Dance movement therapy with older people with a psychiatric condition: A systematic review. *The Arts in Psychotherapy* 2018;63:118-27.

Jin JW, Nowakowski S, Taylor A, Medina LD, Kunik ME. Cognitive Behavioral Therapy for Mood and Insomnia in Persons With Dementia: A Systematic Review. *Alzheimer Disease & Associated Disorders* 2021;35(4):366-73.

Jones C, Liu DF, Murfield MJ, Moyle PW. Effects of non-facilitated meaningful activities for people with dementia in long-term care facilities: A systematic review. *Geriatric nursing (New York, NY)* 2020.

Klimova B, Toman J, Kuca K. Effectiveness of the dog therapy for patients with dementia - a systematic review. *BMC Psychiatry* 2019;19(1):276.

Lakhani A, Norwood M, Watling DP, Zeeman H, Kendall E. Using the natural environment to address the psychosocial impact of neurological disability: A systematic review. *Health & Place* 2019;55:188-201.

- Lobbia A, Carbone E, Faggian S, Gardini S, Piras F, Spector A, et al. The efficacy of cognitive stimulation therapy (CST) for people with mild-to-moderate dementia: A review. *European Psychologist* 2019;24(3):257-77.
- Monroe P, Halaki M, Kumfor F, Ballard KJ. The effects of choral singing on communication impairments in acquired brain injury: A systematic review. *International Journal of Language & Communication Disorders* 2020;55(3):303-19.
- Moreno A, Wall KJ, Thangavelu K, Craven L, Ward E, Dissanayaka NN. A systematic review of the use of virtual reality and its effects on cognition in individuals with neurocognitive disorders. *Alzheimer's & Dementia: Translational Research & Clinical Interventions* 2019;5:834-50.
- Mu CX, Lee S, Boddupalli S, Meng H. Effects of music interventions on sleep in people with dementia: A systematic review. *Dementia* 2022;21(6):14713012221096986.
- Neal D, van den Berg F, Planting C, Ettema T, Dijkstra K, Finnema E, et al. Can Use of Digital Technologies by People with Dementia Improve Self-Management and Social Participation? A Systematic Review of Effect Studies. *Journal of clinical medicine* 2021;10(4):1-23.
- Ozbe D, Graessel E, Donath C, Pendergrass A. Immediate Intervention Effects of Standardized Multicomponent Group Interventions on People with Cognitive Impairment: A Systematic Review. *Journal of Alzheimer's Disease* 2019;67(2):653-70.
- Pinto Thaíssa Thayara M, Alencar Mariana A, Arantes Paula Maria M, Assis Luciana de O. Cognitive stimulation in older adults with dementia: what is the impact on their caregivers' health? *Geriatr, Gerontol Aging (Impr)* 2019;13(1):39-49.
- Raj SE, Mackintosh S, Fryer C, Stanley M. Home-Based Occupational Therapy for Adults With Dementia and Their Informal Caregivers: A Systematic Review. *The American journal of occupational therapy : official publication of the American Occupational Therapy Association* 2021;75(1):1-27.
- Riches S, Azevedo L, Vora A, Kaleva I, Taylor L, Guan P, et al. Therapeutic engagement in robot-assisted psychological interventions: A systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 2022;29(3):857-73.
- Rodriguez-Martinez MC, Maestre ADLP, Armenta-Peinado JA, Barbancho MA, Garcia-Casares N. Evidence of animal-assisted therapy in neurological diseases in adults: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2021;18(24) (no pagination).
- Scelles C, Bulnes LC. EMDR as Treatment Option for Conditions Other Than PTSD: A Systematic Review. *Frontiers in psychology* 2021;12:644369.
- Sousa L, Dowson B, McDermott O, Schneider J, Fernandes L. Music-based interventions in the acute setting for patients with dementia: a systematic review. *European Geriatric Medicine* 2020;11(6):929-43.
- Swan K, Hopper M, Wenke R, Jackson C, Till T, Conway E. Speech-Language Pathologist Interventions for Communication in Moderate-Severe Dementia: A Systematic Review. *American Journal of Speech-Language Pathology* 2018;27(2):836-52.

Theleritis C, Siarkos K, Politis AA, Katirtzoglou E, Politis A. A systematic review of non-pharmacological treatments for apathy in dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2018;33(2):e177-e92.

Thompson Z, Baker FA, Tamplin J, Clark IN. How Singing can Help People With Dementia and Their Family Care-Partners: A Mixed Studies Systematic Review With Narrative Synthesis, Thematic Synthesis, and Meta-Integration. *Frontiers in Psychology* 2021;12:764372.

Trivedi DP, Braun A, Dickinson A, Gage H, Hamilton L, Goodman C, et al. Managing behavioural and psychological symptoms in community dwelling older people with dementia: 1. A systematic review of the effectiveness of interventions. *Dementia* 2019;18(7-8):2925-49.

Wang Y, Tang C, Fan X, Shirai K, Dong JY. Mind-body therapies for older adults with dementia: a systematic review and meta-analysis. *European geriatric medicine* 2022;13:881-91.

Wilfling D, Hylla J, Berg A, Meyer G, Kopke S, Halek M, et al. Characteristics of multicomponent, nonpharmacological interventions to reduce or avoid sleep disturbances in nursing home residents: a systematic review. *International Psychogeriatrics* 2021;33(3):245-73.

Yorozuya K, Kubo Y, Tomiyama N, Yamane S, Hanaoka H. A Systematic Review of Multimodal Non-Pharmacological Interventions for Cognitive Function in Older People with Dementia in Nursing Homes. *Dementia & Geriatric Cognitive Disorders* 2019;48(1-2):1-16.

Aarskog Nina K, Hunskår I, Bruvik F. Animal-assisted interventions with dogs and robotic animals for residents with dementia in nursing homes: A systematic review. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics* 2019;37(2):77-93.

Ekksklusjonsgrunn: Publikasjonen var ikke en systematisk oversikt (for eksempel konferanseabstrakt, postere eller omtaler) (n= 51)

Acevedo EA, Alfonso NC, Pantoja AR. Efficacy of cognitive stimulation programs in patients with Alzheimer's Disease. *International Psychogeriatrics* 2019;31(Supplement 1):147-8.

Atri A, Norman M, Knopman DS, Karlawish J, Sano M, Clevenger C, et al. Implications for AD clinical trials and opportunities to leverage the first Alzheimer's association U.S. National best clinical practice guidelines for the evaluation of cognitive behavioral syndromes, Alzheimer's disease and related dementias. *Journal of Prevention of Alzheimer's Disease* 2018;5(1):S35.

Bahar-Fuchs A, Martyr A, Goh A, Clare L. Cognitive Training for Older Adults with Dementia: An Updated Cochrane Review. *Alzheimer's and Dementia* 2018;14(7 Supplement):P1627.

Ball E, Owen-Booth B, Gray A, Shenkin S, Hewitt J, McCleery J. Aromatherapy for dementia: Cochrane review. *European Geriatric Medicine* 2020;11(SUPPL 1):S164.

- Borders JC, Blanke S, Johnson S, Gilmore-Bykovskiy A, Rogus-Pulia N. Efficacy of Mealtime Interventions for Malnutrition and Oral Intake in Persons With Dementia: A Systematic Review. *Alzheimer disease and associated disorders* 2020;24(4):366-79.
- Braun A, Trivedi DP, Dickinson A, Hamilton L, Goodman C, Gage H, et al. Managing behavioural and psychological symptoms in community dwelling older people with dementia: 2. A systematic review of qualitative studies. *Dementia* 2019;18(7-8):2950-70.
- Cai Y, Li L, Xu C, Wang Z. The Effectiveness of Non-Pharmacological Interventions on Apathy in Patients With Dementia: A Systematic Review of Systematic Reviews. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 2020;17(4):311-8.
- Clay F, Howett D, FitzGerald J, Fletcher P, Chan D, Price A. Use of Immersive Virtual Reality in the Assessment and Treatment of Alzheimer's Disease: A Systematic Review. *Journal of Alzheimer's Disease* 2020;75(1):23-43.
- Cunha PP, Stout M, Ledbetter L, Ruhle J, Whitson H, Prebill L. Museum-based art interventions for people with dementia and their caregivers: A systematic review. *Journal of the American Geriatrics Society* 2019;67(Supplement 1):S340.
- Eke E, Mitchell CR. Pmh1 Animal Assisted Therapy (Aat) in Depression and Anxiety: A Systematic Review. *Value in Health* 2019;22(Supplement 3):S681.
- Farid A. Review of animal assisted therapy with visiting dogs in dementia. *Age and Ageing* 2019;48(Supplement 1):i32.
- Feast AR, White N, Candy B, Kupeli N, Sampson EL. The effectiveness of interventions to improve the care and management of people with dementia in general hospitals: A systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2020;35(5):463-88.
- Froggatt K, Bunn F, Lynch J, Sharpe R, Preston N, Walshe C, et al. Namaste care for people with advanced dementia towards the end of life living in care homes: A systematic realist review to inform and guide the conduct of a randomized controlled trial. *Palliative Medicine* 2018;32(1 Supplement 1):68.
- Frost R, Rait G, Wheatley A, Wilcock J, Robinson L, Harrison D, et al. What works in managing complex conditions in older people in primary and community care? A state-of-the-art review. *Health & social care in the community* 2020;28(6):1915-27.
- Gassner L, Geretsegger M, Mayer-Ferbas J. Effectiveness of music therapy for autism spectrum disorder, dementia, depression, insomnia and schizophrenia: update of systematic reviews. *European Journal of Public Health* 2022;32(1):27-34.
- Gibbor L, Yates L, Volkmer A, Spector A. Cognitive stimulation therapy (CST) for dementia: a systematic review of qualitative research. *Aging & Mental Health* 2021;25(6):980-90.
- Hirt J, Ballhausen N, Hering A, Kliegel M, Beer T, Meyer G. Social Robot Interventions for People with Dementia: A Systematic Review on Effects and Quality of Reporting. *Journal of Alzheimer's disease : JAD* 2020;79(2):773-92.
- Huis In Het V, J G, Verkaik R, van Meijel B, Francke AL. A systematic meta-review of self-management support for people with dementia. *Dementia (London, England)* 2020;19(2):1471301218772894.

- Ivashchenko AV, Brooks L, Tran ZV. Differential Effects of Pharmacologic and Non-Pharmacologic Treatments of Alzheimer's Disease: A Comprehensive Summary of Evidence and Meta-Analysis. *Alzheimer's and Dementia* 2018;14(7 Supplement):P676-P7.
- Kubo Y, Hayashi H, Kozawa S, Okada S. Relevant factors of depression in dementia modifiable by non-pharmacotherapy: a systematic review. *Psychogeriatrics : the official journal of the Japanese Psychogeriatric Society* 2019;19(2):181-91.
- Lampit A. Investigating Heterogeneity across Clinical Trials to Guide Clinical Implementation of Cognitive Training. *Alzheimer's and Dementia* 2018;14(7 Supplement):P1626-P7.
- Li B, Luo Y, Lin M. A systematic review of the use of play in dementia care. *Alzheimer's & dementia : the journal of the Alzheimer's Association* 2021;17(Supplement 8):e057509.
- Li BSY, Chan CWH, Wong IKY, Yu YHU, Li M. Effectiveness of Aromatherapy in Managing Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia: A Mixed Methods: Systematic Review. *Age and Ageing* 2022;51(SUPPL 1):i3.
- Liang JH, Xu Y, Lin L, Jia RX, Zhang HB, Hang L. Comparison of multiple interventions for older adults with Alzheimer disease or mild cognitive impairment: A PRISMA-compliant network meta-analysis. *Medicine* 2018;97(20):e10744.
- Lin RSY, Yu DSF, Li PWC. Crucial Characteristics of Non-Pharmacological Management for Improving Behavioural and Psychological Symptoms among Persons in Pre-Clinical and Early Stage of Dementia. *Alzheimer's and Dementia* 2019;15(7 Supplement):P1168-P9.
- Lin RSY, Yu DSF, Li PWC, Masika GM. The effectiveness of non-pharmacological interventions targeting neuropsychiatric symptoms among persons with preclinical and mild dementia: A systematic review and network meta-analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2021;36(4):479-92.
- Madureira Bruna G, Pereira Maria G, Avelino Patrick R, Costa Henrique S, Menezes Kênia Kiefer Parreiras d. Effects of multidisciplinary rehabilitation programs on treatment of patients with Alzheimer's disease: a systematic review. *Cad saúde colet, (Rio J)* 2018;26(2):222-32.
- Manietta C, Labonté V, Thiesemann R, Sirsch EG, Möhler R. Algorithm-based pain management for people with dementia in nursing homes. *The Cochrane database of systematic reviews* 2022;4:CD013339.
- Mitchell CR, Mitchell ES. PMH3 Effects of ART Therapy on Depression and Anxiety in Patients Undergoing Medical Treatment: A Systematic Review. *Value in Health* 2020;23(Supplement 2):S584.
- Nickel F, Barth J, Kolominsky-Rabas PL. Health economic evaluations of non-pharmacological interventions for persons with dementia and their informal caregivers: a systematic review. *BMC Geriatrics* 2018;18(1):69.

O'Caoimh R, Mannion H, Sezgin D, O'Donovan MR, Liew A, Molloy DW. Systematic review examining non-pharmacological interventions for sleep impairment in cognitive impairment. *European Geriatric Medicine* 2019;10(Supplement 1):S70.

Poppe A, Bais L, Ritter F, Curcic-Blake B, Pijnenborg G, Van Der Meer L. The efficacy of combining cognitive remediation and noninvasive brain stimulation. A systematic review. *Schizophrenia Bulletin* 2020;46(Supplement 1):S162.

Rivera R, Carballea D, Ardila A. Music Therapy as a Treatment Modality for Alzheimer's Disease Patients. *Arch Phys Med Rehabil* 2020;101(12):e157.

Robalino S, Nyakang'o SB, Beyer F, Fox C, Allan LM. Effectiveness of interventions aimed at improving physical and psychological outcomes of fall-related injuries in people with dementia a systematic review. *Age and Ageing* 2018;47(Supplement 2):ii9.

Sanjuan M, Navarro E, Calero MD. Effectiveness of Cognitive Interventions in Older Adults: A Review. *European Journal of Investigation in Health Psychology & Education* 2020;10(3):876-98.

Sayma M, Tuljit R, Walters K, Cooper C. Are we there yet? Immersive virtual reality in dementia. *European Geriatric Medicine* 2019;10(Supplement 1):S50-S1.

Sbrizzi C, Sapuppo W. Effects of Pet Therapy in Elderly Patients with Neurocognitive Disorders: A Brief Review. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra* 2021;11(3):198-206.

Sharew NT, Lam SC, Habtewold TD, Leung AYM. Effect of multimodal non-pharmacologic interventions on cognitive function for people with dementia: Systematic review. *Alzheimer's & dementia : the journal of the Alzheimer's Association* 2021;17(Supplement 8):e057657.

Sood P, Kletzel S, Negm A, Heyn P, Krishnan S, Devos H. Effectiveness of Brain Gaming in Older Adults with Mild Cognitive Impairment or Dementia: A Systematic Review and Meta-analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2020;101(11):e114.

Saade-Lemus S, Martin-Saavedra J, Deik A. Music-based interventions for the management of movement disorders: A systematic literature review. *Movement Disorders* 2020;35(SUPPL 1):S554-S5.

Tonapa SI, Saragih ID, Lee BO. Author's response to "Comment on Saragih et al. (2022) 'Effects of cognitive stimulation therapy for people with dementia: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled studies'". *International Journal of Nursing Studies* 2022;130:104219.

Tsoi KK, Chan JY, Lee HW, Chu CT, Chan TK, Ho JM. Comparison of Psychosocial Interventions to Enhance Cognitive Functions in People with Mild-to-Moderate Dementia: A Network Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Alzheimer's and Dementia* 2019;15(7 Supplement):P468-P9.

Vance D, Fazeli P. A meta-review of prevention, remediation, and compensation/adaptation approaches to address HIV-associated neurocognitive disorders: Implications for an aging population. *European Psychiatry* 2018;48(Supplement 1):S442.

Vance DE, Fazeli PL, Cheatwood J, Nicholson C, Morrison S, Moneyham LD. Can HIV-associated neurocognitive disorder (HAND) be treated with computerized cognitive training? Evidence from a systematic review. *Antiviral Therapy* 2018;23(Supplement 1):A68.

Vedel I, Sheets D, McAiney C, Clare L, Brodaty H, Mann J, et al. CCCDTD5: Individual and community-based psychosocial and other non-pharmacological interventions to support persons living with dementia and their caregivers. *Alzheimer's and Dementia: Translational Research and Clinical Interventions* 2020;6(1):1-15.

Watt J, Goodarzi Z, Veroniki A, Tricco A, Straus S. Comparative efficacy of interventions for reducing depressive symptoms in dementia: A systematic review and network meta-analysis. *Journal of the American Geriatrics Society* 2021;69(SUPPL 1):S220.

Watt JA, Goodarzi Z, Veroniki A, Tricco A, Straus S. Comparative efficacy of pharmacological and non-pharmacological treatments for aggressive behaviors in dementia: A systematic review and network meta-analysis. *Journal of the American Geriatrics Society* 2018;66(Supplement 2):S133.

Whelan S, Teahan Á, Casey D. Fostering the Resilience of People With Dementia: A Narrative Literature Review. *Frontiers in medicine* 2020;7:45.

Wilfling D, Hylla J, Berg A, Meyer G, Köpke S, Halek M, et al. Characteristics of multicomponent, nonpharmacological interventions to reduce or avoid sleep disturbances in nursing home residents: a systematic review. *International psychogeriatrics* 2020;33(3):1-29.

Wilson SA, Byrne P, Rodgers SE, Maden M. A Systematic Review of Smartphone and Tablet Use by Older Adults With and Without Cognitive Impairment. *Innovation in aging* 2022;6(2):igac002.

Zhao Y, Liu Y, Wang Z. Effectiveness of horticultural therapy in people with dementia: A quantitative systematic review. *Journal of Clinical Nursing* 2022;31(13-14):1983-97.

Ekksklusjonsgrunn: Ikke kvalitetsvurdert fordi utfallene ikke inkluderte noen av hovedutfallene våre (n=8)

Blackman J, Swirski M, Clynes J, Harding S, Leng Y, Coulthard E. Pharmacological and non-pharmacological interventions to enhance sleep in mild cognitive impairment and mild Alzheimer's disease: A systematic review. *Journal of Sleep Research* 2021;30(4):e13229.

Brown W, Arendt L, Nguyen M, Scott TL, Neville CC, Pachana NA. Nonpharmacological Interventions for Anxiety and Dementia in Nursing Homes: A Systematic Review. *Gerontologist* 2019;59(6):e731-e42.

Fetherstonhaugh D, Haesler E, Bauer M. Promoting mealtime function in people with dementia: A systematic review of studies undertaken in residential aged care. *International Journal of Nursing Studies* 2019;96:99-118.

Leng M, Zhao Y, Wang Z. Comparative efficacy of non-pharmacological interventions on agitation in people with dementia: A systematic review and Bayesian network meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies* 2020;102:103489.

Liao YJ, Parajuli J, Jao YL, Kitko L, Berish D. Non-pharmacological interventions for pain in people with dementia: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies* 2021;124:104082.

Pu L, Moyle W, Jones C, Todorovic M. Psychosocial interventions for pain management in older adults with dementia: A systematic review of randomized controlled trials. *Journal of Advanced Nursing* 2019;75(8):1608-20.

Shim M, Tilley JL, Im S, Price K, Gonzalez A. A Systematic Review of Mindfulness-Based Interventions for Patients with Mild Cognitive Impairment or Dementia and Caregivers. *Journal of Geriatric Psychiatry & Neurology* 2021;34(6):528-54.

Watt JA, Goodarzi Z, Veroniki AA, Nincic V, Khan PA, Ghassemi M, et al. Comparative Efficacy of Interventions for Aggressive and Agitated Behaviors in Dementia: A Systematic Review and Network Meta-analysis. *Annals of internal medicine* 2019;171(9):633-42.

Ekksklusjonsgrunn: Ikke kvalitetsvurdert fordi tiltak og utfall allerede var dekket av nyere systematiske oversikter (n= 14)

Ballard C, Orrell M, Moniz-Cook E, Woods R, Whitaker R, Corbett A, et al. NIHR Journals Library. Programme Grants for Applied Research. 2020;7:7.

Deshmukh SR, Holmes J, Cardno A. Art therapy for people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018;9:CD011073.

Fusar-Poli L, Bieleninik L, Brondino N, Chen X-J, Gold C. The effect of music therapy on cognitive functions in patients with dementia: A systematic review and meta-analysis. *Aging & Mental Health* 2018;22(9):1103-12.

Kim O, Pang Y, Kim JH. The effectiveness of virtual reality for people with mild cognitive impairment or dementia: a meta-analysis. *BMC psychiatry* 2019;19(1):219.

Li HC, Wang HH, Lu CY, Chen TB, Lin YH, Lee I. The effect of music therapy on reducing depression in people with dementia: A systematic review and meta-analysis. *Geriatric Nursing* 2019;40(5):510-6.

Lu LC, Lan SH, Hsieh YP, Yen YY, Chen JC, Lan SJ. Horticultural Therapy in Patients With Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *American journal of Alzheimer's disease and other dementias* 2020;35:1533317519883498.

Moreno-Morales C, Calero R, Moreno-Morales P, Pintado C. Music Therapy in the Treatment of Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Medicine* 2020;7:160.

Nagaoka M, Hashimoto Z, Takeuchi H, Sado M. Effectiveness of mindfulness-based interventions for people with dementia and mild cognitive impairment: A meta-analysis and implications for future research. *PLoS ONE [Electronic Resource]* 2021;16(8):e0255128.

Noone D, Stott J, Aguirre E, Llanfear K, Spector A. Meta-analysis of psychosocial interventions for people with dementia and anxiety or depression. *Aging & Mental Health* 2019;23(10):1282-91.

Oltra-Cucarella J, Ferrer-Cascales R, Clare L, Morris SB, Espert R, Tirapu J, et al. Differential effects of cognition-focused interventions for people with Alzheimer's disease: A meta-analysis. *Neuropsychology* 2018;32(6):664-79.

Sayma M, Tuijt R, Cooper C, Walters K. Are We There Yet? Immersive Virtual Reality to Improve Cognitive Function in Dementia and Mild Cognitive Impairment. *Gerontologist* 2020;60(7):e502-e12.

Silva R, Bobrowicz-Campos E, Cardoso D, Costa P, Couto F, Camarneiro AP, et al. Effects of caregiver-provided individual cognitive interventions on cognition, social functioning and quality of life in older adults with major neurocognitive disorders: A systematic review. *JBI Evidence Synthesis* 2020;18(4):743-806.

Zafra-Tanaka JH, Pacheco-Barrios K, Tellez WA, Taype-Rondan A. Effects of dog-assisted therapy in adults with dementia: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2019;19(1):41.

Zhao H, Gu W, Zhang M. Massage Therapy in Nursing as Nonpharmacological Intervention to Control Agitation and Stress in Patients With Dementia. *Alternative Therapies in Health & Medicine* 2020;26(6):29-33.

Ekksklusjonsgrunn: Lav eller kritisk lav kvalitet (AMSTAR 2-vurdering) (n= 50)

Batubara SO, Tonapa SI, Saragih ID, Mulyadi M, Lee BO. Effects of animal-assisted interventions for people with dementia: A systematic review and meta-analysis. *Geriatric Nursing* 2022;43:26-37.

Bennett S, Laver K, Voigt-Radloff S, Letts L, Clemson L, Graff M, et al. Occupational therapy for people with dementia and their family carers provided at home: a systematic review and meta-analysis. *BMJ open* 2019;9(11):e026308.

Bian X, Wang Y, Zhao X, Zhang Z, Ding C. Does music therapy affect the global cognitive function of patients with dementia? A meta-analysis. *Neurorehabilitation* 2021;48(4):553-62.

Cafferata RMT, Hicks B, von Bastian CC. Effectiveness of cognitive stimulation for dementia: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Bulletin* 2021;147(5):455-76.

Carrion C, Folkvord F, Anastasiadou D, Aymerich M. Cognitive Therapy for Dementia Patients: A Systematic Review. *Dementia & Geriatric Cognitive Disorders* 2018;46(1-2):1-26.

Chan Daniel Kam Y, Chan Luke Kar M, Kuang Ye M, Le Mai Nhat V, Celler B. Digital care technologies in people with dementia living in long-term care facilities to prevent falls and manage behavioural and psychological symptoms of dementia: A systematic review. *European Journal of Ageing* 2021;19:309-23.

Chan JYC, Chan TK, Kwok TCY, Wong SYS, Lee ATC, Tsoi KKF. Cognitive training interventions and depression in mild cognitive impairment and dementia: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Age & Ageing* 2020;49(5):738-47.

Chen J, Duan Y, Li H, Lu L, Liu J, Tang C. Different durations of cognitive stimulation therapy for Alzheimer's disease: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Interventions In Aging* 2019;14:1243-54.

Chiu HY, Chen PY, Chen YT, Huang HC. Reality orientation therapy benefits cognition in older people with dementia: A meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies* 2018;86:20-8.

Di Lorito C, Bosco A, Rai H, Craven M, McNally D, Todd C, et al. A systematic literature review and meta-analysis on digital health interventions for people living with dementia and Mild Cognitive Impairment. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2022;37(6):04.

Dorris JL, Neely S, Terhorst L, VonVille HM, Rodakowski J. Effects of music participation for mild cognitive impairment and dementia: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Geriatrics Society* 2021;69(9):2659-67.

Duan Y, Lu L, Chen J, Wu C, Liang J, Zheng Y, et al. Psychosocial interventions for Alzheimer's disease cognitive symptoms: a Bayesian network meta-analysis. *BMC Geriatrics* 2018;18(1):175.

Ham MJ, Kim S, Jo YJ, Park C, Nam Y, Yoo DH, et al. The Effect of a Multimodal Occupational Therapy Program with Cognition-Oriented Approach on Cognitive Function and Activities of Daily Living in Patients with Alzheimer's Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Biomedicines* 2021;9(12):20.

Han A. Mindfulness-Based Interventions for Older Adults with Dementia or Mild Cognitive Impairment: A Meta-Analysis. *Clinical Gerontologist* 2022;45(4):763-76.

Jao YL, Wang J, Liao YJ, Parajuli J, Berish D, Boltz M, et al. Effect of Ambient Bright Light on Behavioral and Psychological Symptoms in People With Dementia: A Systematic Review. *Innovation in Aging* 2022;6(3):igac018.

Lee AR, Gerritzen EV, McDermott O, Orrell M. Exploring the Role of Web-Based Interventions in the Self-management of Dementia: Systematic Review and Narrative Synthesis. *Journal of medical Internet research* 2021;23(7):e26551.

Lee DCA, Tirlea L, Haines TP. Non-pharmacological interventions to prevent hospital or nursing home admissions among community-dwelling older people with dementia: A systematic review and meta-analysis. *Health & social care in the community* 2020;28(5):1408-29.

Lee KH, Lee JY, Kim B. Person-Centered Care in Persons Living With Dementia: A Systematic Review and Meta-analysis. *Gerontologist* 2022;62(4):e253-e64.

Leng M, Liu P, Zhang P, Hu M, Zhou H, Li G, et al. Pet robot intervention for people with dementia: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychiatry Research* 2019;271:516-25.

Li BSY, Chan CWH, Li M, Wong IKY, Yu YHU. Effectiveness and Safety of Aromatherapy in Managing Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: A Mixed-Methods Systematic Review. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra* 2021;11(3):273-97.

Li W, Xu X, Wu F, Ni Y, Lan J, Hu X. Comparative efficacy of non-pharmacological interventions on behavioural and psychological symptoms in elders with dementia: A network meta-analysis. *Nursing Open* 2021;8(6):2922-31.

Liang JH, Li JY, Jia RX, Wang YQ, Wu RK, Zhang HB, et al. Comparison of Cognitive Intervention Strategies for Older Adults With Mild to Moderate Alzheimer's Disease: A Bayesian Meta-analytic Review. *Journal of the American Medical Directors Association* 2019;20(3):347-55.

Liang JH, Lin L, Wang YQ, Jia RX, Qu XY, Li J, et al. Non-pharmacological therapeutic strategy options for patients with dementia based on cognitive function--A Bayesian network meta-analysis of randomized controlled trials. *Ageing research reviews* 2019;56:100965.

Liang JH, Xu Y, Lin L, Jia RX, Zhang HB, Hang L. Comparison of multiple interventions for older adults with Alzheimer disease or mild cognitive impairment. *Medicine (United States)* 2018;97(20) (no pagination).

Lu LC, Lan SH, Hsieh YP, Lan SJ. Effectiveness of intergenerational participation on residents with dementia: A systematic review and meta-analysis. *Nursing Open* 2022;9(2):920-31.

Lu S, Zhang AY, Liu T, Choy JCP, Ma MSL, Wong G, et al. Degree of personalisation in tailored activities and its effect on behavioural and psychological symptoms and quality of life among people with dementia: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* 2021;11(11):e048917.

Luker JA, Worley A, Stanley M, Uy J, Watt AM, Hillier SL. The evidence for services to avoid or delay residential aged care admission: a systematic review. *BMC geriatrics* 2019;19(1):217.

Na R, Yang JH, Yeom Y, Kim YJ, Byun S, Kim K, et al. A Systematic Review and Meta-Analysis of Nonpharmacological Interventions for Moderate to Severe Dementia. *Psychiatry Investigation* 2019;16(5):325-35.

Noone D, Stott J, Aguirre E, Llanfear K, Spector A. Meta-analysis of psychosocial interventions for people with dementia and anxiety or depression. *Aging & Mental Health* 2019;23(10):1282-91.

O'Caomh R, Mannion H, Sezgin D, O'Donovan MR, Liew A, Molloy DW. Non-pharmacological treatments for sleep disturbance in mild cognitive impairment and dementia: A systematic review and meta-analysis. *Maturitas* 2019;127:82-94.

Ong YC, Tang A, Tam W. Effectiveness of robot therapy in the management of behavioural and psychological symptoms for individuals with dementia: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research* 2021;140:381-94.

- O'Philbin L, Woods B, Farrell Emma M, Spector Aimee E, Orrell M. Reminiscence therapy for dementia: An abridged Cochrane systematic review of the evidence from randomized controlled trials. *Expert Review of Neurotherapeutics* 2018;18(9):715-27.
- Packer R, Ben S, Whiting P. Can non-pharmacological interventions reduce hospital admissions in people with dementia? A systematic review. *PLoS ONE [Electronic Resource]* 2019;14(10):e0223717.
- Park K, Lee S, Yang J, Song T, Hong GS. A systematic review and meta-analysis on the effect of reminiscence therapy for people with dementia. *International Psychogeriatrics* 2019;31(11):1581-97.
- Park S, Bak A, Kim S, Nam Y, Kim HS, Yoo DH, et al. Animal-Assisted and Pet-Robot Interventions for Ameliorating Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Biomedicines* 2020;8(6):02.
- Salihu D, Wong EML, Bello UM, Kwan RYC. Effects of dance intervention on agitation and cognitive functioning of people living with dementia in institutional care facilities: Systematic review. *Geriatric Nursing* 2021;42(6):1332-40.
- Saragih ID, Tonapa SI, Lin CJ, Lee BO. Effects of case management intervention for people with dementia and their carers: A systematic review and meta-analysis of experimental studies. *International journal of nursing studies* 2021;121:104012.
- Saragih ID, Tonapa SI, Saragih IS, Lee BO. Effects of cognitive stimulation therapy for people with dementia: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled studies. *International Journal of Nursing Studies* 2022;128:104181.
- Saragih ID, Tonapa SI, Yao CT, Saragih IS, Lee BO. Effects of reminiscence therapy in people with dementia: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* 2022;29:29.
- Sun Y, Zhang X, Wang Z. Comparative Effectiveness of 3 Settings of Cognitive Stimulation Therapy on Cognition and Quality of Life for People With Dementia: A Systematic Review and Network Meta-analysis. *Journal of the American Medical Directors Association* 2022;23(3):461-7.e11.
- Thomas JM, Sezgin D. Effectiveness of reminiscence therapy in reducing agitation and depression and improving quality of life and cognition in long-term care residents with dementia: A systematic review and meta-analysis. *Geriatric Nursing* 2021;42(6):1497-506.
- Tsoi KKF, Chan JYC, Ng YM, Lee MMY, Kwok TCY, Wong SYS. Receptive Music Therapy Is More Effective than Interactive Music Therapy to Relieve Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Medical Directors Association* 2018;19(7):568-76.e3.
- Wang Y, Chi I, Zhan Y, Chen W, Li T. Effectiveness of Resilience Interventions on Psychosocial Outcomes for Persons With Neurocognitive Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in psychiatry Frontiers Research Foundation* 2021;12:709860.
- Wang Y, Liu M, Tan Y, Dong Z, Wu J, Cui H, et al. Effectiveness of Dance-Based Interventions on Depression for Persons With MCI and Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychology* 2021;12:709208.

Wang Y, Zhen T, Liao Y, Li L, Zhang Y. A meta-analysis of the effect of music therapy on alzheimer's disease. *International Journal of Clinical and Experimental Medicine* 2020;13(2):317-29.

Watt JA, Goodarzi Z, Veroniki AA, Nincic V, Khan PA, Ghassemi M, et al. Comparative efficacy of interventions for reducing symptoms of depression in people with dementia: systematic review and network meta-analysis. *BMJ* 2021;372:n532.

Wei S, Mai Y, Peng W, Ma J, Sun C, Li G, et al. The effect of nonpharmacologic therapy on global cognitive functions in patients with Alzheimer's disease: an updated meta-analysis of randomized controlled trials. *International Journal of Neuroscience* 2020;130(1):28-44.

Wong YL, Cheng CPW, Wong CSM, Wong SN, Wong HL, Tse S, et al. Cognitive Stimulation for Persons with Dementia: a Systematic Review and Meta-Analysis. *East Asian Archives of Psychiatry* 2021;31(3):55-66.

Yun S, Ryu S. The Effects of Cognitive-Based Interventions in Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Iranian Journal of Public Health* 2022;51(1):1-11.

Zhu S, Sui Y, Shen Y, Zhu Y, Ali N, Guo C, et al. Effects of Virtual Reality Intervention on Cognition and Motor Function in Older Adults With Mild Cognitive Impairment or Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in aging neuroscience* 2021;13:586999.

Vedlegg 4: Oversikt over tiltak og utfall i oversikter som ble sortert for kvalitetsvurdering med AMSTAR 2

Vi sorterte de 92 oversiktene som skulle kvalitetsvurderes med AMSTAR 2 i 15 tiltaksgrupper. Oversikter som hadde vurdert flere tiltak ble listet for alle tiltak de hadde vurdert.

Vi fant følgende tiltak:

- kognitiv terapi (n= 15 oversikter)
- kognitiv stimulering: (n= 17 oversikter)
- kognitiv rehabilitering (n= 10 oversikter)
- kognitiv trening (n= 11 oversikter)
- virtuell kognitiv trening (n= 8 oversikter)
- reminisensterapi (n= 13 oversikter)
- deeskalering (n= 1 oversikt)
- sansestimulering (n= 15 oversikter)
- brukerskoler (n= 5 oversikter)
- musikkterapi (n= 15 oversikter)
- sang og dans (n= 4 oversikter)
- dyreassistert terapi (n= 7 oversikter)
- robotterapi (både menneske- og dyre-lignende roboter) (n= 4 oversikter)
- multikomponente tiltak (n= 17 oversikter)
- personsentrert tilpasning (n= 8 oversikter)

Videre lagde vi lister over utfall for å sikre oss at vi valgte systematiske oversikter som samlet dekket alle hovedutfallene våre (hovedutfallene defineres i «Beskrivelse av de inkluderte systematiske oversiktene»). Vi listet oversiktene (for hvert tiltak og hvert utfall) slik at den mest oppdaterte oversikten (med det nyeste litteratursøket) sto øverst. Vi antok at oversiktene med de nyeste litteratursøkene inkluderte flest primærstudier.

Oversikt over kognitive utfall

Tiltak	Hukommelse	Orienteringsevne	Kommunikasjonsevne, språk	Evne til resonnering, planlegging, vurdering	Andre utfall til diskusjon	Generell kognisjon
Kognitiv terapi, CBT, ACT, MCT, DBT, Mindfulness og Atferdsterapi	Shim 2021 (JFM 2020, ≤Lav kvalitet) Carrion 2018 (2017, ≤Lav kvalitet)	-	Carrion 2018 (2017, ≤Lav kvalitet)	-	-	Han 2022 (Mar 2021, ≤Lav kvalitet) Orgeta 2022 (Feb 2021, Høy kvalitet) Shim 2021 (JFM 2020, ≤Lav kvalitet) Li 2021b (OND 2019, ≤Lav kvalitet) Lee 2022 (JAS 2019, Kritisk lav kvalitet) Liang 2019a (Okt 2018, ≤Lav kvalitet) O’Caoimh 2019 (OND 2018, ≤Lav kvalitet) Wei 2020 (JAS 2018, ≤Lav kvalitet) Chiu 2018 (Mar 2018, ≤Lav kvalitet)) Herke 2018 (JFM 2018, Høy kvalitet) Carrion 2018 (2017, ≤Lav kvalitet)
Kognitiv stimulering	Saragih 2022a (Okt 2021, Lav kvalitet) Wang 2022 (Des 2018, Moderat kvalitet) Bahar-F 2019 (Aug 2018, Høy kvalitet) Cafferata 2021 (AMJ 2018, Lav kvalitet) Silva 2020 (JFM 2018) Carrion 2018 (2017, ≤Lav kvalitet) Oltra-C 2018 (2016)	-	Cafferata 2021 (AMJ 2018, Lav kvalitet) Silva 2020 (JFM 2018) Carrion 2018 (2017, ≤Lav kvalitet)	-	-	Saragih 2022a (Okt 2021, Lav kvalitet) Sun 2022 (JFM 2021, Lav kvalitet) Chen 2019 (AMJ 2019, lav kvalitet) Yun 2022 (JFM 2019≤Lav kvalitet) Wong 2021 (JFM 2019, ≤Lav kvalitet) Wang 2022 (Des 2018, moderat kvalitet) Liang 2019a (Okt 2018, ≤Lav kvalitet) Liang 2019b (Mai 2018, ≤Lav kvalitet) Wei 2020 (Aug 2018, ≤Lav kvalitet) Bahar-F 2019 (Jul 2018, Høy kvalitet) Cafferata 2021 (AMJ 2018, Lav kvalitet) Silva 2020 (JFM 2018) Carrion 2018 (2017, ≤Lav kvalitet) Oltra-C 2018 (2016)

Kognitiv rehabilitering	Wang 2022 (Des 2018, Moderat kvalitet) Bahar-F 2019 (Aug 2018, Høy kvalitet) Silva 2020 (JFM 2018) Carrion 2018 (2017, ≤Lav kvalitet) Oltra-C 2018 (2016)	-	Silva 2020 (JFM 2018) Carrion 2018 (2017, ≤Lav kvalitet)	-	-	Yun 2022 (JFM 2019≤Lav kvalitet) Wang 2022 (Des 2018, moderat kvalitet) Liang 2019a (Okt 2018, ≤Lav kvalitet) Liang 2019b (Mai 2018 ≤Lav kvalitet) Bahar-F 2019 (Jul 2018, Høy kvalitet) Silva 2020 (JFM 2018) Carrion 2018 (2017, ≤Lav kvalitet) Oltra-C 2018 (2016)
Kognitiv trening inklusive spill	Wang 2022 (Des 2018, moderat kvalitet) Bahar-F 2019 (Aug 2018, Høy kvalitet) Silva 2020 (JFM 2018) Carrion 2018 (2017, ≤Lav kvalitet) Oltra-C 2018 (2016)	-	Silva 2020 (JFM 2018) Carrion 2018 (2017, ≤Lav kvalitet)	-	-	Yun 2022 (JFM 2019≤Lav kvalitet) Wang 2022 (Des 2018, moderat kvalitet) Wei 2020 (Aug 2018, ≤Lav kvalitet) Liang 2019b (Mai 2018, ≤Lav kvalitet) Bahar-F 2019 (Jul 2018, Høy kvalitet) Chiu 2018 (Mar 2018, ≤Lav kvalitet) Silva 2020 (Mar 2018) Carrion 2018 (2017, ≤Lav kvalitet) Liang 2018 (2017, ≤Lav kvalitet) Oltra-C 2018 (2016)
Kognitiv annet	Ikke brukt					
Virtuell kognitiv terapi	Di Lorito 2022 (OND 2021, Lav kvalitet) Zhu 2021 (AMJ 2020, ≤Lav kvalitet) Pang 2021 (2020, Moderat kvalitet)	Zhu 2021 (AMJ 2020, ≤Lav kvalitet)	Di Lorito 2022 (OND 2021, Lav kvalitet)	-	Sayma 2020 (ikke oppgitt)	Di Lorito 2022 (OND 2021, Lav kvalitet) Zhu 2021 (AMJ 2020, ≤Lav kvalitet) Liang 2018 (2017, ≤Lav kvalitet) Pang 2021 (2020, Moderat kvalitet) Sayma 2020 (ikke oppgitt) Kim 2019 (ikke oppgitt)
Reminisens terapi	Thomas 2021 (OND 2020, ≤Lav kvalitet) Cafferata 2021 (AMJ 2018, Lav kvalitet)	-	Cafferata 2021 (AMJ 2018, Lav kvalitet) O'Philbin 2018 (April 2017, ≤Lav kvalitet) Woods 2018 (2017, Høy kvalitet)	-	-	Saragih 2022b (Apr 2021, Kritisk Lav kvalitet) Thomas 2021 (OND 2020 ≤Lav kvalitet) Lee 2022 (Sep 2019, Kritisk lav kvalitet) Liang 2019b (Mai 2018, ≤Lav kvalitet) Wei 2020 (JAS 2018, ≤Lav kvalitet) Cafferata 2021 (AMJ 2018, Lav kvalitet) Chiu 2018 (Mar 2018, ≤Lav kvalitet) Duan 2018 (August 2017, ≤Lav kvalitet) O'Philbin 2018 (April 2017, ≤Lav kvalitet) Woods 2018 (2017, Høy kvalitet)

Menneskelignende roboter	-	-	-	-	-	Ong 2021 (JAS 2020, ≤Lav kvalitet) Saragih 2021b (JFM 2020, Moderat kvalitet)
De-escalation	-	-	-	-	-	-
Sansestimulering	Masika 2020 (Sep 2019, Moderat kvalitet)	-	Lourida 2020 (OND 2019, Moderat kvalitet)	-	-	Ball 2020 (AMJ 2020, Høy kvalitet) Li 2021b (Okt 2019, ≤Lav kvalitet) Lee 2022 (Sep 2019, Kritisk lav kvalitet) Masika 2020 (Sep 2019, Moderat kvalitet) Zhao 2020 (Jul 2019) O'Caoimh 2019 (OND 2018, ≤Lav kvalitet) Herke 2018 (JFM 2018, Høy kvalitet) Na 2019 (2017, Lav kvalitet) Deshmukh 2018 (2017) Duan 2018 (2017, ≤Lav kvalitet)
Bruerskoler og demensskoler	-	-	-	-	-	Saragih 2021a (Mar 2021 ≤Lav kvalitet) Herke 2018 (JFM 2018, Høy kvalitet)
Musikkterapi	Moreno-M 2020 (ikke oppgitt) Fusar-P 2018 (2016)	-	Van der S 2018 (2017, Høy kvalitet) Fusar-P 2018 (2016)	-	Fusar-P 2018 (2016)	Dorris 2021 (JFM 2021 ≤Lav kvalitet) Bian 2021 (OND 2020, ≤Lav kvalitet) Lee 2022 (Sep 2019, Kritisk lav kvalitet) Liang 2019a (Okt 2018, ≤Lav kvalitet) Wei 2020 (JAS 2018, ≤Lav kvalitet) Wang 2020 (2017, ≤Lav kvalitet) Na 2019 (2017, Lav kvalitet) Liang 2018 (2017, ≤Lav kvalitet) Tsoi 2018 (Sep 2017, ≤Lav kvalitet) Van der S 2018 (2017, Høy kvalitet) Fusar-P 2018 (2016) Moreno-M 2020 (ikke oppgitt)
Sang og dans	Ruiz-Muelle 2019 (2018, Moderat kvalitet)	-	Van der S 2018 (2017, Høy kvalitet) Ruiz-Muelle 2019 (2018, Moderat kvalitet)	-	-	Salihu 2021a (Mar 2021, ≤Lav kvalitet) O'Caoimh 2019 (Okt 2018, ≤Lav kvalitet) Lyons 2018 (2017, Moderat kvalitet) Van der S 2018 (2017, Høy kvalitet) Ruiz-Muelle 2019 (2000, Moderat kvalitet)
Dyreassistert terapi	-	-	-	-	-	Chen 2022 (OND 2021, Moderat) Batubara 2022 (JAS 2021) Li 2021b (Okt 2019, ≤Lav kvalitet) Lai 2019 (JAS 2019) Zafra-T 2019 (JFM 2018)

Dyrelignende roboter	-	-	-	-	-	Ong 2021 (JAS 2020, ≤Lav kvalitet) Saragih 2021b (Jan 2020, Moderat kvalitet) Leng 2019 (OND 2019)
Multikomponente tiltak	Di Lorito 2022 (OND 2021, Lav kvalitet) Ali 2022 (JAS 2020, Moderat kvalitet) Carrion 2018 (2017, ≤Lav kvalitet)	Ali 2022 (JAS 2020, Moderat kvalitet)	Di Lorito 2022 (OND 2021, Lav kvalitet) Carrion 2018 (2017, ≤Lav kvalitet)	-	-	Di Lorito 2022 (OND 2021, Lav kvalitet) Bian 2021 (OND 2020, ≤Lav kvalitet) Ham 2021 (JAS 2020, ≤Lav kvalitet) Liang 2019a (Okt 2018, ≤Lav kvalitet) O’Caoimh 2019 (Okt 2018, ≤Lav kvalitet) Chiu 2018 (Mar 2018, ≤Lav kvalitet) Na 2019 (2017, Lav kvalitet) Carrion 2018 (Des 2017, ≤Lav kvalitet)
Personsentrert tilpasning	-	-	Lourida 2020 (OND 2019, Moderat kvalitet)	-	-	Li 2021b (Okt 2019, ≤Lav kvalitet) Lee 2022 (Sep 2019, Kritisk lav kvalitet)

Hovedutfall er uthevet; Grønn, høy kvalitet; Blå, moderat kvalitet; Rød, Lav eller kritisk lav kvalitet; Svart, ikke vurdert; JFM, jan-febr-mar; AMJ, apr-mai-jun; JAS, jul-aug-sept; OND, okt-nov-des;

Oversikt over utfall knyttet til nevropsykiatriske symptomer, del 1

Tiltak	Aggresjon	Fysisk og verbal uro	Depresjonssymptomer	Angst	Agitasjon, opphisselse	Apati
Kognitiv terapi, CBT, ACT, MCT, DBT, Mindfulness og Atferdsterapi	-	-	Han 2022 (Mar 2021, ≤Lav kvalitet) Wang 2021 (Apr 2021, ≤Lav kvalitet) Orgeta 2022 (Feb 2021, Høy kvalitet) Watt 2021 (OND 2020, ≤Lav kvalitet) Nagaoka 2021 (JFM 2020) Shim 2021 (JFM 2020, ≤Lav kvalitet) Li 2021b (Okt 2019, ≤Lav kvalitet) Lee 2022 (JAS 2019, Kritisk lav kvalitet) O’Caoimh 2019 (OND 2018, ≤Lav kvalitet) Chiu 2018 (Mar 2018, ≤Lav kvalitet) Noone 2019 (2017) Carrion 2018 (2017, ≤Lav kvalitet) Park 2019 (før 2016)	Han 2022 (Mar 2021, ≤Lav kvalitet) Wang 2021 (Apr 2021, ≤Lav kvalitet) Orgeta 2022 (Feb 2021, Høy kvalitet) Nagaoka 2021 (JFM 2020) Shim 2021 (JFM 2020, ≤Lav kvalitet) Li 2021b (Okt 2019, ≤Lav kvalitet) Noone 2019 (2017, ≤Lav kvalitet) Carrion 2018 (2017, ≤Lav kvalitet)	Lee 2022 (JAS 2019, Kritisk lav kvalitet) O’Caoimh 2019 (OND 2018, ≤Lav kvalitet)	Carrion 2018 (2017, ≤Lav kvalitet)
Kognitiv stimulering	Watt 2019 (AMJ 2019)	-	Saragih 2022a (Okt 2021, Lav kvalitet) Watt 2021 (OND 2020, ≤Lav kvalitet)	Cafferata 2021 (AMJ 2018, Lav kvalitet)	Watt 2019 (AMJ 2019)	Carrion 2018 (2017, ≤Lav kvalitet)

			Lu 2022 (JAS 2020, ≤Lav kvalitet) Chan 2020 (AMJ 2019, Lav kvalitet) Yun 2022 (JFM 2019, ≤Lav kvalitet) Wong 2021 (JFM 2019, ≤Lav kvalitet) Wang 2022 (Desember 2018, Moderat kvalitet) Cafferata 2021 (AMJ 2018, Lav kvalitet) Carrion 2018 (2017, ≤Lav kvalitet)	Carrion 2018 (2017, ≤Lav kvalitet)		
Kognitiv rehabilitering			Chan 2020 (AMJ 2019, Lav kvalitet) Yun 2022 (JFM 2019, ≤Lav kvalitet) Wang 2022 (Desember 2018, Moderat kvalitet) Carrion 2018 (2017, ≤Lav kvalitet)	Carrion 2018 (2017, ≤Lav kvalitet)		Carrion 2018 (2017, ≤Lav kvalitet)
Kognitiv trening inklusive spill			Chan 2020 (AMJ 2019, lav kvalitet) Yun 2022 (JFM 2019, ≤Lav kvalitet) Wang 2022 (Desember 2018, Moderat kvalitet) Chiu 2018 (Mar 2018, ≤Lav kvalitet) Carrion 2018 (2017, ≤Lav kvalitet)	Carrion 2018 (2017, ≤Lav kvalitet)		Carrion 2018 (2017, ≤Lav kvalitet)
Kognitiv annet						
Virtuell kognitiv terapi			Chan 2020 (AMJ 2019, Lav kvalitet) Pang 2021 (2020, Moderat kvalitet)			
Reminisens terapi			Saragih 2022b (Apr 2021, Kritisk Lav kvalitet) Thomas 2021 (OND 2020, ≤Lav kvalitet) Watt 2021 (OND 2020, ≤Lav kvalitet) Li 2021b (Okt 2019, ≤Lav kvalitet) Lee 2022 (JAS 2019, Kritisk lav kvalitet) Chan 2020 (AMJ 2019, Lav kvalitet) Cafferata 2021 (AMJ 2018, Lav kvalitet) Chiu 2018 (Mar 2018, ≤Lav kvalitet) Duan 2018 (2017, ≤Lav kvalitet) O'Philbin 2018 (April 2017, ≤Lav kvalitet) Woods 2018 (2017, Høy kvalitet) Park 2019 (før 2016)	Cafferata 2021 (AMJ 2018, Lav kvalitet) Li 2021b (Okt 2019, ≤Lav kvalitet) Brown 2019 (2017) Woods 2018 (2017, Høy kvalitet)	Thomas 2021 (OND 2020, ≤Lav kvalitet) Lee 2022 (JAS 2019, Kritisk Lav kvalitet) Leng 2020 (JFM 2019) Woods 2018 (2017, Høy kvalitet) Ballard 2020 (før 2016)	Thomas 2021 (OND 2020, ≤Lav kvalitet) Woods 2018 (2017, Høy kvalitet)
Menneskelignende roboter			Ong 2021 (JAS 2020, ≤Lav kvalitet) Saragih 2021b (JFM 2020, Moderat kvalitet)	Ong 2021 (JAS 2020, ≤Lav kvalitet) Saragih 2021b (JFM 2020, Moderat kvalitet)	Ong 2021 (JAS 2020, ≤Lav kvalitet)	

					Saragih 2021b (JFM 2020, Moderat kvalitet)	
De-escalation	Spencer 2018 (2017, Høy kvalitet)				Spencer 2018 (2017, Høy kvalitet)	
Sansestimulering	Jao 2022 (JFM 2021, Lav kvalitet) Lourida 2020 (OND 2019, Moderat kvalitet)	Jao 2022 (JFM 2021, Lav kvalitet)	Jao 2022 (JFM 2021, Lav kvalitet) Li 2021b (Okt 2019, ≤Lav kvalitet) Masika 2020 (JAS 2019, Moderat kvalitet) Lee 2022 (JAS 2019, Kritisk lav kvalitet) O'Caoimh 2019 (OND 2018, ≤Lav kvalitet) Na 2019 (2017, Lav kvalitet) Deshmukh 2018 (2017) Duan 2018 (2017, ≤Lav kvalitet)	Jao 2022 (JFM 2021, Lav kvalitet) Lourida 2020 (OND 2019, Moderat kvalitet) Li 2021b (Okt 2019, ≤Lav kvalitet) Masika 2020 (JAS 2019, Moderat kvalitet) Na 2019 (2017, Lav kvalitet)	Jao 2022 (JFM 2021, Lav kvalitet) Li 2021a (OND 2020, Lav kvalitet) Ball 2020 (AMJ 2020, Høy kvalitet) Lourida 2020 (OND 2019, Moderat kvalitet) Lee 2022 (JAS 2019, Kritisk lav kvalitet) Zhao 2020 (JAS 2019) Leng 2020 (JFM 2019) O'Caoimh 2019 (OND 2018, ≤Lav kvalitet) Lu 2020 (2017) Na 2019 (2017, Lav kvalitet)	Jao 2022 (JFM 2021, Lav kvalitet) Deshmukh 2018 (2017)
Bruerskoler og demensskoler			Saragih 2021a (Mar 2021, ≤Lav kvalitet) Bennett 2019 (JFM 2018, Kritisk lav kvalitet)	Bennett 2019 (JFM 2018, Kritisk lav kvalitet)		
Musikkterapi	Watt 2019 (AMJ 2019)		Dorris 2021 (JFM 2021, Kritisk lav kvalitet) Lee 2022 (JAS 2019, Kritisk lav kvalitet) Na 2019 (2017, Lav kvalitet) Tsoi 2018 (Sep 2017, ≤Lav kvalitet) Noone 2019 (2Aug 2017, ≤Lav kvalitet) Van der S 2018 (Jun 2017, Høy kvalitet) Li 2019 (2016) Moreno-Morales 2020 (søkedato ikke oppgitt)	Dorris 2021 (JFM 2021, Kritisk lav kvalitet) Brown 2019 (2017) Na 2019 (2017, Lav kvalitet) Tsoi 2018 (2017, ≤Lav kvalitet) Noone 2019 (2017, ≤Lav kvalitet) Van der S 2018 (Jun 2017, Høy kvalitet)	Lee 2022 (JAS 2019, Kritisk lav kvalitet) Watt 2019 (AMJ 2019) Leng 2020 (JFM 2019) Feltherstonhaug 2019 (2017) Na 2019 (2017, Lav kvalitet) Tsoi 2018 (2017, ≤Lav kvalitet)	Tsoi 2018 (2017, ≤Lav kvalitet)

					Van der S 2018 (Jun 2017, Høy kvalitet)	
Sang og dans			Wang 2021 (JFM 2021, ≤Lav kvalitet) O'Caoimh 2019 (OND 2018, ≤Lav kvalitet) Van der S 2018 (Jun 2017, Høy kvalitet)	Wang 2021 (JFM 2021, ≤Lav kvalitet) Van der S 2018 (Jun 2017, Høy kvalitet)	Salihu 2021 (JFM 2021, ≤Lav kvalitet) O'Caoimh 2019 (OND 2018, ≤Lav kvalitet) Van der S 2018 (Jun 2017, Høy kvalitet)	
Dyreassistert terapi			Chen 2022 (OND 2021, Moderat kvalitet) Batubara 2022 (JAS 2021) Watt 2021 (OND 2020, ≤Lav kvalitet) Li 2021b Okt 2019, ≤Lav kvalitet) Park 2020 (JAS 2019, ≤Lav kvalitet) Lai 2019 (JAS 2019, Høy kvalitet) Zafra-Tanaka 2019 (JFM 2018)	Li 2021b Okt 2019, ≤Lav kvalitet)	Chen 2022 (OND 2021, Moderat kvalitet) Batubara 2022 (JAS 2021) Lai 2019 (JAS 2019) Park 2020 (JAS 2019, ≤Lav kvalitet) Leng 2020 (JFM 2019) Zafra-Tanaka 2019 (JFM 2018) Feltherstonhaug 2019 (2017)	Chen 2022 (OND 2021, Moderat kvalitet) Zafra-Tanaka 2019 (JFM 2018)
Dyrelignende roboter			Saragih 2021b (JFM 2020, Moderat kvalitet) Ong 2021 (JAS 2020, ≤Lav kvalitet) Park 2020 (JAS 2019, ≤Lav kvalitet) Leng 2019 (OND 2018, ≤Lav kvalitet)	Saragih 2021b (JFM 2020, Moderat kvalitet) Ong 2021 (JAS 2020, ≤Lav kvalitet) Brown 2019 (2017)	Saragih 2021b (JFM 2020, Moderat kvalitet) Ong 2021 (JAS 2020, ≤Lav kvalitet) Park 2020 (JAS 2019, ≤Lav kvalitet) Leng 2020 (JFM 2019) Leng 2019 (OND 2018, ≤Lav kvalitet)	
Multikomponente tiltak	Watt 2019 (AMJ 2019)		Watt 2021 (OND 2020, ≤Lav kvalitet) O'Caoimh 2019 (OND 2018, ≤Lav kvalitet) Chiu 2018 (Mar 2018, ≤Lav kvalitet) Noone 2019 (2017, ≤Lav kvalitet) Na 2019 (2017, Lav kvalitet) Carrion 2018 (2017, ≤Lav kvalitet)	Noone 2019 (2017, ≤Lav kvalitet) Na 2019 (2017, Lav kvalitet) Carrion 2018 (2017, ≤Lav kvalitet)	Manietta 2022 (JAS 2020, Høy kvalitet) O'Caoimh 2019 (OND 2018, ≤Lav kvalitet) Watt 2019 (AMJ 2019)	Carrion 2018 (2017, ≤Lav kvalitet)

			Park 2019 (før 2016, ≤Lav kvalitet)		Na 2019 (2017, Lav kvalitet)	
Persontrentert tilpasning	Lourida 2020 (OND 2019, Moderat kvalitet)		Watt 2021 (OND 2020, ≤Lav kvalitet) Lu 2021 (AMJ 2020, Kritisk lav kvalitet) Li 2021b (Okt 2019, ≤Lav kvalitet) Lee 2022 (JAS 2019, Kritisk lav kvalitet)	Li 2021b Okt 2019, ≤Lav kvalitet Lourida 2020 (OND 2019, Moderat kvalitet)	Lourida 2020 (OND 2019, Moderat kvalitet) Lee 2022 (JAS 2019, Kritisk lav kvalitet) Mohler 2020 (JAS 2019, Høy kvalitet) Leng 2020 (JFM 2019) Ballard 2020 (før 2016)	

Hovedutfall er uthevet; Grønn, høy kvalitet; Blå, moderat kvalitet; Rød, Lav eller kritisk lav kvalitet; Svart, ikke vurdert; JFM, jan-febr-mar; AMJ, apr-mai-jun; JAS, jul-aug-sept; OND, okt-nov-des

Oversikt over utfall knyttet til nevropsykiatriske symptomer, del 2

	Psykosesyntomer (vrangforestillinger og hallusinasjoner)	Manglende hverninger	Alvorlig atferdsmessige og psykologiske symptomer (APSD)	Utfordrende atferd	Andre utfall
Kognitiv terapi, CBT, ACT, MCT, DBT, Mindfulness og Atferdsterapi			Li 2021b (OND 2019, ≤Lav kvalitet) Lee 2022 (JAS 2019, Kritisk lav kvalitet) Chiu 2018 (Mar 2018, ≤Lav kvalitet) Carrion 2018 (2017, ≤Lav kvalitet) Park 2019 (før 2016, ≤Lav kvalitet)		
Kognitiv stimulering			Saragih 2022a (Okt 2021, Lav kvalitet) Chen 2019 (AMJ 2019, ≤Lav kvalitet) Wang 2022 (Des 2018, Moderat kvalitet) Cafferata 2021 (AMJ 2018, Lav kvalitet) Bahar-F 2019 (Jul 2018, Høy kvalitet) Carrion 2018 (2017, ≤Lav kvalitet)		
Kognitiv rehabilitering			Wang 2022 (Des 2018, Moderat kvalitet) Bahar-F 2019 (Jul 2018, Høy kvalitet) Carrion 2018 (2017, ≤Lav kvalitet)		
Kognitiv trening inklusive spill			Wang 2022 (Des 2018, Moderat kvalitet) Bahar-F 2019 (Jul 2018, Høy kvalitet)		

			Chiu 2018 (JFM 2018, ≤Lav kvalitet) Carrion 2018 (2017, ≤Lav kvalitet) -Liang 2018 (2017, ≤Lav kvalitet)		
Kognitiv annet	-	-	-	-	-
Virtuell kognitiv terapi	-	-	Di Lorito 2022 (OND 2021, Lav kvalitet) Liang 2018 (2017, ≤Lav kvalitet)	-	-
Reminisens terapi	-	-	Saragih 2022b (Apr 2021, Kritisk Lav kvalitet) Li 2021b (Okt 2019, ≤Lav kvalitet) Lee 2022 (Sep 2019, Kritisk lav kvalitet) Cafferata 2021 (AMJ 2018, Lav kvalitet) Chiu 2018 (Mar 2018, ≤Lav kvalitet) Duan 2018 (2017, ≤Lav kvalitet) Woods 2018 (2017, Høy kvalitet) Park 2019 (før 2016, ≤Lav kvalitet) Ballard 2020 (før 2016)	-	-
Menneskelignende roboter	-	-	Ong 2021 (JAS 2020, ≤Lav kvalitet) Saragih 2021b (JFM 2020, Moderat kvalitet)	-	-
De-escalation	-	-	Spencer 2018 (2017, Høy kvalitet)	-	-
Sansestimulering	-	-	Jao 2022 (JFM 2021, Lav/kritisk lav kvalitet) Ball 2020 (AMJ 2020, Høy kvalitet) Li 2021a (OND 2020, Lav kvalitet) Lourida 2020 (OND 2019, Moderat kvalitet) Li 2021b (Okt 2019, ≤Lav kvalitet) Lee 2022 (Sep 2019, Kritisk lav kvalitet) Na 2019 (2017, Lav kvalitet) Duan 2018 (2017)	-	-
Brukerskoler og demensskoler	-	-	Saragih 2021a (Mar 2021, ≤Lav kvalitet) Bennett 2019 (JFM 2018, Kritisk lav kvalitet)	-	-
Musikkterapi	-	-	Lee 2022 (Sep 2019, Kritisk lav kvalitet) Na 2019 (2017, Lav kvalitet) Tsoi 2018 (2017, ≤Lav kvalitet) Van der S 2018 (2017, Høy kvalitet) Liang 2018 (2017, ≤Lav kvalitet) Li 2019 (2016)	Tsoi 2018 (2017, ≤Lav kvalitet) Van der S 2018 (2017, Høy kvalitet)	-
Sang og dans	Ruiz-Muelle 2019 (2018, Moderat kvalitet)	-	Van der S 2018 (2017, Høy kvalitet)	Van der S 2018 (2017, Høy kvalitet)	-
Dyreassistert terapi	-	-	Chen 2022 (OND 2021, Moderat)	-	-

			Batubara 2022 (JAS 2021) Li 2021b (Okt 2019, ≤Lav kvalitet) Lai 2019 (JAS 2019)		
Dyrelignende roboter			Ong 2021 (JAS 2020, ≤Lav kvalitet) Saragih 2021b (Jan 2020, Moderat kvalitet) Leng 2019 (OND 2019)		
Multikomponente tiltak			Di Lorito 2022 (OND 2021, Lav kvalitet) Chiu 2018 (Mar 2018, ≤Lav kvalitet) Na 2019 (2017, Lav kvalitet) Carrion 2018 (2017, ≤Lav kvalitet) Park 2019 (før 2016, ≤Lav kvalitet)	Manietta 2022 (JAS 2020, Høy kvalitet)	
Persontrentert tilpasning			Lu 2021 (AMJ 2020, Kritisk lav kvalitet) Lourida 2020 (OND 2019, Moderat kvalitet) Li 2021b (Okt 2019, ≤Lav kvalitet) Mohler 2020 (JAS 2019, Høy kvalitet) Lee 2022 (Sep 2019, Kritisk lav kvalitet) Ballard 2020 (før 2016)	Lu 2021 (AMJ 2020, Kritisk lav kvalitet) Mohler 2020 (JAS 2019, Høy kvalitet)	Mohler 2020 (JAS 2019, Høy kvalitet)

Hovedutfall er uthevet; Grønn, høy kvalitet; Blå, moderat kvalitet; Rød, Lav eller kritisk lav kvalitet; Svart, ikke vurdert; JFM, jan-febr-mar; AMJ, apr-mai-jun; JAS, jul-aug-sept; OND, okt-nov-des

Oversikt over utfall knyttet til daglig funksjon

Tiltak	Daglig funksjon	Resilience	Andre utfall til diskusjon
Kognitiv terapi, CBT, ACT, MCT, DBT, Mindfulness og Atferdsterapi	Orgeta 2022 (Feb 2021, Høy kvalitet) Li 2021b (OND 2019, ≤Lav kvalitet) Herke 2018 (Jan 2018, Høy kvalitet) Carrion 2018 (des 2017, ≤Lav kvalitet)	Wang 2021 (Apr 2021, ≤Lav kvalitet)	Wang 2021 (Apr 2021, ≤Lav kvalitet)
Kognitiv stimulering	Yun 2022 (JFM 2019, ≤Lav kvalitet) Wang 2022 (Des 2018, Moderat kvalitet) Cafferata 2021 (AMJ 2018, Lav kvalitet) Bahar-Fuchs 2019 (Jul 2018, Høy kvalitet) Scott 2019 (AMJ 2018, Høy kvalitet) Silva 2020 (JFM 2018) Carrion 2018 (des 2017, ≤Lav kvalitet) Oltra-Curcarella 2018 (mai 2016)		Silva 2020 (JFM 2018)
Kognitiv rehabilitering	Yun 2022 (JFM 2019, ≤Lav kvalitet) Wang 2022 (Des 2018, Moderat kvalitet)		Silva 2020 (JFM 2018)

	Bahar-F 2019 (Jul 2018, Høy kvalitet) Scott 2019 (AMJ 2018, Moderat kvalitet) Silva 2020 (JFM 2018) Carrion 2018 (des 2017, ≤Lav kvalitet) Oltra-Curcarella 2018 (mai 2016)		
Kognitiv trening inklusive spill	Yun 2022 (JFM 2019≤Lav kvalitet) Wang 2022 (Des 2018, Moderat kvalitet) Bahar-F 2019 (Jul 2018, Høy kvalitet) Silva 2020 (JFM 2018) Carrion 2018 (des 2017, ≤Lav kvalitet) Oltra-Curcarella 2018 (mai 2016)		Silva 2020 (JFM 2018)
Kognitiv annet			
Virtuell kognitiv terapi	Di Lorito 2022 (OND 2021, Lav kvalitet) Lee 2021 (JFM 2020, ≤Lav kvalitet)		Lee 2021 (JFM 2020, ≤Lav kvalitet)
Reminisens terapi	Saragih 2022b (Apr 2021, Kritisk lav kvalitet) Li 2021b (okt 2019≤Lav kvalitet) Cafferata 2021 (AMJ 2018, Lav kvalitet) Scott 2019 (AMJ 2018, Moderat kvalitet) Duan 2018 (2017, ≤Lav kvalitet) Woods 2018 (2017, Høy kvalitet)		Thomas 2021 (OND 2020 ≤Lav kvalitet)
Menneskelignende roboter			Ong 2021 (JAS 2020, ≤Lav kvalitet)
De-escalation			
Sansestimulering	Li 2021b (okt 2019≤Lav kvalitet) Ball 2020 (AMJ 2020, Høy kvalitet) Herke 2018 (JFM 2018, Høy kvalitet) Duan 2018 (aug 2017, ≤Lav kvalitet) Na 2019 (apr 2017, Lav kvalitet)		Lourida 2020 (Okt 2019, Moderat kvalitet) Zhao 2020 (JAS 2019) Lu 2020 (aug 2017)
Bruerskoler og demensskoler	Scott 2019 (AMJ 2018, Moderat kvalitet) Bennett 2019 (febr 2018, Kritisk lav kvalitet) Herke 2018 (jan 2018, Høy kvalitet)		
Musikkterapi	Wang 2020 (des 2017, ≤Lav kvalitet) Na 2019 (apr 2017, Lav kvalitet)		Dorris 2021 (JFM 2021, kritisk lav kvalitet) Fetherstonhaugh 2019 (jan 2017)
Sang og dans	Salihu 2021a (Mar 2021, ≤Lav kvalitet) Ruiz-Muelle 2019 (2018, Moderat kvalitet)		
Dyreassistert terapi	Chen 2022 (OND 2021, Moderat) Batubara 2022 (juli 2021) Li 2021b (okt 2019≤Lav kvalitet)		Fetherstonhaugh 2019 (jan 2017)

	Lai 2019 (JAS 2019) Zafra-Tanaka 2019 (JFM 2018)		
Dyrelignende roboter			Ong 2021 (JAS 2020, ≤Lav kvalitet)
Multikomponente tiltak	Di Lorito 2022 (OND 2021, Lav kvalitet) Ali 2022 (JAS 2020, Moderat kvalitet) Ham 2021 (JAS 2020, ≤Lav kvalitet) Scott 2019 (AMJ 2018, Moderat kvalitet) Luker 2019 (JFM 2018, Kritisk kvalitet) Carrion 2018 (des 2017, ≤Lav kvalitet) Na 2019 (apr 2017, Lav kvalitet)		
Persontentrert tilpasning	Li 2021b (okt 2019≤Lav kvalitet)		Lu 2021 (AMJ 2020) Lourida 2020 (Okt 2019, Moderat kvalitet)

Hovedutfall er uthevet; Grønn, høy kvalitet; Blå, moderat kvalitet; Rød, Lav eller kritisk lav kvalitet; Svart, ikke vurdert; JFM, jan-febr-mar; AMJ, apr-mai-jun; JAS, jul-aug-sept; OND, okt-nov-des;

Oversikt over utfall knyttet til livskvalitet

Tiltak	Livskvalitet	Smerte	Søvn	Andre til diskusjon
Kognitiv terapi, CBT, ACT, MCT, DBT, Mindfulness og Atferdsterapi	Wang 2021 (Apr 2021, ≤Lav kvalitet) Orgeta 2022 (JFM 2021, Høy kvalitet) Han 2022 (JFM 2021, ≤Lav kvalitet) Shim 2021 (JFM 2020, ≤Lav kvalitet) Herke 2018 (JFM 2018, Høy kvalitet) Carrion 2018 (søk 2017, ≤Lav kvalitet) Park 2019 (før 2016)	Liao 2021 (AMJ 2021)	Blackman 2021 (JAS 2020) O'Caoimh 2019 (OND 2018, ≤Lav kvalitet)	-
Kognitiv stimulering	Sun 2022 (JFM 2021, Lav kvalitet) Lu 2022 (JAS 2020, ≤Lav kvalitet) Lee 2022 (JAS 2019, Kritisk lav kvalitet) Yun 2022 (JFM 2019, ≤Lav kvalitet) Wong 2021 (JFM 2019, >lav kvalitet) Wang 2022 (OND 2018, Moderat kvalitet) Cafferata 2021 (AMJ 2018, Lav kvalitet) Silva 2020 (JFM 2018)	-	-	Lu 2022 (JAS 2020, ≤Lav kvalitet) Bahar-F 2019 (Jul 2018 jv&v, Høy kvalitet)
Kognitiv rehabilitering	Yun 2022 (JFM 2019, ≤Lav kvalitet) Wang 2022 (OND 2018, Moderat kvalitet) Silva 2020 (JFM 2018) Carrion 2018 (søk 2017, ≤Lav kvalitet)	-	-	Bahar-F 2019 (Jul 2018, Høy kvalitet)

Kognitiv trening inklusive spill	Yun 2022 (JFM 2019, ≤Lav kvalitet) Wang 2022 (OND 2018, Moderat kvalitet) Silva 2020 (JFM 2018) Carrion 2018 (søk 2017, ≤Lav kvalitet)	Liao 2021 (AMJ 2021)	-	Bahar-F 2019 (Jul 2018 Høy kvalitet)
Kognitiv annet	-	-	-	-
Virtuell kognitiv terapi	-	-	-	-
Reminisens terapi	Saragih 2022b (Apr 2021, Kritisk lav kvalitet) Thomas 2021 (OND 2020≤Lav kvalitet) Cafferata 2021 (AMJ 2018, Lav kvalitet) Duan 2018 (August 2017, ≤Lav kvalitet) O'Philbin 2018 (April 2017, ≤Lav kvalitet) Woods 2018 (2017, Høy kvalitet) Park 2019 (før 2016)	-	-	Saragih 2022b (Apr 2021, Kritisk lav kvalitet)
Menneskelignende roboter	Ong 2021 (JAS 2020, ≤Lav kvalitet) Saragih 2021b (JFM 2020, Moderat kvalitet)	Liao 2021 (AMJ 2021)	Saragih 2021b (JFM 2020, Moderat kvalitet)	-
De-escalation	Spencer 2018 (2017jv&v, Høy kvalitet)	-	-	-
Sansestimulering	Ball 2020 (AMJ 2020, Høy kvalitet) Lourida 2020 (Okt 2019, Moderat kvalitet) Li 2021b (Okt 2019, ≤Lav kvalitet) Herke 2018 (JFM 2018, Høy kvalitet) Na 2019 (2017, Lav kvalitet) Deshmukh 2018 (2017) Duan 2018 (2017, ≤Lav kvalitet)	Liao 2021 (AMJ 2021) Pu 2019 (AMJ 2018)	Blackman 2021 (JAS 2020) Ball 2020 (AMJ 2020, Høy kvalitet) O'Caoimh 2019 (Okt 2018, ≤Lav kvalitet)	-
Brukerskoler og demensskoler	Saragih 2021a (Mar 2021, ≤Lav kvalitet) Lee 2020 (OND 2019, Kritisk lav kvalitet) Bennett 2019 (Feb 2018, Kritisk lav kvalitet) Herke 2018 (Jan 2018, Høy kvalitet)	-	-	-
Musikkterapi	Dorris 2021 (JFM 2021, ≤Lav kvalitet) Wang 2020 (2017, ≤Lav kvalitet) Na 2019 (2017, Lav kvalitet) Van der S 2018 (2017, Høy kvalitet) Moreno-M 2020 (ikke oppgitt)	Liao 2021 (AMJ 2021) Pu 2019 (AMJ 2018)	-	-
Sang og dans	Lyons 2018 (2017, Moderat kvalitet) Van der S 2018 (2017, Høy kvalitet) Ruiz-Muelle 2019 (2018, Moderat kvalitet)	Liao 2021 (AMJ 2021)	O'Caoimh 2019 (Okt 2018, ≤Lav kvalitet)	-
Dyreassistert terapi	Chen 2022 (OND 2021, Moderat kvalitet) Batubara 2022 (JAS 2021)	-	-	-

	Park 2020 (JAS 2019, ≤Lav kvalitet) Lai 2019 (JAS 2019) Zafra-T 2019 (JFM 2018)			
Dyrelignende roboter	Ong 2021 (JAS 2020, ≤Lav kvalitet) Saragih 2021b (JFM 2020, Moderat kvalitet) Leng 2019 (OND 2019) Park 2020 (JAS 2019, ≤Lav kvalitet)	-	Saragih 2021b (JFM 2020, Moderat kvalitet)	-
Multikomponente tiltak	Manietta 2022 (JAS 2020, Høy kvalitet) Park 2020 (JAS 2019, ≤Lav kvalitet) Luker 2019 (JFM 2018, Kritisk lav) Na 2019 (2017, Lav kvalitet) Carrion 2018 (søk 2017, ≤Lav kvalitet)	Manietta 2022 (JAS 2020, Høy kvalitet)	O' Caoimh 2019 (Okt 2018, ≤Lav kvalitet)	Manietta 2022 (JAS 2020, Høy kvalitet)
Persontrentert tilpasning	Lu 2021 (AMJ 2020, ≤Lav kvalitet) Lourida 2020 (Okt 2019, Moderat kvalitet) Lee 2022 (Sep 2019, Kritisk lav kvalitet) Mohler 2020 (JAS 2019, Høy kvalitet)	Liao 2021 (AMJ 2021)	Mohler 2020 (JAS 2019, Høy kvalitet)	

Hovedutfall er uthevet; Grønn, høy kvalitet; Blå, moderat kvalitet; Rød, Lav eller kritisk lav kvalitet; Svart, ikke vurdert; JFM, jan-febr-mar; AMJ, apr-mai-jun; JAS, jul-aug-sept; OND, okt-nov-des

Oversikt over utfall knyttet til behov for heldøgnssorg

Tiltak	Behov for heldøgnssorg	Andre utfall til diskusjon
Kognitiv terapi, CBT, ACT, MCT, DBT, Mindfulness og Atferdsterapi		Packer 2019 (OND 2018, ≤Lav kvalitet)
Kognitiv stimulering	Lee 2020 (OND 2019, Kritisk lav kvalitet)	
Kognitiv rehabilitering		
Kognitiv trening inklusive spill		
Kognitiv annet		
Virtuell kognitiv terapi		
Reminisens terapi		Packer 2019 (OND 2018, ≤Lav kvalitet)
Menneskelignende roboter		
De-escalation		
Sansestimulering		
Brukerskoler og demensskoler	Lee 2020 (OND 2019, Kritisk lav kvalitet)	Packer 2019 (OND 2018, ≤Lav kvalitet)
Musikkterapi		
Sang og dans		

Dyreassistert terapi		Lai 2019 (JAS 2019, Høy Kvalitet)
Dyrelignende roboter		
Multikomponente tiltak	Lee 2020 (OND 2019, Kritisk lav kvalitet) Luker 2019 (JFM 2018, Kritisk lav kvalitet)	Packer 2019 (OND 2018, ≤Lav kvalitet)
Personsentrert tilpasning	Lee 2020 (OND 2019, Kritisk lav kvalitet)	Packer 2019 (OND 2018, ≤Lav kvalitet)

Hovedutfall er uthevet; **Grønn, høy kvalitet**; **Blå, moderat kvalitet**; **Rød, Lav eller kritisk lav kvalitet**; Svart, ikke vurdert; JFM, jan-febr-mar; AMJ, apr-mai-jun; JAS, jul-aug-sept; OND, okt-nov-des

Oversikt over utfall knyttet til pårørende

Tiltak	Livskvalitet	Angst	Depresjonssymptomer	Omsorgsbyrde
Kognitiv terapi, CBT, ACT, MCT, DBT, Mindfulness og Atferdsterapi	Shim 2021 (JFM 2020, ≤Lav kvalitet) Carrion 2018 (des 2017, ≤Lav kvalitet)	Shim 2021 (JFM 2020, ≤Lav kvalitet)	Orgeta 2022 (Feb 2021, Høy kvalitet) Shim 2021 (JFM 2020)	Orgeta 2022 (Feb 2021, Høy kvalitet) Shim 2021 (JFM 2020, ≤Lav kvalitet) Carrion 2018 (des 2017, ≤Lav kvalitet)
Kognitiv stimulering	Lee 2020 (OND 2019, Kritisk lav kvalitet) Bahar-Fuchs 2019 (Jul 2018, Høy kvalitet) Carrion 2018 (des 2017, ≤Lav kvalitet)	Bahar-Fuchs 2019 (Jul 2018, Høy kvalitet)	Bahar-Fuchs 2019 (Jul 2018, Høy kvalitet)	Bahar-Fuchs 2019 (Jul 2018, Høy kvalitet) Carrion 2018 (des 2017, ≤Lav kvalitet)
Kognitiv rehabilitering	Bahar-Fuchs 2019 (Jul 2018, Høy kvalitet) Carrion 2018 (des 2017, ≤Lav kvalitet)	Bahar-Fuchs 2019 (Jul 2018, Høy kvalitet)	Bahar-Fuchs 2019 (Jul 2018, Høy kvalitet)	Bahar-Fuchs 2019 (Jul 2018, Høy kvalitet) Carrion 2018 (des 2017, ≤Lav kvalitet)
Kognitiv trening inklusive spill	Bahar-Fuchs 2019 (Jul 2018, Høy kvalitet) Carrion 2018 (des 2017, ≤Lav kvalitet)	Bahar-Fuchs 2019 (Jul 2018, Høy kvalitet)	Bahar-Fuchs 2019 (Jul 2018, Høy kvalitet)	Bahar-Fuchs 2019 (Jul 2018, Høy kvalitet) Carrion 2018 (des 2017, ≤Lav kvalitet)
Kognitiv annet				
Virtuell kognitiv terapi				
Reminisens terapi				
Menneskelignende roboter				
De-escalation				
Sansestimulering	Ball 2020 (AMJ 2020, Høy kvalitet)			Ball 2020 (AMJ 2020, Høy kvalitet)

Bruerskoler og demensskoler	Lee 2020 (OND 2019, Kritisk lav kvalitet) Bennett 2019 (Feb 2018, Kritisk lav kvalitet)		Bennett 2019 (Feb 2018, Kritisk lav kvalitet)	Saragih 2021a (Mar 2020, ≤Lav kvalitet) Bennett 2019 (Feb 2018, Kritisk lav kvalitet)
Musikkterapi				
Sang og dans				Ruiz-Muelle 2019 (2018, Moderat kvalitet)
Dyreassistert terapi	Lai 2019 (JAS 2019, Høy kvalitet)			
Dyrelignende roboter				
Multikomponente tiltak	Lee 2020 (OND 2019, Kritisk lav kvalitet) Carrion 2018 (des 2017, ≤Lav kvalitet)			Carrion 2018 (des 2017, ≤Lav kvalitet)
Persontrentert tilpasning	Lee 2020 (OND 2019, Kritisk lav kvalitet) Mohler 2020 (JAS 2019, Høy kvalitet)	Mohler 2020 (JAS 2019, Høy kvalitet)	Mohler 2020 (JAS 2019, Høy kvalitet)	Mohler 2020 (JAS 2019, Høy kvalitet)

Hovedutfall er uthevet; Grønn, høy kvalitet; Blå, moderat kvalitet; Rød, Lav eller kritisk lav kvalitet; Svart, ikke vurdert; JFM, jan-febr-mar; AMJ, apr-mai-jun; JAS, jul-aug-sept; OND, okt-nov-des

Vedlegg 5: Oversikt over tiltak og utfall i de inkluderte systematiske oversiktene

Oversikt over tiltak og utfall i de inkluderte systematiske oversiktene. Oversikter av høy kvalitet vises i **grønn farge** mens oversikter av moderat kvalitet vises i **blå farge**. De syv hovedutfallene er **uthevet**.

Systematisk oversikt (søkedato)	Hukommelse	Orienteringsevne	Kommunikasjonsevne, språk	Evne til resonnering	Generell kognisjon	Aggresjon	Fysisk og verbal uro	Depresjonssymptomer	Angst	Agitasjon, opphisselse	Apati	Psykosesyntomer	Manglende hemninger	APSD	Ulfordrende atferd	Daglig funksjon	Resilience	Livskvalitet	Smerte	Søvn	Behov for heldøgnsomsorg	Pårørende livskvalitet	Pårørende angst	Pårørende depresjon	Pårørende omsorgsbyrde
Kognitiv terapi																									
Orgeta 2022 (Feb 2021)	-	-	-	-	X	-	-	X	X	-	-	-	-	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-	X	X
Herke 2018 (Januar 2018)	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-
Kognitiv stimulering																									
Wang 2022 (Des 2018)	X	-	-	-	X	-	-	X	-	-	-	-	-	X	-	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-
Bahar-F 2019 (Jul 2018)	X	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-	X	-	X	-	-	-	X	X	X	X
Scott 2019 (Mai 2018)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kognitiv rehabilitering																									
Wang 2022 (Des 2018)	X	-	-	-	X	-	-	X	-	-	-	-	-	X	-	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-

Bahar-F 2019 (Jul 2018)	X	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-	X	X	X	X	
Scott 2019 (Mai 2018)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Kognitiv trening																											
Wang 2022 (Des 2018)	X	-	-	-	X	-	-	X	-	-	-	-	-	-	X	-	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-
Bahar-F 2019 (Jul 2018)	X	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-	-	X	X	X	X
Virtuell kognitiv trening																											
Pang 2021 (2020)	X	-	-	-	X	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Reminisens terapi																											
Scott 2019 (Mai 2018)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Woods 2018 (2017)	-	-	X	-	X	-	-	X	X	X	X	-	-	-	-	-	X										
Deeskalering																											
Spencer 2018 (2017)	-	-	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-
Sansestimulering																											
Ball 2020 (Mai 2020)	-	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-	-	-	X
Lourida 2020 (Okt 2019)	-	-	X	-	-	X	-	-	X	X	-	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-
Masika 2020 (Sep 2019)	X	-	-	-	X	-	-	*	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Herke 2018 (Januar 2018)	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-
Brukerskoler og demensskoler																											
Scott 2019 (Mai 2018)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Herke 2018 (Januar 2018)	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-
Musikkterapi																											
Van der S 2018 (2017)	-	-	X	-	X	-	-	X	X	X	-	-	-	-	X	X	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-
Sang og dans																											
Lyons 2018 (2017)	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-
Ruiz-Muelle 2019 (2000)	X	-	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-	X
Dyreassistert terapi																											
Chen 2022 (Nov 2021)	-	-	-	-	-	-	-	X	-	X	X	-	-	-	X	-	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-
Lai 2019 (Sept 2019)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	X	-	-	-
Terapi med menneskelignende og dyrelignende roboter																											
Saragih 2021b (Jan 2020)	-	-	-	-	X	-	-	X	X	X	-	-	-	-	X	-	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-	-
Multikomponente tiltak																											

Ali 2022 (JAS 2020)	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-
Manietta 2022 (JAS 2020)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	X	X	-	-	-	-	-
Scott 2019 (AMJ 2018)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-
Personsentret tilpasning																								
Lourida 2020 (Okt 2019)	-	-	X	-	-	X	-	-	X	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-
Mohler 2020 (Sept 2019)	-	-	-	-	-	-	-	X	-	X	-	-	-	X	X	-	-	X	-	X	-	X	X	X

Grønn, høy kvalitet; Blå, moderat kvalitet; *, Vi bruker ikke resultater for utfallet depresjonssymptomer fra Masika 2020 fordi forfatterne har brukt data fra forskjellige måletidspunkt som uavhengige studier i metaanalysen for dette utfallet.

Utgitt av Folkehelseinstituttet

Desember 2022

Postboks 4404 Nydalen

NO-0403 Oslo

Telefon: 21 07 70 00

Rapporten kan lastes ned gratis fra

Folkehelseinstituttets nettsider

www.fhi.no