

# Effekt av psykologiske tiltak for personer med demens

Rapport fra Kunnskapssenteret nr 28-2014

Systematisk oversikt over oversikter



 kunnskapssenteret

Det finnes omtrent 70 000 personer med demens i Norge. Demens er vanligvis en sykdom forverrer seg og forekomsten stiger med økende alder. Over halvparten av personer med demens bor hjemme. Om lag 80 prosent av alle beboere i sykehjem har en demenslidelse. • Vi har oppsummert resultater fra Cochranes oversikter om effekt av psykologiske tiltak for personer med demens på utfallene: kognisjon, atferdsproblemer, depresjon, angst, livskvalitet, daglig funksjonsevne, heldøgnsomsorg og utfall målt på pårørende. Oppsummeringen skal brukes i Helsedirektoratets arbeid med å utvikle en kunnskapsbasert veileder/retningslinje for behandlingen av personer med demens. • Vi inkluderte åtte systematiske oversikter med funn fra 61 enkeltstudier. Vi sorterte oversiktene i tre kategorier. Dokumentasjonen viser: 1. Tiltak rettet mot kognitive symptomer og opprettholdelse av funksjonsevne hos personer med demens: • Kognitiv stimulering gir trolig bedre kognitiv funksjonsevne og bedre livskvalitet sammenlignet med vanlig oppfølging. Forskjellen mellom gruppene

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten  
Postboks 7004, St. Olavsplass  
N-0130 Oslo  
(+47) 23 25 50 00  
www.kunnskapssenteret.no  
Rapport: ISBN 978-82-8121-927-4 ISSN 1890-1298

nr 28-2014

 kunnskapssenteret

var ikke statistisk signifikant ved oppfølging etter tre måneder.

- Kognitiv trening og rehabilitering, erindringsterapi og valideringsterapi har muligens liten eller ingen effekt.
  - Vi kan ikke konkludere om musikkterapi og sansestimulering har effekt, fordi dokumentasjonen er av svært lav kvalitet.
2. Tiltak rettet mot utfordrende atferd hos personer med demens:
- Funksjonell analyse har trolig liten eller ingen effekt på atferdsproblemer og depresjon, eller på omsorgsbyrde og depresjon hos pårørende.
3. Tiltak rettet mot angst og depresjon hos personer med demens:
- Psykologiske tiltak spesielt rettet mot angst og depresjon gir trolig noe mindre depresjon og muligens noe mindre angst, men har trolig liten eller ingen effekt på kognitiv funksjonsevne eller på depresjon hos pårørende.
  - Det mangler dokumentasjon på flere sentrale endepunkter for mange av sammenligningene. Det er gjennomgående mangel på oppsummert forskning om tiltakene påvirker heldøgnssorg.

<b>Tittel</b>	Effekt av psykologiske tiltak for personer med demens
<b>English title</b>	Effect of psychological interventions for people with dementia
<b>Institusjon</b>	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
<b>Ansvarlig</b>	Magne Nylenna, direktør
<b>Forfattere</b>	Dahm, Kristin Thuve, <i>prosjektleder, forsker, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten</i> Dalsbø, Therese Kristine, <i>seniorrådgiver, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten</i> Håvelsrud, Kari, <i>seniorrådgiver, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten</i> Reinar, Liv Merete, <i>seksjonsleder, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten</i>
<b>ISBN</b>	978-82-8121-927-4
<b>ISSN</b>	1890-1298
<b>Rapport</b>	Nr 28 – 2014
<b>Prosjektnummer</b>	796
<b>Publikasjonstype</b>	Systematisk oversikt over oversikter
<b>Antall sider</b>	54 (63 inklusiv vedlegg)
<b>Oppdragsgiver</b>	Helsedirektoratet
<b>Emneord(MeSH)</b>	Dementia
<b>Sitering</b>	Dahm KT, Dalsbø TK, Håvelsrud K, Reinar LM. Effekt av psykologiske tiltak for personer med demens. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 27–2014. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2014.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fremskaffer og formidler kunnskap om effekt av metoder, virkemidler og tiltak og om kvalitet innen alle deler av helsetjenesten. Målet er å bidra til gode beslutninger slik at brukerne får best mulig helsetjenester. Kunnskapssenteret er formelt et forvaltningsorgan under Helsedirektoratet, men har ingen myndighetsfunksjoner og kan ikke instrueres i faglige spørsmål.

Kunnskapssenteret vil takke Rigmor Berg, Eva Pike, Anne Marie Mork Rokstad og Kia Minna Johanna Hynninen for å ha bidratt med sin ekspertise i dette prosjektet. Kunnskapssenteret tar det fulle ansvaret for synspunktene som er uttrykt i rapporten.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten  
Oslo, desember 2014

# Hovedfunn

Det finnes omtrent 70 000 personer med demens i Norge. Demens er vanligvis en sykdom forverrer seg og forekomsten stiger med økende alder. Over halvparten av personer med demens bor hjemme. Om lag 80 prosent av alle beboere i sykehjem har en demenslidelse.

Vi har oppsummert resultater fra Cochrane-oversikter om effekt av psykologiske tiltak for personer med demens på utfallene: kognisjon, atferdsproblemer, depresjon, angst, livskvalitet, daglig funksjonsevne, heldøgnsomsorg og utfall målt på pårørende. Oppsummeringen skal brukes i Helsedirektoratets arbeid med å utvikle en kunnskapsbasert veileder/retningslinje for behandlingen av personer med demens.

Vi inkluderte åtte systematiske oversikter med funn fra 61 enkeltstudier. Vi sorterte oversiktene i tre kategorier. Dokumentasjonen viser at:

1. Tiltak rettet mot kognitive symptomer og opprettholdelse av funksjonsevne hos personer med demens:

- Kognitiv stimulering gir trolig bedre kognitiv funksjonsevne og bedre livskvalitet sammenlignet med vanlig oppfølging. Forskjellen mellom gruppene var ikke statistisk signifikant ved oppfølging etter tre måneder.
- Kognitiv trening og rehabilitering, erindringsterapi og valideringsterapi har muligens liten eller ingen effekt.
- Vi kan ikke konkludere om musikkterapi og sansestimulering har effekt, fordi dokumentasjonen er av svært lav kvalitet.

2. Tiltak rettet mot utfordrende atferd hos personer med demens:

- Funksjonell analyse har trolig liten eller ingen effekt på atferdsproblemer og depresjon, eller på omsorgsbyrde og depresjon hos pårørende.

## Tittel:

Effekt av psykologiske tiltak for personer med demens

## Publikasjonstype:

### Oversikt over systematiske oversikter

En systematisk oversikt er resultatet av å

- innhente
- kritisk vurdere og
- sammenfatte relevante forskningsresultater ved hjelp av forhåndsdefinerte og eksplisitte metoder

## Svarer ikke på alt:

Oppsummerer ikke funn fra andre studier enn de som er inkludert i eksisterende systematiske oversikter

- Ingen helseøkonomiske evalueringer
- Ingen anbefalinger

## Hvem står bak denne publikasjonen?

Kunnskapssenteret har gjennomført oppdraget etter forespørsel fra Helsedirektoratet

## Når ble litteratursøket utført?

Søk etter studier ble avsluttet april, 2014.

## Fagfeller:

Anne Marie Mork Rokstad, forsker, Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse

Kia Minna Johanna Hynninen, førtseamanuensis, institutt for klinisk psykologi, Universitet i Bergen

### 3. Tiltak rettet mot angst og depresjon hos personer med demens:

- Psykologiske tiltak spesielt rettet mot angst og depresjon gir trolig noe mindre depresjon og muligens noe mindre angst, men har trolig liten eller ingen effekt på kognitiv funksjonsevne eller på depresjon hos pårørende.

Det mangler dokumentasjon på flere sentrale endepunkter for mange av sammenligningene. Det er gjennomgående mangel på oppsummert forskning om tiltakene påvirker heldøgnssorg.

---

# Sammendrag

---

## Bakgrunn

---

Det fantes omtrent 70 000 personer med demens i Norge i 2011 og forekomsten stiger med økende alder. Over halvparten av personer med demens bor hjemme og om lag 80 prosent av alle beboere i sykehjem har en demenslidelse. Demens er en sykdom som forverres. Dersom forekomsten av demenssykdommer holder seg på dagens nivå, vil antall personer med demens være fordoblet til ca. 140 000 innen 2040. I en nyere britisk retningslinje anbefales en rekke ikke-medikamentelle tiltak for personer med demens. Det anbefales blant annet psykologiske tiltak, fysisk aktivitet og pleie- og omsorgstiltak.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fikk i oppdrag fra Helsedirektoratet å oppsummere tilgjengelig forskning om behandlingseffekter av ikke-medikamentelle tiltak for personer med demens, definert som psykologiske tiltak, fysisk aktivitet og pleie- og omsorgstiltak. I denne rapporten har vi kun oppsummert allerede oppsummert forskning om psykologiske tiltak, og vi har en vid forståelse av begrepet psykologiske tiltak. Oppsummeringen er ment å inngå som dokumentasjonsgrunnlag for arbeidet med en ny nasjonal veileder/retningslinje for behandlingen av personer med demens.

---

## Metode

---

Vi utarbeidet en oversikt over Cochrane-oversikter av høy kvalitet. Arbeidsformen baserte seg på rådene fra Cochrane Handbook om oversikter over systematiske oversikter. Vi søkte etter systematiske oversikter i Cochrane Database of Systematic Reviews og benyttet søketermen «Dementia» som er et MeSH ord. Vi gjorde i tillegg ett håndsrøk på nettsiden til The Cochrane Dementia and Cognitive Improvement Group.

To prosjektmedarbeidere gjennomgikk alle titler og sammendrag og gjorde uavhengige vurderinger i henhold til inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Kvaliteten på de inkluderte oversiktene ble kritisk vurdert av to personer uavhengig av hverandre. Til dette brukte vi sjekklister for metodisk kvalitet av systematiske oversikter fra Kunnskapssenterets håndbok. Vi oppsummerte resultatene i tekst og tabeller og

brakte Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation (GRADE) for å vurdere vår tillit til effektestimaterne. Vi beskriver kvaliteten på dokumentasjonen som høy ( $\oplus\oplus\oplus\oplus$ ), middels ( $\oplus\oplus\oplus\ominus$ ), lav ( $\oplus\oplus\ominus\ominus$ ) eller svært lav ( $\oplus\ominus\ominus\ominus$ ).

---

## Resultat

---

Litteratursøket ble utført i april 2014. Vi identifiserte til sammen 242 referanser og inkluderte åtte Cochrane-oversikter om effekt av psykologiske tiltak til personer med demens. Det var til sammen 61 randomiserte studier som rapporterte resultater relevante for vår problemstilling. Vi sorterte oversiktene i tre kategorier: 1) Tiltak rettet mot kognitive symptomer og opprettholdelse av funksjonsevne (seks oversikter), 2) Tiltak rettet mot utfordrende atferd (en oversikt), 3) Tiltak rettet mot angst og depresjon (en oversikt).

Seks oversikter med til sammen 43 enkeltstudier undersøkte effekten av forskjellige tiltak rettet mot å forbedre kognitiv funksjon og opprettholdelse av daglig funksjonsevne. Tiltakene omhandlet kognitiv trening og rehabilitering, kognitiv stimulering, erindringsterapi, valideringsterapi, musikkterapi og sansestimulering. Kognitiv stimulering har trolig en positiv effekt på kognitiv fungering (SMD 0,41, 95 % KI 0,25 til 0,57) og livskvalitet (SMD 0,38, 95 % KI 0,11 til 0,65) for personer med demens ( $\oplus\oplus\oplus\oplus$ ). I tillegg fant vi at tiltak som kognitiv trening og rehabilitering, erindringsterapi og valideringsterapi muligens har liten eller ingen effekt for personer med demens. Vi kan ikke konkludere om musikkterapi og sansestimulering har effekt for personer med demens, fordi dokumentasjonen var av svært lav kvalitet

En oversikt med til sammen 12 studier som var relevante for vår problemstilling undersøkte effekten av funksjonell analyse for å håndtere atferdsproblemer. Funksjonell analyse som innebærer å analysere atferd for å styrke kunnskap hos pårørende og helsepersonell. Funksjonell analyse av atferd hos personer med demens har trolig liten eller ingen effekt på atferdsproblemer (SMD 0,02, 95 % KI -0,13 til 0,17) og depresjon (SMD -0,15, 95 % KI -0,33 til 0,03), eller på omsorgsbyrde og depresjon hos pårørende ( $\oplus\oplus\oplus\ominus$ ).

En oversikt med til sammen seks studier undersøkte effekt av psykologiske tiltak for å redusere angst og depresjon hos personer med demens. Studiene omhandlet psykologiske tiltak som individuell psykodynamisk terapi, individuell samtale og støtte, kognitiv atferdsterapi og undervisning, støtte og rådgivning med oppfølging per telefon. Psykologiske tiltak reduserer trolig depresjon (SMD -0,22, 95 % KI -0,41 til -0,03)  $\oplus\oplus\oplus\ominus$  og muligens angst (MD -4,57, 95 % -7,81 til -1,32) ( $\oplus\oplus\ominus\ominus$ ) hos personer med demens. Lavere skår indikerer mindre depresjon og angst. I tillegg

fant vi at psykologiske tiltak ser ut til å ha liten eller ingen effekt på kognitiv fungering, livskvalitet og daglig funksjonsevne hos personer med demens eller depresjon hos pårørende. Det mangler generelt dokumentasjon om utfallet heldøgnsomsorg.

---

## Diskusjon

---

Vi inkluderte åtte systematiske oversikter av høy metodisk kvalitet. Vi graderte den samlede dokumentasjonen for alle de relevante utfallene til moderat, lav og svært lav kvalitet. Ingen av studiene var gjennomført i Norge.

Vi har bare inkludert Cochrane-oversikter, og det kan finnes andre og nyere systematiske oversikter av høy kvalitet. Tre av oversiktene hadde ikke utført litteratursøk etter 2008. Vi vet ikke om manglende oppdatering skyldes at det ikke lenger publiseres forskning på feltet eller andre faktorer. Dersom det finnes nyere enkeltstudier, vet vi ikke om disse ville endret eller bekreftet våre konklusjoner.

Vårt søk etter systematiske oversikter avdekket mer enn 40 protokoller for systematiske oversikter om personer med demens. Noen av protokollene handler om diagnostiske tester eller medikamenter, men mange omhandler effekt av ikke-medikamentelle tiltak som for eksempel dans og bevegelse, kunstterapi, teknologiske hjelpetiltak og personlig tilrettelagt aktivitet.

Det at vi vurderer en systematisk oversikt til å ha høy kvalitet etter forhåndsdefinerte kriterier, betyr ikke at alle enkeltstudiene nødvendigvis har lav risiko for systematiske feil. Mange av enkeltstudiene er uklare i rapportering av randomiseringsprosessen og det var manglende blinding av utfallsmåler/forsker. For flere av sammenligningene var kvaliteten på dokumentasjonen lav og svært lav. Det betyr ikke at tiltakene ikke virker eller at tiltakene har dårlig kvalitet. Når dokumentasjonen er av lav og svært lav kvalitet er det imidlertid usikkerhet knyttet til effektestimaterne og vi er usikre på om effektestimaterne viser tiltakets sanne effekt. Det er behov for mer forskning og ny forskning vil kunne endre effektestimaterne.

---

## Konklusjon

---

Vi har konkludert med at: Kognitiv stimulering trolig gir bedre kognitiv funksjonsevne og livskvalitet sammenlignet med vanlig oppfølging. Forskjellen mellom gruppene var ikke statistisk signifikant ved oppfølging etter tre måneder. Funksjonell analyse av uønsket atferd hos personer med demens har trolig liten eller ingen effekt på depresjon og atferdsproblemer og på omsorgsbyrde og depresjon hos pårørende. Psykologiske tiltak rettet mot angst og depresjon hos personer med demens gir trolig noe mindre depresjon og muligens noe mindre angst, men har trolig liten eller ingen



effekt på kognitiv funksjonsevne hos personer med demens eller på depresjon hos pårørende.

Det mangler dokumentasjon på flere sentrale endepunkter for mange av sammenligningene. Det er gjennomgående mangel på oppsummert forskning om utfallet hel-døgnsomsorg.

# Key messages (English)

About 70 000 people in Norway are afflicted by dementia. Dementia is a progressive disease and the incidence increases with the age. More than the half of people with dementia are living at home and about 80 percent of all residents in nursing homes have a dementia disorder.

We have critically appraised Cochrane-reviews and graded the available evidence about the efficacy of psychological interventions for people with dementia on the following outcomes; cognition, agitation, depression, anxiety, quality of life, activity of daily living and 24-hours care. The Norwegian Directorate of Health commissioned this work. The results will be used in the development of a new evidence-based guideline.

We included eight Cochrane reviews representing 61 primary studies. We presented the reviews in three categories. The documentation shows that:

1. The effect of different interventions directed at cognitive symptoms and maintenance of function:
  - Cognitive stimulation probably contribute to better cognitive function and quality of life for people with dementia compared with usual care. The difference between groups was not statistically significant at three month follow-up.
  - Cognitive training and rehabilitation, reminiscence therapy and validation therapy might have little or no effect for people with dementia.
  - Conclusions could not be drawn about the effect of music therapy and multi-sensory stimulation for people with dementia.
2. The effect of interventions for challenging behavior in dementia:
  - Functional analysis aimed at challenging behavior might have little or no effect on challenging behavior and depression as well as for caregiver burden and depression.

---

## Title:

Effect of psychological interventions for people with dementia

---

## Type of publication:

Overview of systematic review Systematic review

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

---

## Doesn't answer everything:

Excludes studies that fall outside of the inclusion criteria

- No health economic evaluation

- No recommendations

---

## Publisher:

Norwegian Knowledge Centre for the Health Services

---

## Updated:

Last search for studies: April, 2014.

---

## Peer review:

Anne Marie Mork Rokstad, Researcher, Ageing and Health

Kia Minna Johanna Hynninen, Associate Professor, Faculty at Department of Clinical Psychology, University of Bergen

3. Psychological interventions aimed to reduce anxiety and depression in dementia:

- Psychological interventions probably reduce depression and might reduce anxiety, but might have little or no effect on cognitive function, or caregiver depression.

There is a lack of research on several key-endpoints, and there is a general lack of summarized research on 24-hours care.

---

# Executive summary (English)

---

## Background

---

About 70 000 people in Norway are afflicted by dementia. Dementia is a progressive disease and the incidence increases with the age. More than the half of the people with dementia live at home and about 80 percent of all residents in nursing homes have a dementia disorder. If the incidence of dementia diseases remains at current levels, the number of people with dementia will be doubled to about 140 000 by 2040. A number of non-pharmacological interventions are recommended in a British guideline from 2014, including psychological interventions, physical activity and other care interventions.

Norwegian Knowledge Centre for Health Services was commissioned by the Ministry of Health and Care Services to summarize the available research on non-pharmacological interventions for people with dementia, defined as psychological interventions, physical activity and other care interventions. In this report the objective was to synthesize research about the effectiveness of psychological interventions in a broad context for people with dementia. The results will be used in the development of a new evidence-based guideline.

---

## Method

---

We prepared an overview of systematic reviews based on the method presented in the Cochrane handbook. We searched for systematic reviews in the Cochrane library and included Cochrane reviews of high quality.

Two authors independently assessed the reviews for inclusion and assessed the methodological quality by using a checklist for methodological quality of systematic reviews. The quality of the evidence was assessed using Grades of Recommendations Assessment, development and Evaluation (GRADE). The quality of evidence is described as high (⊕⊕⊕⊕), moderate (⊕⊕⊕⊖), low (⊕⊕⊖⊖) or very low (⊕⊖⊖⊖).

---

## Results

---

We identified 242 citations in the search for systematic reviews, conducted in April 2014. We screened titles and abstracts, articles in full text and assessed the methodological quality. We included eight systematic reviews on the efficacy of psychological interventions for people with dementia. The systematic reviews represented 61 primary studies reporting results relevant to our research question. We presented the overviews in three categories; 1) Measures aimed at cognitive symptoms and maintenance of function (six systematic reviews), 2) Measures aimed at challenging behavior (one systematic review), 3) Measures aimed at comorbid emotional disorder as anxiety and depression (one systematic review).

Six systematic reviews (43 primary studies) examined the effect of different interventions directed at cognitive symptoms and maintenance of function. The interventions examined: cognitive training and rehabilitation, cognitive stimulation, reminiscence therapy, validation therapy, music therapy and multi-sensory stimulation. Cognitive stimulation probably contribute to better cognitive function (SMD 0.41, 95 % KI 0.25 - 0.57) and quality of life (SMD 0.38, 95 % KI 0.11 – 0.65) for people with dementia ( $\oplus\oplus\oplus\ominus$ ). We also found that cognitive training and rehabilitation, reminiscence therapy and validation therapy might have little or no effect for people with dementia. Conclusions could not be drawn about the effect of music therapy and multi-sensory stimulation for people with dementia.

One systematic review including 12 studies relevant for our research question examined the effect of functional analysis based interventions for challenging behavior in dementia. Functional analysis is based on analyzing behavior focusing on enhancing knowledge among family members and caregivers. Functional analysis aimed at challenging behavior might have little or no effect on challenging behavior (SMD 0.02, 95 % KI -0.13 – 0.17) and depression (SMD -0.15, 95 % KI -0.33 – 0.03), as well as for caregiver burden and depression ( $\oplus\oplus\oplus\ominus$ ).

One systematic review including six studies, examined the effect of psychological interventions to reduce anxiety and depression in dementia and mild cognitive impairment. Psychological interventions including interventions as cognitive behavioral therapy, psychodynamic therapy, interpersonal therapy and supportive counselling. Psychological interventions probably reduce depression (SMD -0.22, 95 % KI -0.41 to -0.03)  $\oplus\oplus\oplus\ominus$  and might reduce anxiety (MD -4.57, 95 % -7.81 to -1.32) ( $\oplus\oplus\ominus\ominus$ ) for people with dementia, lower score indicate less depression and anxiety. We also found that psychological interventions might have little or no effect on cognitive function, quality of life and daily activity level for person with dementia or caregiver depression.

---

## **Discussion**

---

We included eight systematic reviews of high quality. We graded the quality of evidence for all relevant outcomes as moderate, low and very low. None of the studies were from Norway.

We included only Cochrane-reviews and there may exist other systematic reviews of high quality. Three systematic reviews had not conducted literature search after 2008. We do not know if the lack of updates is because of no longer published research in the field or other factors. If there are newer primary studies, we do not know whether these would change or confirm the conclusions from the systematic reviews.

The search for systematic reviews revealed more than 40 protocols for systematic reviews of people with dementia. Some of the protocols focused on diagnostic tests or medications, but many dealt with interventions such as dance and movement, art therapy, technological assistance measures and personally organized activity.

Considering a systematic review to be of high quality does not mean that all the included primary studies necessarily are of high quality. Many of the primary studies are unclear in reporting randomization sequence generation and allocation concealment, and there was a lack of blinding of the outcome assessor. For some of the comparisons and outcome the quality of the evidence was low and very low. This does not mean that these interventions do not work, but indicate that we have little confidence in the effect estimates.

---

## **Conclusion**

---

Cognitive stimulation probably contribute to better cognitive function and quality of life for people with dementia. The difference between groups was not statistically significant at three month follow-up. Functional analysis aimed at challenging behavior might have little or no effect on depression and challenging behavior, as well as for caregiver burden and depression. Psychological interventions probably reduce depression and might reduce anxiety for people with dementia.

There is a lack of research on several key-endpoints, and there is a general lack of summarized research on 24-hours care.

---

# Innhold

<b>HOVEDFUNN</b>	<b>2</b>
<b>SAMMENDRAG</b>	<b>4</b>
Bakgrunn	4
Metode	4
Resultat	5
Diskusjon	6
Konklusjon	6
<b>KEY MESSAGES (ENGLISH)</b>	<b>8</b>
<b>EXECUTIVE SUMMARY (ENGLISH)</b>	<b>10</b>
Background	10
Method	10
Results	11
Discussion	12
Conclusion	12
<b>INNHold</b>	<b>13</b>
<b>FORORD</b>	<b>15</b>
<b>PROBLEMSTILLING</b>	<b>16</b>
<b>INNLEDNING</b>	<b>17</b>
Symptom på demens	17
Tiltak for personer med demens	19
<b>METODE</b>	<b>20</b>
Litteratursøking	20
Inklusjonskriterier	20
Eksklusjonskriterier	21
Artikkelutvelging	21
Dataauthenting	21
Gradering av dokumentasjonen	21
<b>RESULTAT</b>	<b>24</b>
Resultat av litteratursøk	24
Inklusjonsprosessen	24

Beskrivelse av inkluderte systematiske oversikter	25
1. Tiltak rettet mot kognitive symptomer og opprettholdelse av funksjon	26
2. Tiltak rettet mot utfordrende atferd	39
3. Tiltak rettet mot samsykelighet som angst og depresjon hos personer med demens	41
<b>DISKUSJON</b>	<b>46</b>
Styrker og svakheter	46
Kvaliteten på dokumentasjonen	47
Våre konklusjoner sammenlignet med andres	48
<b>KONKLUSJON</b>	<b>49</b>
Behov for videre forskning	49
<b>REFERANSER</b>	<b>51</b>
<b>VEDLEGG</b>	<b>55</b>
Vedlegg 1 Vurdering av oversiktenes metodiske kvalitet	55
Vedlegg 2 Beskrivelse av inkludert systematiske oversikter	57



---

# Forord

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fikk i oppdrag fra Helsedirektoratet å søke etter, og kritisk vurdere tilgjengelig oppsummert forskning om behandlingseffekter av ikke-medikamentelle tiltak for personer med demens, her definert som psykologiske tiltak, fysisk aktivitet og pleie- og omsorgstiltak. Rapporten skal benyttes som dokumentasjonsgrunnlag for arbeidet med en ny nasjonal veileder/retningslinje for behandlingen av personer med demens.

Prosjektgruppen har bestått av:

- Forsker Kristin Thuve Dahm
- Seniorrådgiver Therese Kristine Dalsbø
- Seniorrådgiver Kari Håvelsrud

Denne rapporten er ment å hjelpe beslutningstagere i helsetjenesten til å fatte velinformerte beslutninger som kan forbedre kvaliteten i helsetjenesten. I møtet med den enkelte pasient må forskningsbasert dokumentasjon ses i sammenheng med andre relevante forhold, pasientenes behov og egne kliniske erfaringer.

Gro Jamtvedt  
*Avdelingsdirektør*

Liv Merete Reinar  
*Seksjonsleder*

Kristin Thuve Dahm  
*Prosjektleder*

---

# Problemstilling

Vi har valgt å besvare bestillingen fra Helsedirektoratet i to rapporter og denne rapporten omhandler:

Hva er effekten av psykologiske tiltak for personer med demens?

---

# Innledning

Det finnes omtrent 70 000 personer med demens i Norge i 2011 (1). Demens er en progredierende sykdom og forekomsten stiger med økende alder. Over halvparten av personer med demens bor hjemme. Dessuten viser undersøkelser at om lag 80 % av alle beboere i sykehjem har en demenslidelse. Personer med demens utgjør en stor brukergruppe i omsorgstjenesten. Dersom forekomsten av demenssykdommer holder seg på dagens nivå, vil antall personer med demens være fordoblet til om lag 140 000 innen 2040 (2). Også internasjonalt forventes det en sterk økning i forekomsten av demenssykdommer de kommende årene (3).

De fleste personer med demens (60- 70 %) har Alzheimers sykdom som er en primær degenerativ hjernesykdom. Årsaken til sykdommen er ukjent. Det finnes også andre typer demens, for eksempel vaskulær demens som opptrer som følge av en karsykdom (15-20 % av personer med demensdiagnose). Demens oppstår sjelden hos personer under 65 år. Anslagsvis er det trolig 1200 personer under 65 år med demens i Norge og Alzheimers sykdom er den vanligste demensformen hos denne gruppen (4).

De aller fleste personene med demens bor hjemme med hjelp fra sine nærmeste pårørende (5). Demensplan 2015 «Den gode dagen», skal bidra til å styrke kvaliteten, kompetansen og kapasiteten i tjenestetilbudet til personer med demens og deres pårørende. Ett av satsingsområdene i demensplanene er å øke kunnskap om hvilke behandlingsformer som er effektive for personer med demens og deres pårørende (2).

---

## Symptom på demens

---

Det viktigste symptomet eller kjennetegnet på demens er nedsatt hukommelse, men sykdommen fører også til andre kognitive endringer som redusert evne til å tenke logisk, kommunisere og orientere seg. Demens kan også føre til endring av sinnstemning og personlighet som kan være vanskelig for nære pårørende å forstå og takle. I og med at sykdommen er progredierende, vil dette medføre at en person med demens vil fungere dårligere og dårligere og til slutt kunne bli helt avhengig av hjelp (1). Enkelte personer med demens får atferds- og psykologiske symptomer, også kalt nevro-psykiatriske symptomer, og inkluderer skriking, fysisk aggresjon, konflikter mellom pasient og pårørende, vandring, depresjon og uvillighet til å motta hjelp for å utføre nødvendige aktiviteter i dagliglivet (6). Depresjon er muligens den mest

vanlige formen for samsykelighet (kormobiditet) og forekommer hos halvparten av personene som har Alzheimer (7). Tidlige kjennetegn på vaskulær demens inkluderer symptomer på angst og depresjon (4). Årsakene til depresjon og atferdsendringer hos yngre med demens er sammensatte (4).

De tidlige symptomene på demensutvikling kan oppdages av personen selv og/eller av familie og venner. Sykdommen kan også oppdages av helsepersonell som allmennlege eller hjemmesykepleier. Det er flere grunner til at det kan være vanskelig å oppdage demens, spesielt i en tidlig fase, og det kreves gjentatte og relativt langvarige observasjoner. Fornektning av symptomer både hos personen selv og familie kan være én faktor. Dessuten kan bevissthet om diagnosen og begrenset erfaring i å stille diagnose blant helsepersonell ha en betydning (4).

### **Diagnostisering av demens**

Det kan være spesielt vanskelig å identifisere og diagnose sykdommen hos yngre personer med demens. Det har vist seg å ta i gjennomsnitt 59,2 måneder for å få den endelige diagnosen frontotemporal demens fra de første symptomene oppsto (4). Det finnes ingen enkel og nøyaktig metode for å gjenkjenne personer med tidlig demens gjennom screening (8). I en nylig publisert systematisk Cochrane oversikt ble spørreskjemaet Informant Questionnaire for Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE) beskrevet av forfatterne som en moderat god test for å oppdage demens hos eldre som bor hjemme eller i eldreboliger i kommunen (9). Testen var ifølge forfatterne like god i forenklet utgave, med 16 elementer, som i fullversjon med 26 elementer (9).

Det finnes flere kartleggingsverktøy som kan brukes både hos allmennlege og i spesialisthelsetjenesten ved mistanke om demensutvikling. Eksempler på slike verktøy er Mini Mental State Examination (MMSE), Abbreviated Mental Test (AMT) og Clinical Dementia Rating Scale (CDRS) (9). MMSE er et verktøy som kan indikere hvem som bør utredes ytterligere og CDRS er en graderingsskala som heller ikke bør brukes alene. Diagnosesystemene varierer på tvers av studiene og land, men det er stort sett American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) eller International Classification of Diseases (ICD) som benyttes (9). En ukjent, men trolig betydelig andel personer, blir ikke korrekt diagnostisert med demens i primærhelsetjenesten (10).

I Norge er det fra Helsedirektoratet og Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse gitt anbefalinger om at utredning ved mistanke om demens primært skal skje i primærhelsetjenesten og at videre henvisning til spesialisthelsetjenesten kun skal forekomme hvis særlige forhold tilsier det for eksempel ved mistanke om demens hos yngre personer (11). Diagnosen bygger på sykehistorie, klinisk undersøkelse, kognitiv undersøkelse og radiologiske eller nukleærmedisinske undersøkelser av hjernen (12).

---

## Tiltak for personer med demens

---

I en nyere britisk retningslinje anbefales en rekke ikke-medikamentelle tiltak for personer med demens. Det anbefales blant annet psykologiske tiltak, fysisk aktivitet og pleie- og omsorgstiltak. Anbefalingene om hvilke tiltak som bør benyttes er hovedsakelig vurdert i forhold til den konkrete pasients behov og sykdomsutvikling (13).

### Psykologiske tiltak og terapi

Psykologiske tiltak- og terapiformer er forankret i psykologiske teorier og empiri. I denne rapporten vil vi ha en vid forståelse av begrepet psykologiske tiltak. Vi tar med tiltak som inkluderer ulike former for psykologiske tilnærminger (14) og de mer avgrensede kognitive tilnærmingene (15). Noen vanlige psykologiske behandlingsformer er kognitiv atferdsterapi (CBT), støtteterapi, psykodynamisk terapi, dialektisk atferdsterapi (DBT) løsningsfokuseret terapi, og rådgiving.

Behandlerne kan være psykiatere, psykologer, leger, sykepleiere, sosionom eller annet helsepersonell med spesialisert opplæring. Psykologiske tilnærminger til behandling av personer med demens kan ha ulike formål. Ett mål kan være å stimulere kognitive funksjoner ved å bruke forskjellige teknikker for å stimulere sanser, hukommelse, eller å erindre fortiden som bruk av bilder og musikk. Andre ganger kan formålet med terapien være mer spesifikt som å forsone seg med det å få demens, bearbeide følelser som oppstår i forbindelse med demens, eller lære å mestre og håndtere ulike symptomer på demens. Det kan brukes ulike hjelpemidler slik som kunst, kultur og musikk i tilknytning til terapien. I retningslinjen fra det britiske instituttet for helse og omsorg (NICE) omtales en rekke ulike psykologiske terapiformer som relevante tiltak for personer med demens, deriblant kognitiv terapi og musikkterapi (13).

---

# Metode

Vi utarbeidet en oversikt over Cochrane-oversikter. Arbeidsformen baserte seg på rådene fra kapittel 22 i Cochrane Handbook om oversikter over systematiske oversikter (16).

---

## Litteratursøking

---

Vi søkte etter systematiske oversikter i Cochrane Database of Systematic Reviews og benyttet søketermen «Dementia» som er et Mesh-ord. Vi gjorde i tillegg ett håndstøk på nettsiden til The Cochrane Dementia and Cognitive Improvement Group. Litteratursøket ble utført i april 2014.

---

## Inklusjonskriterier

---

<b>Studiedesign:</b>	Systematiske Cochrane-oversikter av høy kvalitet
<b>Populasjon:</b>	Personer med demens
<b>Tiltak:</b>	Psykologiske tiltak som for eksempel ulike former for kognitive terapier, musikkterapi, erindringsterapi og sansestimulering
<b>Sammenligning:</b>	Vanlig praksis, andre tiltak, ingen tiltak
<b>Utfall:</b>	Utfall målt på personer med demens: Nevro-psykiatriske symptomer/ Behavioural and psychological symptoms of dementia (BPSD); aggresjon, agitasjon, depresjon og angst Kognisjon Livskvalitet Daglig funksjon (activities of daily living (ADL)) Heldøgnsomsorg Utfall målt på pårørende, slik som livskvalitet og omsorgsbyrde
<b>Språk:</b>	Ingen restriksjoner

---

## **Eksklusjonskriterier**

---

**Populasjon:** Personer med mild kognitiv svikt

---

## **Artikkelutvelging**

---

I henhold til prosjektplanen var det to personer (TKD og KTD) som uavhengig av hverandre leste gjennom alle titler og sammendrag for å vurdere relevans i henhold til de forhåndsdefinerte inklusjonskriteriene. Mulige relevante oversikter ble innhentet i fulltekst og vurdert av to personer (KTD og TKD) uavhengig av hverandre.

Relevante oversikter ble kvalitetsvurdert i henhold til Kunnskapssenterets sjekklister for systematiske oversikter (17). Vurderingene ble gjort uavhengig av hverandre av to personer (KTD og TKD) og sammenlignet i etterkant. Samlet kvalitetsvurdering av oversiktene i kategorien høy kvalitet betyr at intern validitet er god. Kategorien brukes hvis alle eller de fleste kriteriene fra sjekklisten er oppfylt. Det betyr blant annet at forfatterne av oversikten har gjort et utfyllende søk etter enkeltstudier, at de inkluderte enkeltstudiene er kvalitetsvurdert og at konklusjonene støttes av analyse.

Dersom det oppsto vedvarende uenighet om inklusjon eller kvalitetsbedømming var det, i henhold til prosjektplanen, planlagt å be prosjektansvarlig om bistand. Det ble ikke nødvendig i dette prosjektet.

---

## **Datauthenting**

---

Vi hentet ut informasjon om tiltakene, deltagerne og effektestimater for de relevante utfallene fra de inkluderte systematiske oversiktene. Ved uthenting av informasjonen baserte vi oss på resultatene slik de var presentert i de inkluderte systematiske oversiktene. Vi utførte ingen nye meta-analyser. Informasjonen ble presentert i tabeller, og effektestimaterne for hver av sammenligningene ble gradert.

Vi hentet ut data fra oversiktene og presenterte funn i evidenstabeller og oppsummeringstabeller. En person hentet ut data og arbeidet ble deretter kvalitetssikret av en annen person (TKD og KH).

---

## **Gradering av dokumentasjonen**

---

Kvaliteten på den samlede dokumentasjonen for hvert av utfallsmålene ble vurdert ved hjelp av GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation) (17, 18). GRADE er et verktøy for å vurdere hvilken tillit vi har til effekt-estimatet.

Med GRADE kan både randomiserte og ikke-randomiserte design håndteres. I denne rapporten dreier det seg om et effektspørsmål, og da regnes randomiserte kontrollerte studier som det beste grunnlaget for å trekke konklusjoner om effekt. Dersom det er svakheter i måten forsøkene ble utformet og gjennomført på, kan likevel kvaliteten av dokumentasjonen bli nedjustert. Når vi graderer tar vi utgangspunkt i studietype: Randomiserte kontrollerte studier starter på høy kvalitet. Observasjonsstudier starter med lav kvalitet. Begge studietyper kan nedgraderes om de har metodiske svakheter og observasjonsstudier kan også oppgraderes om de viser spesielt sterke resultater. GRADE har åtte kriterier, fem nedgraderingskriterier og tre oppgraderingskriterier.

***Kriterier som kan resultere i nedgradering:***

- risiko for systematiske skjevheter (bias),
- konsistens (samsvar mellom studiene),
- presisjon av resultat,
- direkthet (hvor like studiedeltagerne er, intervensjonene og utfallsmålene i de inkluderte studiene i forhold til de personer, tiltak og utfall vi ønsket å studere)
- publikasjonsskjevhet.

***Kriterier for oppgradering*** (gjelder kun der det er flere samsvarende studier som ikke er nedgradert):

- Store effekter/assosiasjoner (sterke eller veldig sterke assosiasjoner/sammenhenger mellom intervensjon og utfall).
- Dose-responseeffekter (store eller veldig store dose-responseeffekter).
- Forvekslingsfaktorer (alle forvekslingsfaktorer ville ha redusert en observert effekt eller gitt en effekt der vi ikke har observert en).

Vi baserte oss på analysene, og eventuelle meta-analyser slik de var presentert i de inkluderte systematiske oversiktene. Vi beskriver kvaliteten på dokumentasjonen som høy, middels, lav eller svært lav, se tabell nedenfor.

Tabell 1: Vurdering av tillit til resultatene i henhold til GRADE

<b>Gradering</b>	<b>Betydning</b>	<b>Symbol</b>
Høy kvalitet	Vi har stor tillit til at effektestimaten ligger nær den sanne effekten.	⊕⊕⊕⊕
Middels kvalitet	Vi har middels tillit til effektestimaten: Det ligger sannsynligvis nær den sanne effekten, men det er også en mulighet for at det kan være forskjellig.	⊕⊕⊕⊖



Lav kvalitet	Vi har begrenset tillit til effektestimater: Effektestimater kan være vesentlig ulikt den sanne effekten.	⊕⊕⊖⊖
Svært lav kvalitet	Vi har svært liten tillit til at effektestimater ligger nær den sanne effekten.	⊕⊖⊖⊖

Vi graderte dokumentasjonen for hvert utfall fra de inkluderte oversiktene. Prosjektleder og prosjektmedarbeider utførte dette arbeidet (KTD og TKD).

For en detaljert beskrivelse av Kunnskapssenterets arbeidsform, henviser vi til vår metodehåndbok (17).

---

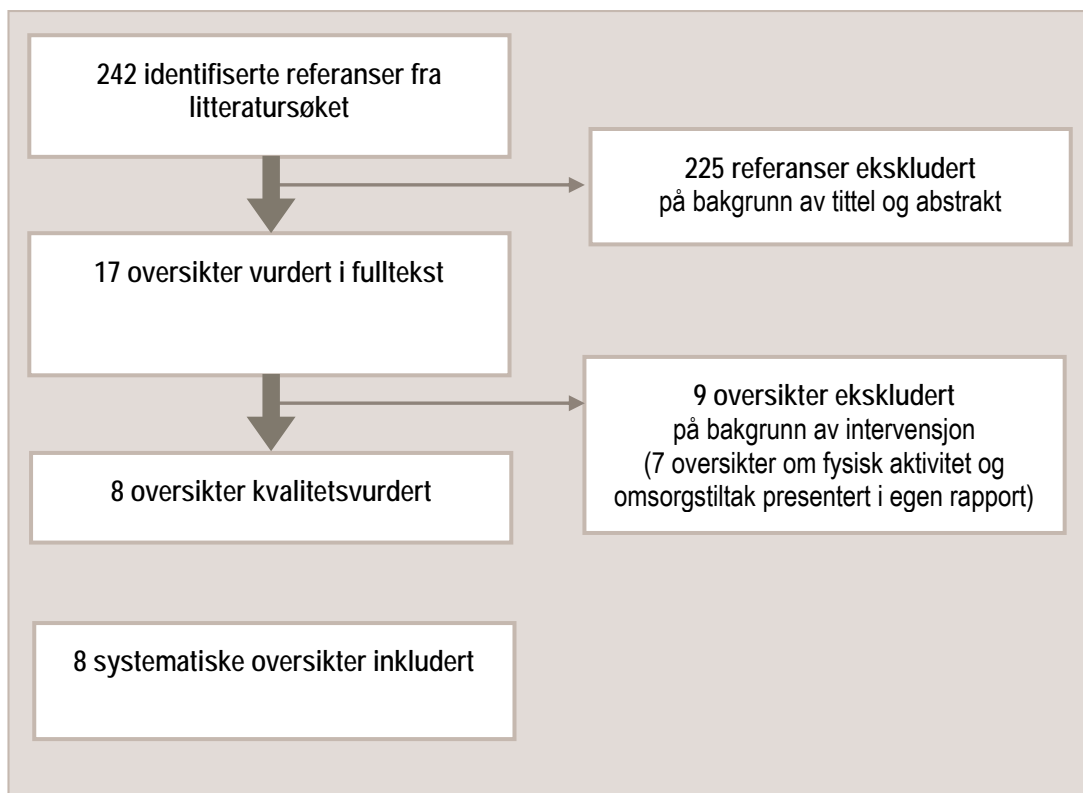
# Resultat

---

## Resultat av litteratursøk

---

Vi fant 133 referanser i The Cochrane Database of Systematic Reviews og 109 referanser i The Cochrane Dementia and Cognitive Improvement Group. I flytskjemaet nedenfor, se figur 1, fremgår det forenklet hvor mange treff vi fikk og hvordan vi sorterte treffene.



Figur 1. Flytskjema over identifisert og sortert litteratur

---

## Inklusjonsprosessen

---

Vi vurderte 17 av de identifiserte oversiktene til å være mulige relevante systematiske oversikter som møtte kriteriene for videre bedømming. Vi innhentet oversiktene og vurdert oversiktene i henhold til våre forhåndsdefinerte inklusjonskriterier. Vi inkluderte åtte Cochrane-oversikter av høy kvalitet. Sju oversikter omhandlet fysisk aktivitet og pleie- og omsorgstiltak og vil bli omtalt i en egen rapport (19). En

oversikt omhandlet tiltak til pasienter med alvorlig demens som hadde spise- og svelgeproblemer. Oversikten rapporterte inntak av føde og ble ekskludert fordi tiltak og utfall ble vurderte som ikke relevant (20). En oversikt om transkutan elektrisk nervestimulering ble ekskludert fordi tiltaket ble vurdert som ikke-relevant (21). Åtte oversikter var relevante for vår problemstilling.

Alle de inkluderte systematiske oversiktene ble kvalitetsvurdert med Kunnskapssenterets sjekklister (17). Det var ingen systematiske oversikter som ble ekskludert etter kvalitetsvurderingen (se vedlegg 1).

---

## **Beskrivelse av inkluderte systematiske oversikter**

---

Vi inkluderte åtte systematiske oversikter om effekt av psykologiske tiltak til personer med demens. Det var til sammen 61 randomiserte studier som rapporterte resultater relevante for vår problemstilling. De inkluderte systematiske oversiktene er presentert mer detaljert i vedlegg 2.

Tittel i de åtte inkluderte systematiske oversiktene var:

- Kognitiv trening og rehabilitering for mild til moderat alzheimer og vaskulær demens (22)
- Kognitiv stimulering for å bedre kognitiv funksjon hos personer med demens (23)
- Erindringsterapi for personer med demens (24)
- Valideringsterapi for personer med demens (25)
- Musikkterapi for personer med demens (26)
- Sansestimulering for personer med demens (27)
- Funksjonelle analyse for atferdsproblemer hos personer med demens (28)
- Psykologiske tiltak mot depresjon og angst for personer med demens og mild kognitiv svikt (29)

Vi har brukt inndelingen i NICE rapporten fra 2014 (13) og sortert oversiktene i tre kategorier:

1. Tiltak rettet mot kognitive symptomer og opprettholdelse av funksjon
2. Tiltak rettet mot utfordrende atferd
3. Tiltak rettet mot samsykelighet (comorbiditet) som angst og depresjon hos personer med demens

**Tabell 1: Karakteristikk av inkluderte oversikter om psykologiske tiltak for personer med demens**

Forfatter årstall	Litteratursøk	Populasjon	Tiltak	Sammenligning	Utfall	Antall inkluderte studier
<b>Tiltak rettet mot kognitive symptomer og opprettholdelse av funksjon</b>						
Bahar-Fuchs 2013	Desember 2012	Personer med mild Alzheimer eller vaskulær demens	Kognitiv trening og rehabilitering	Vanlig praksis	Kognitiv fungering, depresjon, atferdsproblem og pårørende utfall	11 RCT'er
Woods 2012	Desember 2011	Personer med demens	Kognitiv stimulering	Vanlig praksis	Kognitiv fungering, depresjon, angst, atferdsproblem, daglig funksjon, livskvalitet og pårørende utfall	15 RCT'er
Woods 2005	Februar 2005	Personer med demens	Erindringsterapi	Vanlig praksis	Kognitiv fungering, depresjon, atferdsproblem, livskvalitet og daglig funksjon	5 RCT'er
Neal 2003	August 2005	Personer med demens	Valideringsterapi	Vanlig praksis	Kognitiv fungering, depresjon, atferdsproblem, daglig funksjon	3 RCT'er
Vink 2003	April 2010	Personer med demens	Musikkterapi	Vanlig praksis	Kognitiv funksjon, depresjon, atferdsproblem	10 RCT'er
Chung 2002	April 2008	Personer med demens (alvorlig demens og vaskulær demens)	Sansestimulering	Vanlig praksis	Kognitiv fungering og atferd	1 RCT, 1 observasjonsstudie
<b>Tiltak rettet mot utfordrende atferd</b>						
Moniz Cook 2012	Juli 2011	Personer med demens	Funksjonell analyse	Vanlig praksis	Depresjon, atferdsproblem og pårørende utfall	18 RCT'er
<b>Tiltak rettet mot samsykelighet som angst og depresjon</b>						
Orgeta 2014	Januar 2013	Personer med demens	Psykologisk intervensjon	Vanlig praksis	Kognitiv fungering, depresjon, angst, daglig funksjon, livskvalitet og pårørende utfall	6 RCT'er

## **1. Tiltak rettet mot kognitive symptomer og opprettholdelse av funksjon**

### **Kognitiv trening og rehabilitering**

Hensikten med den systematiske oversikten til Bahar-Fuchs og medarbeidere fra 2013 (22) var å vurdere effekten av kognitiv trening og kognitiv rehabilitering for personer med mild Alzheimer eller vaskulær demens. Oversikten inkluderte til sammen 11 randomiserte kontrollerte studier. Studiene inkluderte hovedsakelig personer med mild til moderat demens som bodde hjemme. Gjennomsnittsalderen variert

fra 70,6 til 77,78 år i de 11 studiene. I en studie varierte alderen fra 48 til 79 år. Ti av studiene undersøkte effekten av kognitiv trening og én studie undersøkte effekten av kognitiv rehabilitering. Kognitiv trening ble definert som en standardisert oppgave som bestod av trening på spesielle kognitive funksjoner som hukommelse, oppmerksomhet eller problemløsning. Tiltakene bestod av standardisert kognitiv trening individuelt eller i gruppe, i to av studiene var tiltaket nettbasert. Kontrollgruppen fikk ulike tiltak. Deltagerne i noen av studiene stod på venteliste eller fikk standard behandling. Men andre fikk andre tiltak som individuell støtte eller kognitiv stimulering. Kognitiv rehabilitering ble definert som en individuelt tilpasset hjelp, hvor personen med kognitiv svikt sammen med familie og helsearbeidere definerte relevante mål og en strategi for å nå disse målene.

Åtte av de ti studiene som undersøkte effekt av kognitiv trening rapporterte resultater som er relevante for vår problemstilling. Seks studier med til sammen 176 deltagere målte kognitiv funksjon. Studien brukte ulike måleverktøy (. Fire studier med til sammen 107 deltagere målte daglig funksjon. Tiltakene varte fra 4 til 24 uker og ble gitt fra to til fem ganger i uken med 30 til 60 minutters varighet. Målingene ble gjort rett etter at tiltakene var avsluttet.

En studie med 41 deltagere målte depresjon og undersøkte effekten av kognitiv rehabilitering sammenlignet med ingen behandling. Tiltaket varte i åtte uker og målingene ble gjort rett etter at tiltaket var avsluttet.

Ingen av studiene målte angst hos personer med demens, livskvalitet, atferdsproblemer eller heldøgnsomsorg.

Tre studier målte utfall på pårørende. En studie med 18 deltakere undersøkte effekten av kognitiv rehabilitering av personer med demens. Tiltaket varte i åtte uker og målte depresjon hos pårørende med bruk av Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). To studier med 80 deltakere undersøkte effekten av kognitiv trening sammenlignet med vanlig oppfølging for personer med demens og målte omsorgsbyrde hos pårørende.

### ***Kvaliteten på dokumentasjonen om effekt av kognitiv trening og rehabilitering sammenlignet med vanlig oppfølging***

Vi graderte dokumentasjonen for kognitiv trening til lav kvalitet på grunn av uklarhet rundt randomiseringsprosedyren, blinding av utfallsmåler og frafall i noen av studiene. Forfatterne av oversikten har gradert kvaliteten for kognitiv rehabilitering til høy kvalitet fordi den inkluderte studien hadde lav risiko for systematiske feil. Vi har nedgradert kvaliteten til lav og svært lav fordi det bare var inkluderte en studie med få deltakere og upresise resultater. Resultatene og kvalitetsvurderingene er oppsummert i tabell 2.

Tabell 2. Effekt av kognitiv trening og rehabilitering sammenlignet med vanlig oppfølging for personer med demens

<b>Populasjon:</b> personer med demens (tidlig Alzheimer og vaskulær demens) <b>Setting:</b> hjemmeboende og institusjonsboende <b>Intervensjon:</b> kognitiv trening og rehabilitering <b>Sammenligning:</b> kontrollgruppe med ulike aktive mentale tiltak, eller vanlig oppfølging						
Utfall	Sammenligning av risiko i de to gruppene (95 % KI)		Relativ effekt (95 % KI)	Antall deltagere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentar
	Antatt risiko	Tilsvarende risiko				
	Vanlig oppfølging	Kognitiv trening				
<b>Kognitiv fungering</b>	Gjennomsnittlig endring i Global kognisjon i tiltaksgruppen var 0,10 standardavvik høyere (fra 0,21 lavere til 0,40 høyere)		SMD 0,10 (-0,21 – -0,40)	173 (6)	⊕⊕⊕⊖ <b>Lav</b> <sup>1</sup>	Kognitiv trening Høyere skår indikere bedre kognisjon
<b>Depresjon</b>	Depresjon i tiltaksgruppen var gjennomsnittlig 0,24 standardavvik lavere (fra 0,86 lavere til 0,37 høyere)		SMD -0,24 (-0,86 – 0,37)	41 (1)	⊕⊕⊕⊖ <b>Lav</b> <sup>2</sup>	Kognitiv rehabilitering
<b>Angst</b>						Ikke rapportert i oversikten
<b>Atferdsproblem</b>						Ikke rapportert i oversikten
<b>Livskvalitet</b>						Ikke rapportert i oversikten
<b>Daglig funksjon</b>	Gjennomsnittlig endring i ADL funksjon i tiltaksgruppen var 0,0 standardavvik (fra 0,38 lavere til 0,38 høyere)		SMD 0 (-0,38 – 0,38)	107 (4)	⊕⊕⊕⊖ <b>Lav</b> <sup>1</sup>	Kognitiv trening Høyere skår indikerer bedre funksjon
<b>Heldøgnsomsorg</b>						Ikke rapportert i oversikten
<b>Pårørendes omsorgsbyrde</b>	Gjennomsnittlig endring i omsorgsbyrde var 1,16 poeng lavere i tiltaksgruppen (fra 9,67 lavere til 7,34 høyere)		MD -1,16 (-9,67 – 7,34)	80 (2)	⊕⊕⊕⊖ <b>Lav</b> <sup>1</sup>	Kognitiv trening.
<b>Pårørendes depresjon (målt med HADS)</b>	Gjennomsnittlig endring i depresjon i tiltaksgruppen var 1,08 poeng lavere (fra 3,24 lavere til 1,08 høyere)			18 (1)	⊕⊖⊖⊖ <b>Svært lav</b> <sup>3</sup>	Kognitiv rehabilitering.

KI: Konfidensintervall, MD: gjennomsnittlig forskjell, SMD: standardisert gjennomsnittlig forskjell

<sup>1</sup> De fleste studiene hadde lav risiko for systematiske skjevheter, men enkelte uklarheter i forhold til randomiseringsprosedyrer og blinding av deltagere. Det er en mulig risiko for publikasjonsskjevhet. Det var konsistente funn til tross for ulikheter i populasjon, intervensjon og måleinstrumenter. Det var få deltagere og få studier. Det var ufullstendig rapportering av data. <sup>2</sup> En studie lav risiko for systematiske skjevheter, få deltakere og upresise resultater <sup>3</sup> En liten studie med stort frafall

### **Hva sier dokumentasjonen om effekt av kognitiv trening og rehabilitering sammenlignet med vanlig oppfølging for personer med demens?**

- Kognitiv trening har muligens liten eller ingen effekt på kognitiv fungering, daglig funksjon samt pårørendes omsorgsbyrde.
- Kognitiv rehabilitering har muligens liten eller ingen effekt på depresjon. Vi kan ikke konkludere om kognitiv rehabilitering av personer med demens har effekt på depresjon hos pårørende.
- Det mangler oppsummert dokumentasjon om kognitiv trening og rehabilitering har effekt på utfallene angst, atferdsproblem, livskvalitet og heldøgnsomsorg hos personer med demens.

## **Kognitiv stimulering**

Hensikten med den systematiske oversikten til Woods og medarbeidere fra 2012 (23) var å undersøke effekten av kognitiv stimulering med formål å bedre kognitiv funksjon hos personer med demens. Oversikten inkluderte til sammen 15 randomiserte kontrollerte studier.

Pasientene som deltok i studiene hadde ulik alvorlighetsgrad av demens og gjennomsnittsalderen på tvers av studiene var 78,8 år. Pasientene bodde på institusjon (sykehjem eller sykehus) i sju av studiene, i seks av studiene bodde pasientene hjemme og i to av studiene ble pasientene rekruttert både fra sykehjem og hjemme fra.

Alle studiene benyttet kognitiv stimulering i små grupper med typisk fem til sju personer, tre av studiene beskriver at pårørende ble involvert og oppmuntret til stimulering hjemme. Kognitiv stimulering tar sikte på å engasjere personer med demens ved hjelp av aktivitet og diskusjon i gruppe. Stimulering tar utgangspunkt i spesifikke aktiviteter og kan kategoriseres i fire områder: følelser, huske fortiden, mennesker og ting samt daglig praktiske øvelser. Aktivitetene kan for eksempel være å navngi mennesker og ting, assosiere ord, tegne, bruke penger, orientere seg/ finne frem, huske fortiden, diskutere hobbyer og tidligere arbeid.

Alle femten studiene målte kognitiv funksjon og fjorten studier bidro med resultater til meta-analysene. Studiene brukte ulike måleverktøy, men de fleste brukte Mini Mental State Examination (MMS), som er et screeningverktøy med en skala fra 0-30, høyere skår indikere bedre kognisjon. Fire studier med 219 deltagere målte livskvalitet. Studiene brukte ulike verktøy, tre studier brukte Quality of Life in Alzheimer's disease (QoL AD) som er et spørreskjema. Fem studier målte selvrapportert depresjon og fire studier målte depresjon eller angst registrert av helsepersonell. Ingen av studiene viste statistisk signifikante forskjeller mellom gruppene. To studier med 194 deltakere målte depresjon med Cornell Scale of Depression in Dementia, og en studie med 26 deltakere målte angst med Rating Anxiety in Dementia (RAID), en skala fra null til 54, hvor høyere skår indikerer mer angst. Fire studier med 260 deltakere målte Activity of Daily Living (ADL) og brukte ulike måleverktøy. Tre studier målte atferdsproblemer. Ingen av studiene målte heldøgnsoversorg.

Varigheten av tiltakene varierte fra fire uker til ett år, lengden av hver sesjon varierte fra 30 til 90 minutter, gjennomsnittlig varighet var 45 minutter. Vi har valgt å rapportere resultater rett etter at tiltakene var avsluttet. Utfallene kognisjon, livskvalitet og atferdsproblemer ble også rapportert etter tre måneders oppfølging i oversikten, ingen av disse målingene viste statistisk signifikante forskjeller mellom gruppene.

To randomiserte studier målte utfall på pårørende. Studiene hadde til sammen 150 personer med demens og undersøkte effekten av kognitiv stimulering av personer

med demens som bodde hjemme og målte også angst og depresjon hos pårørende. Tiltaket varte fra fem til seks måneder.

### ***Kvaliteten på dokumentasjonen om effekt av kognitiv stimulering sammenlignet med vanlig oppfølging***

Vi vurderte dokumentasjonen for kognitiv fungering og livskvalitet til å være av middels kvalitet på grunn av uklarerhet rundt randomiseringsprosedyren og blinding av utfallsmålere i noen av studiene. Dokumentasjonsgrunnlaget for depresjon, atferdsproblemer og daglig funksjon, samt pårørendes omsorgsbyrde, depresjon og angst ble vurdert til lav kvalitet på grunn av uklarerhet rundt randomiseringsprosedyren, blinding av utfallsmålene og små studier med få deltakere. Dokumentasjonen for angst hos personer med demens ble vurdert til svært lav kvalitet på fordi det var en studie med uklarerheter rundt randomiseringsprosedyren og blinding av utfallsmålere. Utfallene, resultatene og kvalitetsvurderingene er oppsummert i tabell 3.

*Tabell 3. Effekt av kognitiv stimulering sammenlignet med vanlig oppfølging for personer med demens*

<b>Populasjon:</b> personer med demens <b>Setting:</b> hjemmeboende og institusjonsboende <b>Intervensjon:</b> kognitiv stimulering <b>Sammenligning:</b> vanlig oppfølging						
Utfall	Sammenligning av risiko i de to gruppene (95 % KI)		Relativ effekt (95 % KI)	Antall deltagere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentar
	Antatt risiko	Tilsvarende risiko				
	Vanlig oppfølging	Kognitiv stimulering				
<b>Kognitiv fungering</b>	Gjennomsnittlig kognitiv fungering i tiltaksgruppen var 0,41 standardavvik høyere (fra 0,25 høyere til 0,57 høyere)		SMD 0,41 (0,25 – 0,57)	658 (14)	⊕⊕⊕⊖ <b>Middels</b> <sup>1</sup>	Høyere skår indikerer bedre kognisjon
<b>Depresjon</b>	Gjennomsnittlig depresjon i tiltaksgruppen var 0,01 standardavvik lavere (fra 0,28 høyere til 0,30 lavere)		SMD 0,01 (-0,28 – 0,30)	194 (2)	⊕⊕⊕⊖ <b>Lav</b> <sup>3</sup>	Lavere skår indikerer mindre depresjon
<b>Angst</b>	Gjennomsnittlig angst i tiltaksgruppen var 0,38 standardavvik lavere (fra 0,40 høyere til 1,16 lavere)		SMD 0,38 (-0,40 – 1,16)	26 (1)	⊕⊖⊖⊖ <b>Svært lav</b> <sup>4</sup>	Lavere skår indikerer mindre angst
<b>Atferdsproblem</b>	Gjennomsnittlig atferdsproblem i tiltaksgruppen var 0,14 standardavvik høyere (fra 0,44 høyere til 0,17 lavere)		SMD -0,14 (-0,44 – 0,17)	166 (3)	⊕⊕⊕⊖ <b>Lav</b> <sup>2</sup>	Lavere skår indikerer mindre atferdsproblemer
<b>Livskvalitet</b>	Gjennomsnittlig livskvalitet i tiltaksgruppen var 0,38 standardavvik høyere (fra 0,11 høyere til 0,65 høyere)		SMD 0,38 (0,11 – 0,65)	219 (4)	⊕⊕⊕⊖ <b>Middels</b> <sup>1</sup>	Høyere skår indikerer bedre livskvalitet
<b>Daglig funksjon</b>	Gjennomsnittlig ADL funksjon i tiltaksgruppen var 0,21 standardavvik høyere (fra 0,05 lavere til 0,47 høyere)		SMD 0,21 (-0,05 – 0,47)	260 (4)	⊕⊕⊕⊖ <b>Lav</b> <sup>2</sup>	Høyere skår indikerer bedre ADL funksjon
<b>Heldøgnsomsorg</b>						Ikke rapportert i oversikten
<b>Pårørendes omsorgsbyrde</b>	Gjennomsnittlig omsorgsbyrde i tiltaksgruppen var 0,03 standardavvik høyere (fra 0,35 høyere til 0,29 lavere)		SMD -0,03 (-0,35 – -0,29)	145 (2)	⊕⊕⊕⊖ <b>Lav</b> <sup>3</sup>	Lavere skår indikerer mindre omsorgsbyrde



<b>Pårørendes depresjon</b>	Gjennomsnittlig depresjons i tiltaksgruppen var 0,04 standardavvik lavere (fra 0,28 høyere til 0,36 lavere)	SMD 0,04 (-0,28 – 0,36)	146 (2)	⊕⊕⊕⊖ <b>Lav</b> <sup>3</sup>	Lavere skår indikerer mindre depresjon
<b>Pårørendes angst</b>	Gjennomsnittlig angst i tiltaksgruppen var 0,11 standardavvik lavere (fra 0,21 høyere til 0,44 lavere)	SMD 0,11 (-0,21 – 0,44)	150 (2)	⊕⊕⊕⊖ <b>Lav</b> <sup>2</sup>	Lavere skår indikerer mindre angst

**KI:** Konfidensintervall; **SMD:** standardisert gjennomsnittlig forskjell

<sup>1</sup> De fleste studiene hadde lav risiko for systematiske skjevheter, men enkelte uklarheter i forhold til randomiseringsprosedyrer og blinding av deltakere. Det var konsistente funn til tross for ulikheter i populasjon, intervensjon og måleinstrumenter.

<sup>2</sup> De fleste studiene hadde lav risiko for systematiske skjevheter, men enkelte uklarheter i forhold til randomiseringsprosedyrer og blinding av deltakere. Det var få/små studier på dette utfallet. <sup>3</sup> To studier med enkelte uklarheter i forhold til randomiseringsprosedyrer og blinding på disse utfallene <sup>4</sup> En studie med enkelte uklarheter i forhold til randomiseringsprosedyrer og blinding på dette utfallet

### ***Hva sier dokumentasjonen om effekt av kognitiv stimulering sammenlignet med vanlig oppfølging for personer med demens?***

- Kognitiv stimulering gir trolig bedre kognitiv fungering og livskvalitet umiddelbart etter at tiltaket var avsluttet. Forskjellen mellom gruppene var ikke statistisk signifikant ved oppfølging etter tre måneder.
- Kognitiv stimulering har muligens liten eller ingen effekt på depresjon, atferdsproblemer eller daglig funksjon, samt pårørendes omsorgsbyrde, depresjon og angst.
- Basert på denne dokumentasjonen av svært lav kvalitet kan vi ikke konkludere om kognitiv stimulering har effekt på angst hos personer med demens.
- Det mangler oppsummert dokumentasjon om kognitiv stimulering har effekt på heldøgns omsorg.

### **Erindringsterapi**

Hensikten med den systematiske oversikten til Woods og medarbeidere fra 2005 (24) var å undersøke effekten av erindringsterapi for personer med demens og deres pårørende. Erindringsterapiens hensikt er å stimulere hukommelse og erindring ved hjelp av for eksempel fotografier, musikk eller videoer fra fortiden. Oversikten inkluderte til sammen fem randomiserte kontrollerte studier. Fire studier med til sammen 144 personer med demens hadde data som bidro til analysene.

Tre studier inkluderte personer med demens som bodde på institusjon, gjennomsnittsalder fra 81,5 til 85,7 med ulik alvorlighetsgrad av demens. En studie med 15 deltagere hadde to tiltaksgrupper og en kontrollgruppe. Den ene tiltaksgruppen fikk erindringsterapi i gruppe, og den andre fikk realitetsorientering. Personer i kontrollgruppen fikk ingen behandling. Tiltaket ble gitt fem ganger i uken i fire uker (30 minutter pr gang).

Den andre studien med 101 deltagere hadde også to tiltaksgrupper i tillegg til en kontrollgruppe som ikke fikk behandling. Den ene tiltaksgruppen fikk individualisert erindringsterapi, og den andre gruppen fikk sosial støtte med ukentlig behandling 30 minutter i seks uker.

Den tredje studien inkluderte 17 pasienter og undersøkte individuell erindringsterapi med bruk av livshistorie sammenlignet med ingen behandling. Den fjerde studien med 11 deltagere, inkluderte hjemmeboende personer med demens og deres pårørende, gjennomsnittsalder var 76,3 år. Studien undersøkte effekten av erindrings-terapi i gruppe sammenlignet med ingen behandling. Den femte studien med 27 deltagere undersøkte effekten av erindringsterapi i gruppe sammenlignet med sosial støtte eller ingen behandling, men hadde ikke oppgitt data som kunne benyttes i meta-analysene.

I studiene med tre grupper var det bare erindringsterapi sammenlignet med kontroll som inngikk i analysene. Alle fire studiene målte kognisjon, men brukte ulike verktøy for å måle utfallene. En studie med 17 personer (individuell erindringsterapi) målte depresjon med Geriatric Depression Scale (GDS), på en skala fra 0 til 30, der lavere skår indikerer mindre depresjon. En studie med 10 personer med demens (erindringsterapi i gruppe) målte atferdsproblemer med Problem Behaviour Rating Scale. To studier med til sammen 27 personer med demens (erindringsterapi i gruppe og individuell livshistorie) målte livskvalitet med Life Satisfaction Index (LSI). En studie med 66 deltagere (individualisert erindringsterapi) målte ADL med Ratings for Assistance Needs (MDS- ADL). Ingen av studiene målte angst, helseomsorg eller utfall målt på pårørende.

### ***Kvaliteten på dokumentasjonen om effekt av erindringsterapi sammenlignet med ingen tiltak***

Vi vurderte dokumentasjonen til å være av lav og svært lav kvalitet på grunn uklarhet rundt randomiseringsprosedyrene og blinding av utfallsmåler og det var få og små studier. Utfallene, resultatene og kvalitetsvurderingene er oppsummert i tabell 4.

*Tabell 4. Effekt av erindringsterapi sammenlignet med vanlig oppfølging for personer med demens*

<b>Populasjon:</b> personer med demens <b>Setting:</b> hjemmeboende og institusjonsboende <b>Intervensjon:</b> Erindringsterapi <b>Sammenligning:</b> ingen tiltak						
Utfall	Sammenligning av risiko i de to gruppene (95 % KI)		Relativ effekt (95 % KI)	Antall deltagere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentar
	Ingen tiltak	Erindringsterapi				
	Antatt risiko	Tilsvarende risiko				

<b>Kognitiv fungering</b>	Gjennomsnittlig kognitiv fungering i tiltaksgruppen var 0,27 standardavvik høyere (fra 0,13 lavere til 0,67 høyere)	SMD 0,27 (-0,13 – 0,67)	103 (4)	⊕⊕⊕⊖ <b>Lav</b> <sup>1</sup>	
<b>Depresjon</b> (målt med GDS (0-30))	Depresjon i tiltaksgruppen var 1,28 poeng lavere (fra 0,98 høyere til 3,54 lavere)	MD 1,28 (-0,98 – 3,54)	17 (1)	⊕⊕⊕⊖ <b>Svært lav</b> <sup>2</sup>	Lavere skår indikerer mindre depresjon
<b>Angst</b>					Ikke rapportert i oversikten
<b>Atferdsproblem</b> (målt med Problem Behaviour Rating Scale))	Gjennomsnittlig atferdsproblem i tiltaksgruppe var 2,2 poeng lavere (fra 11,84 høyere til 16,24 lavere)	MD 2,20 (-11,84 – 16,24)	10 (1)	⊕⊕⊕⊖ <b>Svært lav</b> <sup>3</sup>	Lavere skår indikerer mindre atferdsproblem
<b>Livskvalitet</b> (målt med LIF)	Gjennomsnittlig livskvalitet i tiltaksgruppen var 0,75 poeng høyere (fra 2,53 lavere til 4,03 høyere)	MD 0,75 (-2,53 – 4,03)	27 (2)	⊕⊕⊕⊖ <b>Svært lav</b> <sup>3</sup>	Høyere skår indikerer bedre livskvalitet
<b>Daglig funksjon</b> (målt med MDS – ADL)	Gjennomsnittlig dagligfunksjon i tiltaksgruppen var 0,42 poeng høyere (fra 4,91 lavere til 5,75 høyere)	MD 0,42 (-4,91- 5,75)	66 (1)	⊕⊕⊕⊖ <b>Svært lav</b> <sup>2</sup>	Høyere skår indikerer bedre daglig funksjon
<b>Heldøgnsomsorg</b>					Ikke rapportert i oversikten
<b>Pårørende-utfall</b>					Ikke rapportert i oversikten

KI: Konfidensintervall; MD: gjennomsnittlig forskjell, SMD: standardisert gjennomsnittlig forskjell

<sup>1</sup> De fleste studiene hadde uklar risiko for systematiske skjevheter, konsistente funn til tross for ulikheter i populasjon, intervensjon og måleinstrumenter og det var få/små studier på dette utfallet. Uklar randomisering.

<sup>2</sup> Lav risiko for systematiske skjevheter, men det var bare en liten studie på dette utfallet.

<sup>3</sup> Lav risiko for systematiske skjevheter, men det var bare en to svært små studie på dette utfallet. I en annen studie var funnet likt, men der var det brukt en annen skala så funnene var ikke slått sammen.

## ***Hva sier dokumentasjonen om effekt av erindringsterapi for personer med demens?***

- Erindringsterapi har muligens liten eller ingen effekt på kognitiv fungering.
- Basert på denne dokumentasjonen av svært lav kvalitet kan vi ikke konkludere om erindringsterapi har effekt på depresjon, atferdsproblemer, daglig funksjon og livskvalitet.
- Det mangler oppsummert dokumentasjon om erindringsterapi har effekt på angst og heldøgnsomsorg, samt utfall målt på pårørende.

## **Valideringsterapi**

Hensikten med den systematiske oversikten til Neal og medarbeidere fra 2003 (oppdatert litteratursøk i 2005) (25) var å undersøke effekten av valideringsterapi for personer med demens. Å validere betyr å anerkjenne de følelsene som personene med demens har. Det viktigste er å skape trygghet gjennom å vise respekt og aksept av pasientens følelser og opplevelser. Oversikten inkluderte tre randomiserte kontrollerte studier med til sammen 116 personer med demens. Personene i studiene bodde på sykehjem og hadde ulik alvorlighetsgrad av demens med gjennomsnittsalder fra 80,5 til 87,6 år. I en av studiene var det bare menn. Studiene var gjennomført

i USA. Oversiktsforfatterne lagde ingen meta-analyser. De fleste utfallsdataene var utledet av sub-skalaer.

Alle tre studiene målte kognisjon, men brukte ulike verktøy for å måle utfallet. Ingen av studiene viste statistiske signifikante forskjeller mellom gruppene. En studie med 31 deltakere var gjennomført på et sykehjem i Midtvesten (USA). Studien hadde to tiltaksgrupper og en kontrollgruppe. Den ene tiltaksgruppen fikk valideringsterapi seks dager i uken, 30 minutter per gang i seks uker. Den andre fikk realitetsorientering med samme frekvens og varighet, kontrollgruppen fikk standard behandling. Kognisjon ble målt etter seks uker med Tool for Assessing the Degree of Confusion in the Elderly (TADCE). Valideringsterapi sammenliknet med standard behandling (21 deltakere) viste ingen forskjell mellom gruppene (MD -1,22 (-3,92 – 1,45)). Den andre studien med 27 personer med demens (resultater for 21 personer med demens) undersøkte effekten av valideringsterapi to ganger i uken i ni måneder sammenliknet med standard behandling. Kognisjon målt etter ni måneder med Mental status og viste ingen forskjell mellom gruppene (MSQ) (MD -1,80 (-7,82 – 4,22)). Den tredje studien inkluderte 88 personer med demens og atferdsproblemer. Studien hadde to intervensjonsgrupper og en kontrollgruppe (22 deltakere). Den ene tiltaksgruppen fikk valideringsterapi (23 deltakere) og den andre fikk sosial støtte. Kontrollgruppen fikk standard behandling. Tiltaket varte i 30 min og ble gitt en gang pr. uke i ett år. Kognisjon ble målt etter 12 måneder med Multi dimension Observation Scale for Elderly Subjects (MOSES). I tabellen har vi valgt å rapportere resultatet fra studien med flest deltagere for valideringsterapi sammenliknet med standard behandling.

Alle studiene målte også atferdsproblemer, men brukte ulike måleverktøy. Den ene studien med 31 personer med demens fordelt på tre grupper, målte atferdsproblemer etter seks uker med Behaviour Assessment Tool (BAT) og viste en reduksjon av atferdsproblemer i gruppen som fikk valideringsterapi sammenliknet med standard behandling (MD -5,97 (-9,43 - -2,51)). Den andre studien med 27 personer med demens (resultater for 21 personer med demens) målte atferdsproblemer etter ni måneder med Social behaviour (MSBS) og viste ingen forskjell mellom gruppene (MD -1,10 (-8,07 – 5,87)). I tabellen har vi valgt å rapportere effektestimater fra studien med 45 deltakere for valideringsterapi sammenliknet med standard behandling. Studien målte også aggressiv atferd etter 12 måneder, med Cohen Manfield Agitation Inventory (CMAI). Lavere skår indikerer mindre aggresjon. Det var bare denne studien som målte depresjon og daglig aktivitet etter 12 måneder og brukte måleverktøyet MOSES, lavere skår indikerer mindre depresjon.

Ingen av studiene målte angst, livskvalitet, heldøgnssorg eller utfall målt på pårørende.

## **Kvaliteten på dokumentasjonen om effekt av valideringsterapi sammenlignet med standard behandling**

Vi graderte dokumentasjonen til lav og svært lav kvalitet på grunn av uklarerhet rundt randomiseringsprosedyrene og blinding av utfallsmåler og små studier som ikke kunne kombineres i meta-analyser. Utfallene, resultatene og kvalitetsvurderingene er oppsummert i tabell 5.

*Tabell 5 Effekt av valideringsterapi sammenlignet med standard behandling for personer med demens*

<b>Populasjon:</b> personer med demens (og atferdsproblemer)					
<b>Setting:</b> hjemmeboende og institusjonsboende					
<b>Intervensjon:</b> Valideringsterapi					
<b>Sammenligning:</b> Standard behandling					
<b>Utfall</b>	<b>Sammenligning av risiko i de to gruppene (95 % KI)</b>	<b>Relativ effekt (95 % KI)</b>	<b>Antall deltagere (studier)</b>	<b>Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)</b>	<b>Kommentar</b>
	Antatt risiko <b>Vanlig oppfølging</b>	Tilsvarende risiko <b>Valideringsterapi</b>			
<b>Kognitiv funksjon</b> (desorientering målt med MOSES)	Gjennomsnittlig desorientering i tiltaksgruppen var 3,04 poeng høyere (fra 7,45 høyere til 1,37 lavere)	MD 3,04 (-1,37 – 7,45)	45 (1)	⊕⊕⊖⊖ <b>Lav</b> <sup>1</sup>	Lavere skår indikerer mindre desorientering
<b>Depresjon</b> (målt med MOSES)	Gjennomsnittlig depresjons i tiltaksgruppen var 0,85 poeng lavere (fra 2,61 høyere til 4,31 lavere)	MD -0,85 (-4,31 – 2,61)	45 (1)	⊕⊖⊖⊖ <b>Svært lav</b> <sup>2</sup>	Lavere skår indikerer mindre depresjon
<b>Angst</b>					Ikke rapportert i oversikten
<b>Atferdsproblem</b> (målt som aggressiv atferd)	Gjennomsnittlig atferdsproblem i tiltaksgruppen var 0,53 poeng høyere (fra 1,40 høyere til 0,34 lavere)	MD 0,53 (-0,34 – 1,40)	45 (1)	⊕⊕⊖⊖ <b>Lav</b> <sup>1</sup>	Lavere skår indikerer mindre atferdsproblemer
<b>Livskvalitet</b>					Ikke rapportert i oversikten
<b>Daglig funksjon</b> (målt som self-care functioning (MOSES))	Behov for hjelp i tiltaksgruppen var gjennomsnittlig 1,09 poeng lavere (fra 1,82 høyere til 4,00 lavere)	MD -1,09 (-4,00 – 1,82)	45 (1)	⊕⊖⊖⊖ <b>Svært lav</b> <sup>2</sup>	Lavere skår indikerer mindre behov for hjelp
<b>Heldøgnsomsorg</b>					Ikke rapportert i oversikten
<b>Pårørende utfall</b>					Ikke rapportert i oversikten

**KI:** Konfidensintervall; **MD:** gjennomsnittlig forskjell

<sup>1</sup> Få/små studier med uklar risiko for systematiske feil på disse utfallene. Studiene var ikke kombinert i meta-analyser. Presenterer data fra en av studiene

<sup>2</sup> En studie med uklar risiko for systematiske feil risiko for systematiske skjevheter på disse utfallene

## **Hva sier dokumentasjonen om effekt av valideringsterapi for personer med demens og atferdsproblemer?**

- Valideringsterapi har muligens liten eller ingen effekt på atferdsproblemer og kognitiv fungering.

- Basert på denne dokumentasjonen av svært lav kvalitet kan vi ikke konkludere om valideringsterapi har effekt på depresjon og daglig funksjon.
- Det mangler oppsummert dokumentasjon om valideringsterapi har effekt på utfallene angst, livskvalitet, heldøgnsomsorg og utfall målt på pårørende.

## **Musikkterapi**

Hensikten med den systematiske oversikten til Vink og medarbeidere fra 2003 (oppdatert litteratursøk i 2010) (26) var å undersøke effekten av musikkterapi for personer med demens på utfallene atferd, kognisjon og emosjonelle problemer. Oversikten inkluderte ti randomiserte kontrollerte studier. På grunn av at studiene var så ulike og av svært lav kvalitet med dårlig rapportering av resultater, besluttet oversiktsforfatterne å ikke slå sammen resultatene i meta-analyser. Tre studier undersøkte effekten av individuell tilrettelagt musikk og sju studier undersøkte musikkterapi i gruppe.

Sju av studiene målte atferdsproblemer, men forfatteren av oversiktene rapporterte bare effektestimater fra en studie gjennomført på et sykehjem i Taiwan. Studien hadde 36 personer med demens og undersøkte effekten av bevegelse til musikk i gruppe sammenlignet med standard omsorg og målte antall episoder av aggressiv atferd med Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) etter to og fire uker. Personene hadde moderat til alvorlig demens og gjennomsnittsalderen var 77,5 år. Tiltaket ble gjennomført to ganger i uken i fire uker. Resultatene er rapportert etter avsluttet behandling.

En studie gjennomført på et sykehjem i USA målte kognisjon. Studien hadde 30 personer med demens og undersøkte effekten av musikkterapi i gruppe sammenlignet med høytlesning i gruppe. Personene var gjennomsnittlig 77,5 år og hadde atferdsproblemer (vandring). Tiltaket gikk over en periode på 15 uker og pasientene hadde daglig individuell kontakt med en musikkterapeut, hvert kontaktmøte varte i 15 minutter. Studien målte endring av kognitiv fungering med Mini Mental State Examination (MMSE) både under og etter behandling, høyere skår indikerer bedre kognitiv fungering. Resultatene er rapportert som gjennomsnittlig endring etter avsluttet behandling.

En studie gjennomført på et dagsenter i Frankrike målte angst og depresjon. Studien hadde 30 deltagere med mild til moderat demens og undersøkte effekten av individuell musikkterapi sammenlignet med opplesning. Personene hadde mild til moderat demens og gjennomsnittsalderen var 86 år. Forfatteren av oversikten oppga ikke effektestimater, men rapporterte at det var statistisk signifikant forskjell mellom gruppene både for angst og depresjon. Ingen av de inkluderte studiene målte livskvalitet, daglig funksjon, heldøgnsomsorg eller utfall målt på pårørende.

## **Kvaliteten på dokumentasjonen om effekt av musikkterapi sammenlignet med vanlig oppfølging eller høytlesing i gruppe**

Vi graderte dokumentasjonen for musikkterapi til å være av svært lav kvalitet på grunn uklarhet rundt randomiseringsprosedyrene og blinding av utfallsmåler og små studier som ikke kunne kombineres i meta-analyser. Utfallene, resultatene og kvalitetsvurderingene er oppsummert i tabell 6.

*Tabell 6. Effekt av musikkterapi sammenlignet med vanlig oppfølging eller høytlesing i gruppe for personer med demens*

<b>Populasjon:</b> personer med demens <b>Setting:</b> hjemmeboende og institusjonsboende <b>Intervensjon:</b> Musikkterapi, inkludert å lytte til musikk <b>Sammenligning:</b> vanlig oppfølging, lesing i gruppe						
Utfall	Sammenligning av risiko i de to gruppene (95 % KI)		Relativ effekt (95 % KI)	Antall deltagere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentar
	Antatt risiko Vanlig oppfølging	Tilsvarende risiko Musikkterapi				
<b>Kognitiv funksjon</b> (målt med MMSE)	Gjennomsnittlig endring i kognitiv funksjon i kontrollgruppen var 0,37 poeng	Gjennomsnittlig endring i kognitiv funksjon i tiltaksgruppen var 0,20 poeng lavere (fra 0,71 lavere til 0,31 høyere)	MD -0,20 (-0,71 – 0,31)	30 (1)	⊕⊖⊖⊖ <b>Svært lav</b> <sup>1</sup>	Høyere skår indikerer bedre kognitiv funksjon
<b>Depresjon</b>	Statistisk signifikant forskjell mellom gruppene			30 (1)	⊕⊖⊖⊖ <b>Svært lav</b> <sup>1</sup>	Effektestimater ikke oppgitt i oversikten
<b>Angst</b>	Statistisk signifikant forskjell mellom gruppene			30 (1)	⊕⊖⊖⊖ <b>Svært lav</b> <sup>1</sup>	Effektestimater ikke oppgitt i oversikten
<b>Atferdsproblem</b>	Gjennomsnitt antall aggressiv atferd i kontrollgruppen var 4,5	Gjennomsnitt antall aggressiv atferd i tiltaksgruppen var 1,06 færre (fra 0,09 færre til 2,03 færre)	MD -1,06 (-2,03 – -0,09)	36 (1)	⊕⊖⊖⊖ <b>Svært lav</b> <sup>1</sup>	
<b>Livskvalitet</b>						Ikke rapportert i oversikten
<b>Daglig funksjon</b>						Ikke rapportert i oversikten
<b>Heldøgnsomsorg</b>						Ikke rapportert i oversikten
<b>Pårørende-utfall</b>						Ikke rapportert i oversikten

**KI:** Konfidensintervall; **MD:** gjennomsnittlig forskjell

<sup>1</sup> En studie med lav risiko for systematiske feil og få deltagere.

## **Hva sier dokumentasjonen om effekt av musikkterapi for personer med demens**

- Basert på denne dokumentasjonen av svært lav kvalitet kan vi ikke konkludere om musikkterapi har effekt på kognisjon, depresjon, angst og atferdsproblemer.
- Det mangler oppsummert dokumentasjon om musikkterapi har effekt på utfallene livskvalitet, daglig funksjon, heldøgnsomsorg samt utfall målt på pårørende.

## Sansestimuleringsterapi

Hensikten med den systematiske oversikten til Chung og medarbeidere fra 2002 (oppdatert litteratursøk i 2008) (27) var å undersøke effekten av sansestimulerings-terapi for personer med demens. Sansestimulering er en sammensatt metode for å stimulere syn, hørsel, lukt, smak, hudsans med bruk av for eksempel lys, berøring, musikk og duftende oljer. Målet med sansestimulering er å fremme positiv atferd og redusere eventuell uønsket atferd.

Oversikten inkluderte to studier. Den ene var en individuelt randomisert kontrollert studie og den andre var en klynge-kontrollert studie. Den randomiserte kontrollerte studien hadde 106 personer med demens som var rekruttert fra ulike dagsenter. Pasientene hadde moderat til alvorlig grad av demens, med gjennomsnittsalder 78 år. Pasientene i tiltaksgruppen fikk individuell sansestimulering av 30 minutter to ganger i uken i fire uker. Kontrollgruppen fikk et individuelt aktivitetsopplegg basert på pasientens ønsker. Studien målte kognitiv fungering med Mini Mental State Examination (MMSE). I den klynge-kontrollerte studien var de ulike avdelingene ikke randomisert. Studien undersøkte effekten av en individuell pleieplan hvor sansestimulering var integrert sammenlignet med vanlig oppfølging. Studien inkluderte 125 personer med demens som var rekruttert fra seks forskjellige alderspsykiatriske avdelinger. Tiltaket var et døgntilbud og strakk seg over 15 måneder. Studien målte depresjon og atferdsproblemer. Depresjon ble målt med Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD) og atferdsproblemer ble målt med Agression behaviour in dementia (CMAI).

Oversiktsforfatterne lagde ingen meta-analyser for noen av utfallene fordi tiltakene var ulikt organisert. Studiene målte kognitiv fungering og atferd både under og rett etter behandling, Vi har valgt bare å rapportere resultater etter at behandlingen var avsluttet. Ingen av studiene målte angst, livskvalitet, daglig funksjon, heldøgnsomsorg eller utfall målt på pårørende.

### ***Kvaliteten på dokumentasjonen om effekt av sansestimulering sammenlignet med vanlig oppfølging***

Vi har gradert kvaliteten av dokumentasjonen for sansestimulering til svært lav på grunn av høy risiko for systematiske skjevheter, og det var bare én studie med dette utfallet. Utfallene, resultatene og kvalitetsvurderingene er oppsummert i tabell 7.

*Tabell 7 Effekt av sansestimulering sammenlignet med vanlig oppfølging for personer med demens*

**Populasjon:** personer med demens (Alzheimer og vaskulær demens)

**Setting:** hjemmeboende og institusjonsboende

**Intervensjon:** Sansestimulering

**Sammenligning:** vanlig oppfølging med aktiviteter

Utfall	Sammenligning av risiko i de to gruppene (95 % KI)	Relativ effekt (95 % KI)	Antall deltagere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentar
	Antatt risiko    Tilsvarende risiko				



	Vanlig oppfølging	Sansestimulering				
<b>Kognitiv fungering (målt med MMSE)</b>	Gjennomsnittlig kognitiv fungering i kontrollgruppen var 7,2	Gjennomsnittlig kognitiv fungering i tiltaksgruppen var 2,37 poeng høyere (fra 0,04 høyere til 4,70 høyere)	MD 2,37 (0,04 – 4,70)	106 (1)	⊕⊕⊕⊕ <b>Svært lav</b> <sup>1</sup>	Høyere skår indikerer bedre kognitiv fungering
<b>Depresjon (målt med Cornell Scale)</b>	Gjennomsnittlig depresjon i kontrollgruppen var 7,88	Gjennomsnittlig depresjon i tiltaksgruppen var 0,44 poeng lavere (fra 0,95 høyere til 1,83 lavere)	MD -0,44 (-1,83 – 0,95)	122 (1)	⊕⊕⊕⊕ <b>Svært lav</b> <sup>1</sup>	Lavere skår indikerer mindre depresjon
<b>Angst</b>						Ikke rapportert i oversikten
<b>Atferdsproblem (målt med Aggressive behavior in dementia (CMAI))</b>	Gjennomsnittlig atferdsproblem i kontrollgruppen var 4,93	Gjennomsnittlig atferdsproblem i tiltaksgruppen var 1,40 poeng lavere (fra 0,54 høyere til 3,34 lavere)	MD -1,40 (-3,34 – 0,54)		⊕⊕⊕⊕ <b>Svært lav</b> <sup>1</sup>	Lavere skår indikerer mindre atferdsproblemer
<b>Livskvalitet</b>						Ikke rapportert i oversikten
<b>Daglig funksjon</b>						Ikke rapportert i oversikten
<b>Heldøgnsomsorg</b>						Ikke rapportert i oversikten
<b>Pårørende-utfall</b>						Ikke rapportert i oversikten

KI: Konfidensintervall; MD: gjennomsnittlig forskjell

<sup>1</sup> Høy risiko for systematiske skjevheter, og det var bare en liten studie på dette utfallet.

### ***Hva sier dokumentasjonen om effekt av sansestimulering for personer med demens?***

- Basert på denne dokumentasjonen av svært lav kvalitet kan vi ikke konkludere om sansestimulering har effekt på kognitiv fungering, depresjon og atferdsproblemer
- Det mangler oppsummert dokumentasjon om sansestimulering har effekt på utfallene angst, livskvalitet daglig funksjon, heldøgnsomsorg og utfall målt på pårørende.

## **2. Tiltak rettet mot utfordrende atferd**

### **Funksjonell analyse**

Vi identifiserte en systematisk oversikt innen tiltak rettet direkte mot utfordrende atferd hos personer med demens. Hensikten med den systematiske oversikten til Moniz Cock og medarbeidere fra 2012 (28) var å undersøke effekten av funksjonell analyse for å håndtere atferdsproblemer. Atferdsproblemer inkluderer symptomer som vrangforestillinger, hallusinasjoner, angst, depresjon, apati, agitasjon, aggresjon, vandring og manglende impulskontroll. Atferden kan forstås som pasientens

aktive forsøk på å håndtere eller uttrykke fysiske og/eller psykiske behov. Funksjonell analyse er basert på en analyse av atferd, utført av personale eller pårørende og forutsetter en nøyaktig beskrivelse av atferden, en analyse av hendelsen forut for atferden og konsekvensen av atferden.

Oversikten inkluderte til sammen 18 randomiserte kontrollerte studier. Alle studiene bortsett fra én ble gjennomført i Europa. De fleste personene med demens bodde hjemme, men i tre studier var det til sammen 736 personer med demens som var på institusjon. Tiltakene i de fleste studiene var sammensatte og funksjonell analyse var bare en del av tiltaket. De fleste studiene fokuserte på å styrke kunnskap hos pårørende eller helsepersonell gjennom trening, støtte og veiledning. Utfallene ble målt både på pasient og pårørende.

Fire studier med til sammen 722 personer med demens målte atferdsproblemer med Revised Memory and Behavior Problem Checklist (RMBPC) for personer med demens som bodde hjemme. Tiltaket varte fra tre måneder til 12 måneder. Det var 12 studier som ble slått sammen i meta-analyse og viste en liten reduksjon i tilfeller av uønsket atferd (SMD -0,10 (-0,20 -0,00)). Tre studier med til sammen 480 personer med demens (hjemmeboende og på institusjon) målte depresjon. Ingen av studiene målte kognitiv fungering, livskvalitet, angst, daglig funksjon eller heldøgnsomsorg.

Ti av studiene målte utfall på pårørende. Personene med demens som bodde hjemme og de pårørende fikk opplæring og trening i å bruke funksjonell analyse. I seks studier, med til sammen 624 personer med demens, var omsorgsbyrde målt, og i fem studier, med til sammen 573 deltagere, var depresjon hos pårørende målt.

### ***Kvaliteten på dokumentasjonen om effekt av funksjonell analyse sammenlignet med standard behandling***

Vi graderte dokumentasjonen til moderat kvalitet på grunn av uklarhet rundt skjult allokering og blinding av utfallsmåler i noen studier.

*Tabell 8. Effekt av funksjonell analyse sammenlignet med vanlig oppfølging for personer med demens*

Populasjon: personer med demens og atferdsproblemer						
Setting: hjemmeboende og i omsorgsbolig						
Intervensjon: funksjonell analyse						
Sammenligning: Vanlig oppfølging						
Utfall	Sammenligning av risiko i de to gruppene (95 % KI)		Relativ effekt (95 % KI)	Antall deltagere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentar
	Antatt risiko	Tilsvarende risiko				
	Vanlig oppfølging	Funksjonell analyse				

<b>Kognitiv fungering</b>						Ikke rapportert i oversikten
<b>Depresjon</b>	Gjennomsnittlig depresjons i tiltaksgruppen var 0,15 standardavvik lavere (fra 0,03 høyere til 0,33 lavere)	SMD -0,15 (-0,33 – 0,03)	480 (3)	⊕⊕⊕⊖ <b>Middels</b> <sup>1</sup>		Lavere skår indikerer mindre depresjon
<b>Angst</b>						Ikke rapportert i oversikten
<b>Atferdsproblem</b>	Gjennomsnittlig atferdsproblem var 0,02 standardavvik høyere i tiltaksgruppen (ra 0,17 høyere 0,13 lavere)	SMD 0,02 (-0,13 – 0,17)	722 (4)	⊕⊕⊕⊖ <b>Middels</b> <sup>1</sup>		Lavere skår indikerer mindre atferdsproblemer
<b>Livskvalitet</b>						Ikke rapportert i oversikten
<b>Daglig funksjon</b>						Ikke rapportert i oversikten
<b>Heldøgnsomsorg</b>						Ikke rapportert i oversikten
<b>Pårørendes omsorgsbyrde</b>	Gjennomsnittlig omsorgsbyrde i tiltaksgruppen var 0,13 standardavvik lavere (fra 0,03 høyere til 0,29 lavere)	SMD -0,13 (-0,29 – 0,03)	624 (6)	⊕⊕⊕⊖ <b>Middels</b> <sup>1</sup>		Lavere skår indikerer mindre omsorgsbyrde
<b>Pårørendes depresjon</b>	Gjennomsnittlig depresjons i tiltaksgruppen var 0,12 standardavvik lavere (fra 0,06 høyere til 0,30 lavere)	SMD -0,12 (-0,30 – 0,06)	573 (5)	⊕⊕⊕⊖ <b>Middels</b> <sup>1</sup>		Lavere skår indikerer mindre omsorgsbyrde.

KI: Konfidensintervall; SMD: standardisert gjennomsnittlig forskjell

<sup>1</sup> De fleste studiene hadde lav risiko for systematiske skjevheter, mulig risiko for publikasjonsskjevhet, konsistente funn til tross for ulikheter i populasjon, intervensjon og måleinstrumenter. Uklarheter rundt skjult allokering og blinding i noen studier.

## Hva sier dokumentasjonen om effekt av funksjonell analyse for personer med demens og atferdsproblemer?

- Funksjonell analyse rettet mot uønsket atferd hos personer med demens har trolig liten eller ingen effekt på depresjon, atferdsproblemer samt omsorgsbyrde, og depresjon hos pårørende.
- Det mangler oppsummert dokumentasjon om funksjonell analyse har effekt på utfallene kognitiv fungering, angst, livskvalitet, daglig funksjon og heldøgnsomsorg.

### 3. Tiltak rettet mot samsykelighet som angst og depresjon hos personer med demens

#### Psykologiske tiltak

Vi inkluderte en systematisk oversikt rettet mot samsykelighet (kormobiditet) som angst og depresjon hos personer med demens. Hensikten med den systematiske oversikten til Orgeta og medarbeidere fra 2014 (29) var å undersøke effekten av psykologiske tiltak for å redusere angst og depresjon hos personer med demens eller mild kognitiv svikt. Oversikten inkluderte seks randomiserte kontrollerte studier med til sammen 531 personer med demens. Personene hadde forskjellige former og ulik grad av demens, men de fleste hadde mild til moderat form for demens og

bodde hjemme. Gjennomsnittsalderen i studiene var fra ca. 76 år. I én studie var det 36 pasienter som bodde på sykehjem og gjennomsnittsalderen var 87 år. Bare én studie hadde klinisk angst som inklusjonskriterium.

To studier med til sammen 65 personer med demens undersøkte effekten av kognitiv atferdsterapi rettet mot å redusere angst (10-12 uker). Én studie med 40 personer med demens undersøkte effekten av individuell psykodynamisk terapi i seks uker sammenlignet med generelle råd (standard behandling). Én studie undersøkte effekten av individuell samtale og støtte. Dette tiltaket varte i 16 uker. To studier undersøkte sammensatte tiltak. Den ene av studiene hadde 330 personer med demens. Formålet var å undersøke effekten av undervisning, støtte og rådgivning og oppfølging gitt over telefon til pasient og pårørende. Den andre studien med 43 personer undersøkte effekten av kognitiv atferdsterapi og Tai Chi og støttegruppe sammenlignet med generell støtte og rådgivning (standard behandling). Tiltakene varte i åtte til 12 måneder i den ene og ti måneder i den andre studien. Studien rapporterte resultater rett etter at intervensjonen var avsluttet.

Alle de seks studiene målte depresjon, men brukte forskjellige måleverktøy. Fire studier med 381 personer med demens (kognitiv atferdsterapi og sammensatt behandling) målte utfallet *kognisjon* og brukte Mini Mental State Examination (MMSE). To studier med til sammen 65 personer med demens (kognitiv atferdsterapi) målte angst og brukte Raiting Anxiety in Dementia Scale (RAID). To studier med 313 personer med demens (psykodynamisk terapi og undervisning, støtte og rådgivning og oppfølging per telefon) målte Activity of Daily Living (ADL). I den ene studien ble Bristol Activities of Daily Living Scale brukt, en skala fra 0-60, der høyere skår indikerer lavere funksjon og Alzheimer's disease Cooperative Study-Activities of Daily Living (ADSC-ADL). Tre studier med til sammen 334 personer (kognitiv atferdsterapi og undervisning, støtte og rådgivning med støtte per telefon) målte selvrapporert livskvalitet og brukte Quality of Life in Alzheimer's disease (QoL AD). Ingen av studiene målte atferdsproblemer og heldøgnsomsorg.

Tre studier målte også effekten på depresjon hos pårørende. Studiene inkluderte 337 personer med demens og undersøkte effekten av psykologisk behandling rettet mot angst og depresjon hos personer med demens og målte også depresjon hos pårørende.

### ***Kvaliteten på dokumentasjonen om effekt av psykologiske tiltak sammenlignet med vanlig oppfølging***

Vi graderte dokumentasjonen for kognitiv funksjon og depresjon til middels kvalitet fordi det var uklarerhet rundt randomiseringsprosedyrene og blindingen av den som foretok registreringen i noen av studiene. Angst, atferdsproblemer, livskvalitet og daglig funksjon ble vurdert til å være av lav kvalitet fordi det i tillegg var få pasienter i sammenligningen og brede konfidensintervall.

Tabell 9. Effekt av psykologiske tiltak sammenlignet med vanlig oppfølging for personer med demens

Populasjon: personer med demens (og angst/depresjon)						
Setting: hjemmeboende og institusjonsboende						
Intervensjon: psykologiske tiltak						
Sammenligning: vanlig oppfølging						
Utfall	Sammenligning av risiko i de to gruppene (95 % KI)		Relativ effekt (95 % KI)	Antall delta-gere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentar
	Antatt risiko	Tilsvarende risiko				
	Vanlig oppfølging	Psykologisk terapi				
<b>Kognitiv fungering</b> (målt med MMSE)	Gjennomsnittlig kognitiv fungering i kontrollgruppen var fra 19,83 til 22,4 poeng	Gjennomsnittlig kognitiv fungering i tiltaksgruppen var 0,8 poeng høyere (fra til 0,11 lavere til 1,70 høyere)	MD -0,8 (-1,70 – 0,11)	381 (4)	⊕⊕⊕⊖ <b>Middels</b> <sup>1</sup>	Høyere skår indikerer bedre kognitiv fungering
<b>Depresjon</b>	Gjennomsnittlig depresjon i tiltaksgruppen var 0,22 standardavvik lavere (fra 0,44 lavere til 0,03 lavere)	Gjennomsnittlig depresjon i tiltaksgruppen var 4,57 poeng lavere (fra 7,81 lavere til 1,32 lavere).	SMD -0,22 (-0,41 – -0,03)	439 (6)	⊕⊕⊕⊖ <b>Middels</b> <sup>1</sup>	Lavere skår indikerer mindre depresjon
<b>Angst</b> (målt med RAID, skala fra 0 til 54)	Gjennomsnittlig angst i kontrollgruppen var fra 17,89 til 17,2 poeng	Gjennomsnittlig angst i tiltaksgruppen var 4,57 poeng lavere (fra 7,81 lavere til 1,32 lavere).	MD -4,57 (-7,81 – -1,32)	65 (2)	⊕⊕⊖⊖ <b>Lav</b> <sup>3</sup>	Lavere skår indikerer mer angst
<b>Atferdsproblem</b>						Ikke rapportert i oversikten
<b>Livskvalitet</b> (målt med QoL-AD)	Gjennomsnittlig livskvalitet i kontrollgruppen var fra 34,08 til 38,2 poeng	Gjennomsnittlig livskvalitet i tiltaksgruppen var 0,37 poeng høyere (fra 1,01 lavere til 1,75 høyere)	MD 0,37 (-1,01 – 1,75)	334 (3)	⊕⊕⊖⊖ <b>Lav</b> <sup>2</sup>	Høyere skåre indikerer bedre livskvalitet
<b>Daglig funksjon</b>	Gjennomsnittlig daglig funksjon var 0,13 standardavvik lavere i tiltaksgruppen (fra 0,09 høyere 0,35 lavere)	Gjennomsnittlig daglig funksjon var 0,35 poeng høyere i tiltaksgruppen (fra 0,09 høyere 0,35 lavere)	SMD -0,13 (-0,35 – 0,09)	313 (2)	⊕⊕⊖⊖ <b>Lav</b> <sup>3</sup>	Lavere skår indikerer bedre daglig funksjon
<b>Heldøgnsomsorg</b>						Ikke rapportert i oversikten
<b>Pårørendes depresjon</b>	Gjennomsnittlig depresjon i tiltaksgruppen var 0,07 standard avvik høyere (fra 0,29 høyere 0,14 lavere)	Gjennomsnittlig depresjon i tiltaksgruppen var 0,14 standard avvik høyere (fra 0,29 høyere 0,14 lavere)	SMD 0,07 (-0,14 – 0,29)	337 (3)	⊕⊕⊕⊖ <b>Middels</b> <sup>1</sup>	Lavere skår indikerer mindre depresjon

KI: Konfidensintervall; MD: gjennomsnittlig forskjell, SMD: standardisert gjennomsnittlig forskjell

<sup>1</sup> De fleste studiene hadde lav risiko for systematiske skjevheter, men det var noen uklare elementer ifølge forfatterne, det var konsistente funn til tross for veldig brede konfidensintervall.

<sup>2</sup> De fleste studiene hadde lav risiko for systematiske skjevheter, men noen uklareheter. Det var konsistente funn, men det var få studier med relativt sett få deltagere. <sup>3</sup> To studier med noen uklareheter når det gjaldt randomiseringsprosedyre og blinding og relativt få deltagere.

## Hva sier dokumentasjonen om effekt av psykologiske tiltak for personer med demens?

- Psykologiske tiltak gitt til personer med demens gir trolig noe mindre depresjon, men har trolig liten eller ingen effekt på kognitiv fungering samt depresjon hos pårørende.

- Psykologiske tiltak gir muligens noe mindre angst, men har muligens liten eller ingen effekt på livskvalitet og daglig funksjon.
- Det mangler oppsummert dokumentasjon om psykologiske tiltak har effekt på utfallene atferdsproblemer og heldøgnsomsorg.

### **Oversiktstabell – tiltak og utfall fra de inkluderte systematiske oversiktene**

Tabellen nedenfor gir en oversikt over tiltakene og de viktigste resultatene fra de inkluderte systematiske oversiktene om: 1) tiltak rettet mot kognitive symptomer og opprettholdelse av funksjon (kolonne 1-6), 2) tiltak rettet mot utfordrende atferd (kolonne 7) og 3) tiltak rettet mot angst og depresjon hos personer med demens (kolonne 8). Resultatene er illustrert ved hjelp av piler\* for å forklare retningen på effekten. Tilliten til resultatet er vist med symboler, der ett plusstegn betyr svært lav tillit, to plusstegn betyr lav tillit og tre plusstegn betyr middels tillit. Vi har valgt å illustrere retningen på effekten for alle, selv der dokumentasjonen er av svært lav kvalitet.

*Oversiktstabell – Tiltak og utfall fra de inkluderte systematiske oversiktene*

Tiltak	Kognitiv trening og rehabilitering sammenlignet med vanlig oppfølging	Kognitiv stimulering sammenlignet med vanlig oppfølging	Erindrings-terapi sammenlignet med ingen tiltak	Valideringsterapi sammenlignet med vanlig praksis	Musikkterapi sammenlignet med vanlig praksis eller høytlesing	Sansestimulering sammenlignet med vanlig oppfølging	Funksjonell analyse sammenlignet med vanlig oppfølging	Psykologiske tiltak spesielt rettet mot angst og depresjon sammenlignet med vanlig oppfølging
Utfall								
Kognitiv fungering	↔ ⊕⊕⊕⊕	↑ ⊕⊕⊕⊕	↔ ⊕⊕⊕⊕	↔ ⊕⊕⊕⊕	↔ ⊕⊕⊕⊕	↑ ⊕⊕⊕⊕	–	↔ ⊕⊕⊕⊕
Depresjon	↔ ⊕⊕⊕⊕	↔ ⊕⊕⊕⊕	↔ ⊕⊕⊕⊕	↔ ⊕⊕⊕⊕	↑ ⊕⊕⊕⊕	↔ ⊕⊕⊕⊕	↔ ⊕⊕⊕⊕	↑ ⊕⊕⊕⊕
Angst	–	↔ ⊕⊕⊕⊕	–	–	↑ ⊕⊕⊕⊕	–	–	↑ ⊕⊕⊕⊕
Atferdsproblem	–	↔ ⊕⊕⊕⊕	↔ ⊕⊕⊕⊕	↔ ⊕⊕⊕⊕	↑ ⊕⊕⊕⊕	↔ ⊕⊕⊕⊕	↔ ⊕⊕⊕⊕	–
Livskvalitet	–	↑ ⊕⊕⊕⊕	↔ ⊕⊕⊕⊕	–	–	–	–	↔ ⊕⊕⊕⊕
Daglig funksjon	↔ ⊕⊕⊕⊕	↔ ⊕⊕⊕⊕	↔ ⊕⊕⊕⊕	↔ ⊕⊕⊕⊕	–	–	–	↔ ⊕⊕⊕⊕
Heldøgnsomsorg	–	–	–	–	–	–	–	–
Pårørendes omsorgsbyrder	↔ ⊕⊕⊕⊕	↔ ⊕⊕⊕⊕	–	–	–	–	↔ ⊕⊕⊕⊕	–

\* ↑ positiv effekt, ↓ negativ effekt, ↔ ingen statistisk signifikant forskjell, – ikke data på dette utfallet

---

# Diskusjon

Vi inkluderte åtte systematiske oversikter som var av høy metodisk kvalitet (22-29). Oversiktene rapporterte funn fra 61 enkeltstudier (60 randomiserte kontrollerte studier og én klyngekontrollert studie) som var relevante for vår problemstilling. Vi graderte den samlede dokumentasjonen for alle de relevante utfallene ned til moderat, lav og svært lav kvalitet. Ingen av studiene var gjennomført i Norge.

Våre hovedfunn er at: Kognitiv stimulering trolig gir bedre kognitiv fungering og livskvalitet umiddelbart etter at tiltaket var avsluttet. Forskjellen mellom gruppene var ikke statistisk signifikant ved oppfølging etter tre måneder. Funksjonell analyse rettet mot uønsket atferd hos personer med demens har trolig liten eller ingen effekt på depresjon og atferdsproblemer, samt omsorgsbyrde og depresjon hos pårørende. Psykologiske tiltak rettet mot angst og depresjon hos personer med demens gir trolig noe mindre depresjon og muligens noe mindre angst, men har trolig liten eller ingen effekt på kognitiv fungering samt depresjon hos pårørende. I tillegg fant vi at tiltak som kognitiv trening og rehabilitering, erindringsterapi og valideringsterapi muligens har liten eller ingen effekt for personer med demens. Vi kan ikke konkludere om musikkterapi og sansestimulering har effekt på personer med demens. Det er en gjennomgående mangel på forskning om utfallet heldøgnsomsorg.

---

## Styrker og svakheter

---

Denne rapporten er en oversikt over systematiske oversikter. En slik paraplyoversikt kan være en god måte å få en bred oversikt over et forskningsfelt, men det er viktig å understreke at metoden ikke gir uttømmende kunnskap på området. Det kan finnes nye studier av psykologiske tiltak gitt til personer med demens som er publisert etter søketidspunktene i de systematiske oversiktene. Vi brukte en systematisk fremgangsmåte der vi forhåndsdefinerte inklusjonskriterier, systematiske søk, kvalitetskriterier og analysemåter. Vi har bare inkludert Cochrane-oversikter, og det kan finnes andre og nyere systematiske oversikter av høy kvalitet. Vi er gjort kjent med at det er publisert fem andre systematiske oversikter som omhandler musikk (30, 31), kognitiv trening og stimulering (15), erindring (32) og ulike psykologiske tilnærminger (14). Disse oversiktene har ikke inkludert andre randomisert kontrollerte



studier enn Cochrane-oversiktene. Forfatterne av de nevnte oversiktene har benyttet mindre stringente metoder og endrer ikke våre konklusjoner.

Oversiktene som vi inkluderte hadde utført søk på ulike søketidspunkter, tre hadde ikke utført litteratursøk siden 2004, 2005 og 2008. Når litteratursøkene ikke var oppdaterte så vet vi ikke om det skyldes at det ikke finnes nyere forskning på dette feltet eller om det skyldes andre faktorer. Dersom det er tilkommet nyere enkeltstudier, vet vi ikke om de ville endret konklusjonene eller om de ville bekreftet oversiktsforfatterens konklusjoner.

Det kan også være nyere relevant forskning som er publisert, men som ikke var inkludert i oversiktene vi fant. Det vil trolig gjelde enkelte forskningsområder hvor det ikke er kommet mange nok randomiserte kontrollerte studier til at det har vært grunnlag for å lage systematiske oversikter. Vi er klar over at det finnes over 40 protokoller for systematiske oversikter om personer med demens, hvorav et dusin omhandler diagnostiske tester. Noen omhandler medikamenter, men mange av de nyeste protokollene omhandler effekten av ikke-medikamentelle tiltak for personer med demens (33-42) som for eksempel dans og bevegelse, kunstterapi, teknologiske hjelpetiltak og personlig tilrettelagt aktivitet.

Det er en utfordring å sammenstille resultater fra studier der både tiltak, utfall og hvordan en måler disse kan variere og at de dessuten ikke alltid er tilstrekkelig godt beskrevet i den systematiske oversikten. Oversikten har også ofte begrensede opplysninger om de enkelte tiltakene eller hvilke helseprofesjoner som har gitt dem, og konklusjonen kan være for generelle til å være nyttige å bruke i praksis. I flere av de inkluderte oversiktene er intervensjonen i kontrollgruppen også dårlig beskrevet, og det er forskjellig hva som er standard tiltak. I enkelte av oversiktene har det ikke latt seg gjøre å slå sammen resultater på tvers av studiene fordi det er brukt ulike måleverktøy. Det kan derfor være en fordel om fremtidig forskning i størst mulig grad bruker like og validerte metoder for å måle utfallene. Det at studiene har inkludert personer i ulike faser av sykdommen og med forskjellige typer demens kan også skape usikkerhet når det gjelder effekten av tiltakene. Vi har valgt å rapportere resultatene rett etter at tiltaket var avsluttet, for musikkterapi og sansestimulering var det også gjort målinger mens behandlingen pågikk.

---

## **Kvaliteten på dokumentasjonen**

---

Det at vi vurderer en systematisk oversikt til å ha høy kvalitet etter forhåndsdefinerte kriterier, betyr ikke at alle enkeltstudiene nødvendigvis er av høy kvalitet. I

graderingen av enkeltstudiene ble flere svakheter og usikkerheter trukket frem. Det er blant annet problematisk at så mange av enkeltstudiene er uklare i rapportering av måten studien ble utført på og særlig hvordan randomiseringsprosessen var og manglende blinding. Det er viktig å være oppmerksom på at risikoen for systematiske feil hvor det mangler blinding og skjult allokering er større i studier med subjektive utfallsmål (43).

Svakheter ved metodene i enkeltstudiene får konsekvenser for hvordan vi graderer dokumentasjonen. Samlet styrke og antall deltakere påvirker også graderingen. Når vi konkluderer med at dokumentasjonen er av lav eller svært lav kvalitet anser vi funnene som mindre troverdige. Det betyr at vi tror at effektestimater kan være vesentlig forskjellig fra den sanne effekten av tiltaket. Altså vil ny forskning kunne endre våre konklusjoner. For flere av sammenligningene var kvaliteten på dokumentasjonen lav og svært lav. Det betyr ikke at tiltakene ikke virker. Når dokumentasjonen er av lav og svært lav kvalitet er det usikkerhet knyttet til effektestimater og vi er usikre på om effektestimater viser tiltakets sanne effekt.

---

## **Våre konklusjoner sammenlignet med andres**

---

Konklusjonen om positiv effekt av kognitiv stimulering er i tråd med en systematisk oversikt om helseøkonomiske gevinster ved dette, og andre, ikke-medikamentelle tiltak (44). Funnene våre om manglende store, positive effekter av kognitiv trening og rehabilitering, erindringsterapi, valideringsterapi, musikk, sansestimulering og funksjonell analyse er i samsvar med oversiktsforfatterenes konklusjoner (22, 24-28). Dokumentasjonsgrunnlaget i fem andre systematiske oversikter som omhandler musikkterapi (30, 31), kognitiv trening og stimulering (15), erindringsterapi (32) og ulike psykologiske tiltak (14) er det samme som i de inkluderte Cochrane-oversiktene og støtter våre konklusjoner.

For flere av tiltakene er funnene ikke statistisk signifikante. Det kan skyldes at det er for få personer med i studiene eller at tiltaket ikke har en stor positiv effekt. Når SMD er over 0.24 anses effekten for å være klinisk signifikant for utfallet depresjon (45). Funnene våre er muligens heller ikke klinisk signifikante for utfallet depresjon.

---

# Konklusjon

Kognitiv stimulering gir trolig bedre kognitiv fungering og livskvalitet umiddelbart etter at tiltaket var avsluttet. Forskjellen mellom gruppene var ikke statistisk signifikant ved oppfølging etter tre måneder. Funksjonell analyse rettet mot uønsket atferd hos personer med demens har trolig liten eller ingen effekt på depresjon og atferdsproblemer, samt omsorgsbyrde og depresjon hos pårørende. Psykologiske tiltak rettet mot angst og depresjon hos personer med demens gir trolig noe mindre depresjon og muligens noe mindre angst, men har trolig liten eller ingen effekt på kognitiv fungering, samt depresjon hos pårørende.

I tillegg fant vi at tiltak som kognitiv trening og rehabilitering, erindringsterapi og valideringsterapi muligens har liten eller ingen effekt for personer med demens. Vi kan ikke konkludere om musikkterapi og sansestimulering har effekt for personer med demens. Det er en gjennomgående mangel på oppsummert forskning om utfallet heldøgnsomsorg.

---

## Behov for videre forskning

---

Det mangler dokumentasjon for flere viktige utfall i mange av sammenligningene. Dette kan bety at det bør forskes mer. Det er en gjennomgående mangel på oppsummert forskning om utfallet heldøgnsomsorg.

Vi har samlet inn oppsummert forskning og kan derfor ikke si noe sikkert om dagens totale kunnskapsbildet. Søket etter systematiske oversikter ble gjennomført våren 2014, men flere av de inkluderte oversiktene hadde søketidspunkt fra 2008 eller tidligere og nyere enkeltstudier kan endre våre konklusjoner. Det kan være et behov for oppdatering av disse oversiktene for å finne ut om nyere enkeltstudier er tilkommet. Vi vet at det finnes protokoller for systematiske oversikter som for eksempel dans og bevegelse, kunstterapi, teknologiske hjelpetiltak og personlig tilrettelagt aktivitet for personer med demens.

Totalt sett var det mange randomiserte kontrollert studier om effekt av psykologiske tiltak for personer med demens. Det var derimot få studier for hver av sammenligningene noe som gjør resultatene usikre og som kan tolkes som et mulig forskningsbehov.

Varigheten av tiltaket var relativt kort i de fleste studiene, og det var få studier som fulgte personene etter at tiltakene var avsluttet, noe som gjør at funnene over tid er usikre. I enkelte av studiene var det svært få personer med demens som deltok og nyere studier bør ha tilstrekkelig antall deltagere til at funnene blir statistisk mer robuste og pålitelige. I svært mange studier var det usikkerhet knyttet til rapporteringen av den metodiske fremgangsmåten, særlig med tanke på randomiseringsprosedyre, men også når det gjaldt blinding. Dette er dessverre ikke unikt for dette fagfeltet (46). Nyere studier bør følge eksisterende retningslinjer for rapportering av metode og resultater.

---

# Referanser

1. Brækhus A, Dahl TE, Engedal K, Laake K. Hva er demens? 5. utg. Tønsberg: Aldring og helse; 2013.
2. Helse- og omsorgsdepartementet. Demensplan 2015 : «den gode dagen» : delplan til Omsorgsplan 2015. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2011
3. Brody AA, Galvin JE. A review of interprofessional dissemination and education interventions for recognizing and managing dementia. *Gerontology & Geriatrics Education* 2013;34(3):225-256.
4. Rosness TA, Haugen PK, Engedal K. [Early onset dementia]. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening* 2011;131(12):1194-1197.
5. Cherry M, Salmon P, Dickson J, Powell D, Sikdar S, Ablett J. Factors influencing the resilience of carers of individuals with dementia. *Reviews in Clinical Gerontology* 2013;23(4):251-266.
6. Brodaty H, Arasaratnam C. Meta-analysis of nonpharmacological interventions for neuropsychiatric symptoms of Dementia. *American Journal of Psychiatry* 2012;169(9):946-953.
7. Modrego PJ. Depression in Alzheimer's disease. Pathophysiology, diagnosis, and treatment. *Journal of Alzheimer's Disease* 2010;21(4):1077-1087.
8. Dementia diagnosis and assessment. NICE Pathways. Manchester: National Institute for Health and Care Excellence; 2014
9. Quinn TJ, Fearon P, Noel-Storr AH, Young C, McShane R, DJ S. Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014(4):CD010079.
10. Bradford A, Kunik ME, Schulz P, Williams SP, Singh H. Missed and delayed diagnosis of dementia in primary care: Prevalence and contributing factors. *Alzheimer Disease and Associated Disorders* 2009;23(4):306-314.
11. Etablering og drift av demensteam. Demensutredning i primærhelsetjenesten. Håndbok. Oslo: Helsedirektoratet og Nasjonalt kompetansesenter Aldring og helse; 2011
12. Gjerstad L FT, Andersson S. Demenssykdommer Årsaker, diagnostikk og behandling. Oslo: Gyldendal; 2013.

13. National Institute for Health and Care Excellence. Dementia interventions. Manchester: National Institute for Health and Care Excellence; 2014. (NICE Pathways).
14. Livingston G, Johnston K, Katona C, Paton J, Lyketsos CG. Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia. *Am J Psychiatry* 2005;162(11):1996-2021.
15. Spector A, Orrell M, Hall L. Systematic review of neuropsychological outcomes in dementia from cognition-based psychological interventions. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2012;34(3-4):244-255.
16. Becker LA, Oxman AD. Chapter 22: Overviews of reviews. In: Higgins JPT, Green S (editors). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. Chichester (UK): John Wiley & Sons, 2008. Tilgjengelig fra: [www.cochrane-handbook.org](http://www.cochrane-handbook.org).
17. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Slik oppsummerer vi forskning. Håndbok for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Mars 2013. Oslo Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2013.
18. Gordon H, Guyatt b, Andrew D, Oxman, Holger J, Sch€ , Peter Tugwelld AK, unemanna b. Grade series - Guest editors, Sharon Straus and Sasha Shepperd. Grade guidelines: A new series of articles in the *Journal of Clinical Epidemiology*. *Journal of Clinical Epidemiology* 2011;2011(64):380-382.
19. Dahm K, Dalsbø TK, Håvelsrud K, Reinart L. Effekt av psykologiske tiltak for personer med demens (under utarbeidelse). 1890-1298 Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2014
20. Cameron Michelle HL, E Lee, Helen. Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS) for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*: John Wiley & Sons, Ltd; 2003. p. CD004032.
21. Sampson Elizabeth L, Candy B, Jones L. Enteral tube feeding for older people with advanced dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*: John Wiley & Sons, Ltd; 2009.
22. Bahar-Fuchs A, Clare L, Woods B. Cognitive training and cognitive rehabilitation for mild to moderate Alzheimer's disease and vascular dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013(6):CD003260.
23. Woods B, Aguirre E, Spector Aimee E, Orrell M. Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012(2):CD005562.
24. Woods B, Spector Aimee E, Jones Catherine A, Orrell M, Davies Stephen P. Reminiscence therapy for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005(2):CD001120.
25. Neal M, Barton Wright P. Validation therapy for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003. p. CD001394.
26. Vink Annemiek C, Bruinsma Manon S, Scholten Rob JPM. Music therapy for people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003(4):CD003477.

27. Chung Jenny CC, Lai Claudia KY. Snoezelen for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002(4):CD003152.
28. Moniz Cook Esme D, Swift K, James I, Malouf R, De Vugt M, Verhey F. Functional analysis-based interventions for challenging behaviour in dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012(2):CD006929.
29. Orgeta V QA, Spector AE, Orrell M. Psychological treatments for depression and anxiety in dementia and mild cognitive impairment. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014;2014( 1):CD009125.
30. Ueda T, Suzukamo Y, Sato M, Izumi S. Effects of music therapy on behavioral and psychological symptoms of dementia: a systematic review and meta-analysis. *Ageing Res Rev* 2013;12(2):628-641.
31. Vasionyte I, Madison G. Musical intervention for patients with dementia: a meta-analysis. *J Clin Nurs* 2013;22(9-10):1203-1216.
32. Subramaniam P, Woods B. The impact of individual reminiscence therapy for people with dementia: systematic review. *Expert Rev Neurother* 2012;12(5):545-555.
33. Nelis S, Quinn C, Clare L. Information and support interventions for informal caregivers of people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007(2):CD006440.
34. Reilly S, Miranda-Castillo C, Sandhu S, Hoe J, Challis D, Orrell M. Case/care management approaches to home support for people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010(2):CD008345.
35. Lins S, Rücker G, Motschall E, Langer G, Antes G, Meyer G. Efficacy and experiences of telephone counselling for informal carers of people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011(5):CD009126.
36. Möhler R, Renom A, Renom H, Meyer G. Personally-tailored activities for improving psychosocial outcomes for people with dementia in long-term care. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012(4):CD009812.
37. Van der Roest Henriëtte G, Wenborn J, Dröes R-M, Orrell M. Assistive technology for memory support in dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012(2):CD009627.
38. Marcano Belisario José S, Tudor Katarina I, Sumalinog Aurelius Rafael N, Middleton Lefkos T, Car J. Educational interventions for improving the skills of medical practitioners to detect, diagnose, and manage people with cognitive impairment and dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013(6):CD010580.
39. Renom A, Möhler R, Renom H, Meyer G. Personally-tailored activities for improving psychosocial outcomes for people with dementia in community settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013(5):CD010515.
40. Deshmukh Sunita R, Holmes J, Cardno A. Art therapy for people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014(4):CD011073.

41. Flynn Eadaoin P, Smith Christina H, Walsh Cathal D, Walshe M. Modifying the consistency of food and fluids for swallowing difficulties in dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014(4):CD011077.
42. Karkou V, Meekums B. Dance movement therapy for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014(3):CD011022.
43. Guyatt GH, Oxman AD, Vist G, Kunz R, Brozek J, Alonso-Coello P, et al. GRADE guidelines: 4. Rating the quality of evidence--study limitations (risk of bias). *J Clin Epidemiol* 2011;64(4):407-415.
44. Knapp M, Iemmi V, Romeo R. Dementia care costs and outcomes: a systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2013;28(6):551-561.
45. Cuijpers P, Turner EH, Koole SL, van Dijke A, Smit F. What is the threshold for a clinically relevant effect? The case of major depressive disorders. *Depression and Anxiety* 2014;31(5):374-378.
46. Hopewell S, Collins GS, Boutron I, Yu L-M, Cook J, Shanyinde M, et al. Impact of peer review on reports of randomised trials published in open peer review journals: retrospective before and after study. *BMJ* 2014;349.



# Vedlegg

## Vedlegg 1 Vurdering av oversiktens metodiske kvalitet

I tabellen nedenfor er det listet opp alle de systematiske oversiktene som er vurdert (venstre kolonne). I den andre kolonnen fremgår det hvem av rapportens forfattere som har foretatt vurderingen. De øvrige kolonnene, merket 1 til 9 er hentet fra sjekklisten og viser hvordan vi har vurdert de ni elementene som inngår i sjekklisten for vurdering av kvaliteten på systematiske oversikter. Kolonnen til høyre er en oppsummering av hvordan vi samlet vurderte kvaliteten til de inkluderte oversiktene.

Oversikt	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Kvalitet
Woods 2005	Ja	Ja	Ja	Uklart	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Høy
Neal 2003	Ja	Ja	Ja	Uklart	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Høy
Chung 2002	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Høy
Vink 2003	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Delvis	Ja	Høy
Woods 2012	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Høy
Moniz Cook 2012	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Høy
Bahar-Fuchs 2013	Ja	Delvis	Ja	Delvis	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Høy
Orgeta 2014	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Høy

## Kritisk vurdering av systematiske oversiktsartikler

		JA	UKLART/ DELVIS	NEI
1	Beskriver forfatterne klart hvilke metoder de brukte for å finne kunnskapsgrunnlaget (primærforskningen)?			
2	Er litteratursøket så omfattende at det er sannsynlig at alle studier er funnet (inkludert flere språk, flere aktuelle databaser, gjennom søkt referanselister, forfattere/eksperter kontaktet)?			
3	Beskriver forfatterne hvilke kriterier som ble brukt for å bestemme hvilke studier som skulle inkluderes (studiedesign, deltakere, tiltak, endepunkter)?			
4	Er det sikret mot systematiske skjevheter (bias) ved seleksjon av studier (definerte seleksjonskriterier, vurdering gjort av flere personer uavhengig av hverandre)?			
5	Er kriteriene som er brukt for å vurdere kvaliteten (intern validitet) av de inkluderte studiene, klart beskrevet?			
6	Er den interne validiteten av alle studiene som det er referert til i teksten, vurdert ved hjelp av relevante kriterier (enten under seleksjon av studier eller i analysen av studiene)?			
7	Er metodene som ble brukt da resultatene ble sammenfattet, klart beskrevet?			
8	Ble resultatene fra studiene sammenfattet forsvarlig sett i lys av spørsmålet som oversikten handler om?			
9	Er forfatterens konklusjoner støttet av data og analyser som er beskrevet eller rapportert i oversikten?			
10	Hvordan vil du rangere kvaliteten i oversikten?	Høy, Middels, Lav		

## Vedlegg 2 Beskrivelse av inkludert systematiske oversikter

<b>Bahar-Fuchs 2013</b>	<b>Cognitive training and cognitive rehabilitation for mild to moderate Alzheimer's disease and vascular dementia</b>
Population	People with mild Alzheimer's disease or vascular dementia
Intervention(s)	Cognitive training and cognitive rehabilitation
Search methods	The CDCIG Specialized Register, ALOIS, which contains records from MEDLINE, EMBASE, CINAHL, PsycINFO, LILACS and many other clinical trial databases and grey literature sources, was most recently searched on 2 November 2012
Selection criteria	Randomised controlled trials (RCTs), published in English, comparing cognitive rehabilitation or cognitive training interventions with control conditions, and reporting relevant outcomes for the person with dementia and/or the family caregiver
Included trials	Eleven RCTs reporting cognitive training interventions were included in the review. A large number of measures were used in the different studies, and meta-analysis could be conducted for 11 of the primary and secondary outcomes of interest. Several outcomes were not measured in any of the studies.
Data	The unit of analysis in the meta-analysis was the change from baseline score. Overall estimates of treatment effect were calculated using a fixed-effect model, and statistical heterogeneity was measured using a standard Chi <sup>2</sup> statistic. One RCT of cognitive rehabilitation was identified, allowing examination of effect sizes, but no meta-analysis could be conducted. Cognitive training was not associated with positive or negative effects in relation to any reported outcomes. The overall quality of the trials was low to moderate. The single RCT of cognitive rehabilitation found promising results in relation to a number of participant and caregiver outcomes, and was generally of high quality.
Conclusion	Available evidence regarding cognitive training remains limited, and the quality of the evidence needs to improve. However, there is still no indication of any significant benefit derived from cognitive training. Trial reports indicate that some gains resulting from intervention may not be captured adequately by available standardised outcome measures. The results of the single RCT of cognitive rehabilitation show promise but are preliminary in nature. Further, well-designed studies of cognitive training and cognitive rehabilitation are required to obtain more definitive evidence. Researchers should describe and classify their interventions appropriately using available terminology.
<b>Woods 2012</b>	<b>Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia</b>
Population	People with dementia
Intervention(s)	Cognitive stimulation is an intervention for which offers a range of enjoyable activities providing general stimulation for thinking, concentration and memory usually in a social setting, such as a small group. Its roots can be traced back to Reality Orientation (RO), which was developed in the late 1950s as a response to confusion and disorientation in older patients in hospital units in the USA. RO emphasised the engagement of nursing assistants in a hopeful, therapeutic process

	<p>but became associated with a rigid, confrontational approach to people with dementia, leading to its use becoming less and less common. Cognitive stimulation is often discussed in normal ageing as well as in dementia. This reflects a general view that lack of cognitive activity hastens cognitive decline. With people with dementia, cognitive stimulation attempts to make use of the positive aspects of RO whilst ensuring that the stimulation is implemented in a sensitive, respectful and person-centred manner. There is often little consistency in the application and availability of psychological therapies in dementia services</p>
Search methods	<p>Search of the Cochrane Dementia and Cognitive Improvement Group Specialized Register, called ALOIS (updated 6 December 2011). The search terms used were: cognitive stimulation, reality orientation, memory therapy, memory groups, memory support, memory stimulation, global stimulation, cognitive psychostimulation. Supplementary searches were performed in a number of major healthcare databases and trial registers to ensure that the search was up to date and comprehensive</p>
Selection criteria	<p>All randomised controlled trials (RCTs) of cognitive stimulation for dementia which incorporated a measure of cognitive change were included</p>
Included trials	<p>Fifteen RCTs were included in the review. Six of these had been included in the previous review of RO. The studies included participants from a variety of settings, interventions that were of varying duration and intensity, and were from several different countries</p>
Data	<p>Data were entered in the meta-analyses for 718 participants (407 receiving cognitive stimulation, 311 in control groups). The primary analysis was on changes that were evident immediately at the end of the treatment period. A few studies provided data allowing evaluation of whether any effects were subsequently maintained. A clear, consistent benefit on cognitive function was associated with cognitive stimulation (standardised mean difference (SMD) 0.41, 95% CI 0.25 to 0.57). This remained evident at follow-up one to three months after the end of treatment. In secondary analyses with smaller total sample sizes, benefits were also noted on self-reported quality of life and well-being (standardised mean difference: 0.38 [95% CI: 0.11, 0.65]); and on staff ratings of communication and social interaction (SMD 0.44, 95% CI 0.17 to 0.71). No differences in relation to mood (self-report or staff-rated), activities of daily living, general behavioural function or problem behaviour were noted. In the few studies reporting family caregiver outcomes, no differences were noted. Importantly, there was no indication of increased strain on family caregivers in the one study where they were trained to deliver the intervention</p>
Conclusion	<p>There was consistent evidence from multiple trials that cognitive stimulation programmes benefit cognition in people with mild to moderate dementia over and above any medication effects. However, the trials were of variable quality with small sample sizes and only limited details of the randomisation method were apparent in a number of the trials. Other outcomes need more exploration but improvements in self-reported quality of life and well-being were promising. Further research should look into the potential benefits of longer term cognitive stimulation programmes and their clinical significance.</p>
<b>Woods 2005</b>	<b>Reminiscence therapy for dementia</b>
Population	People with dementia and their caregivers

Intervention(s)	Reminiscence Therapy (RT) involves the discussion of past activities, events and experiences with another person or group of people, usually with the aid of tangible prompts such as photographs, household and other familiar items from the past, music and archive sound recordings. Reminiscence groups typically involve group meetings in which participants are encouraged to talk about past events at least once a week. Life review typically involves individual sessions, in which the person is guided chronologically through life experiences, encouraged to evaluate them, and may produce a life story book. Family care-givers are increasingly involved in reminiscence therapy. Reminiscence therapy is one of the most popular psychosocial interventions in dementia care, and is highly rated by staff and participants
Search methods	Search of the Specialised Register of the Cochrane Dementia and Cognitive Improvement Group on 4 May 2004 using the term "reminiscence". The CDCIG Specialized Register contains records from all major health care databases (MEDLINE, EMBASE, PsycLIT, CINAHL) and many ongoing trials databases and is regularly updated. We contacted specialists in the field and also searched relevant Internet sites. We hand-searched Aging and Mental Health, the Gerontologist, Journal of Gerontology, Current Opinion in Psychiatry, Current Research in Britain: Social Sciences, British Psychological Society conference proceedings and Reminiscence database
Selection criteria	Randomised controlled trials and quasi-randomized trials of reminiscence therapy for dementia
Included trials	Five trials are included in the review, but only four trials with a total of 144 participants had extractable data.
Data	The results were statistically significant for cognition (at follow-up), mood (at follow-up) and on a measure of general behavioural function (at the end of the intervention period). The improvement on cognition was evident in comparison with both no treatment and social contact control conditions. Care-giver strain showed a significant decrease for care-givers participating in groups with their relative with dementia, and staff knowledge of group members' backgrounds improved significantly. No harmful effects were identified on the outcome measures reported.
Conclusion	Whilst four suitable randomized controlled trials looking at reminiscence therapy for dementia were found, several were very small studies, or were of relatively low quality, and each examined different types of reminiscence work. Although there are a number of promising indications, in view of the limited number and quality of studies, the variation in types of reminiscence work reported and the variation in results between studies, the review highlights the urgent need for more and better designed trials so that more robust conclusions may be drawn.

<b>Neal 2003</b>	<b>Validation therapy for dementia</b>
Population	People with dementia or cognitive impairment
Intervention(s)	Validation therapy was developed by Naomi Feil between 1963 and 1980 for older people with cognitive impairments. Initially, this did not include those with organically-based dementia, but the approach has subsequently been applied in work with people who have a dementia diagnosis. Feil's own approach classifies individuals with cognitive impairment as having one of four stages in a continuum of dementia: these stages are Mal orientation, Time Confusion, Repetitive Motion and

	Vegetation. The therapy is based on the general principle of validation, the acceptance of the reality and personal truth of another's experience, and incorporates a range of specific techniques. Validation therapy has attracted a good deal of criticism from researchers who dispute the evidence for some of the beliefs and values of validation therapy, and the appropriateness of the techniques.
Search methods	The trials were identified from the Specialized Register of the Cochrane Dementia and Cognitive Improvement Group (CDCIG) on 5 August 2005 using the terms validation therapy, VTD and emotion-oriented care. The Specialized Register at that time contained records from the following databases: MEDLINE, EMBASE, CINAHL, PSYCLIT, and SIGLE plus many ongoing trials databases.
Selection criteria	All randomised controlled trials (RCTs) examining validation therapy as an intervention for dementia were considered for inclusion in the review. The criteria for inclusion comprised systematic assessment of the quality of study design and the risk of bias. Data collection and analysis: Data were extracted independently by both reviewers. Authors were contacted for data not provided in the papers.
Included trials	Three studies were identified that met the inclusion criteria (Peoples 1982; Robb 1986; Toseland 1997) incorporating data on a total of 116 patients (42 in experimental groups, and 74 in the control groups (usual care 43 and social contact 21, 10 in reality orientation).
Data	It was not possible to pool the data from the 3 included studies, either because of the different lengths of treatment or choice of different control treatments, or because the outcome measures were not comparable. Two significant results were found: Peoples 1982 - Validation versus usual care. Behaviour at 6 weeks [MD -- 5.97, 95% CI (-9.43 to -2.51) P=0.0007, completers analysis] favours validation therapy. Toseland 1997 - Validation versus social contact. Depression at 12 months (MOSES) [MD -4.01, 95% CI (-7.74 to - 0.28) P=0.04, completers analysis] favours validation. There were no statistically significant differences between validation and social contact or between validation and usual therapy. There were no assessments of carers.
Conclusion	There is insufficient evidence from randomised trials to allow any conclusion about the efficacy of validation therapy for people with dementia or cognitive impairment.

<b>Vink 2003</b>	<b>Music therapy for people with dementia</b>
Population	People with dementia
Intervention(s)	Music therapy
Search methods	ALOIS, the Specialized Register of the Cochrane Dementia and Cognitive Improvement Group (CDCIG) was searched on 14 April 2010 using the terms: music therapy, music, singing, sing, auditory stimulation. Additional searches were also carried out on 14 April 2010 in the major healthcare databases MEDLINE, EMBASE, PSYCinfo, CINAHL and LILACS, trial registers and grey literature sources
Selection criteria	Randomised controlled trials that reported clinically relevant outcomes associated with music therapy in treatment of behavioural, social, cognitive and emotional problems of older people with dementia
Included trials	Ten studies were included.

Data	The methodological quality of the studies was generally poor and the study results could not be validated or pooled for further analyses.
Conclusion	The methodological quality and the reporting of the included studies were too poor to draw any useful conclusions.

<b>Chung 2002</b>	<b>Snoezelen for dementia</b>
Population	People with dementia
Intervention(s)	Snoezelen, multi-sensory stimulation, provides sensory stimuli to stimulate the primary senses of sight, hearing, touch, taste and smell, through the use of lighting effects, tactile surfaces, meditative music and the odour of relaxing essential oils. The rationale for this lies in the proposition that the provision of a sensory environment for people with dementia places fewer demands on their intellectual abilities but capitalizes on their residual sensorimotor abilities. The clinical application of snoezelen often varies in form, nature, principles and procedures. Such variations not only make the examination of the therapeutic values of snoezelen difficult, but also impede the clinical development of snoezelen in dementia care
Search methods	The Specialized Register of the Cochrane Dementia and Cognitive Improvement Group (CDCIG), The Cochrane Library, MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, CINAHL and LILACS were searched on 23 March 2008 using the terms: snoezelen OR "multi-sensory*". The CDCIG Specialized Register contains records from all major health care databases (The Cochrane Library, MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, CINAHL, LILACS) as well as from many trials databases and grey literature sources. The reviewers hand-searched PubMed and the ISI Web of Science.
Selection criteria	Randomized controlled trials and quasi-randomized controlled trials in which snoezelen or multi-sensory programmes was used as an intervention for older people suffering from any forms of dementia
Included trials	Two new trials were included in this update. Baker 2003 was an expanded study of Baker 2001 reported in the previous version. Both Baker 2003 and van Weert 2005 examined the short-term and longer-term effects of snoezelen on behaviour, mood, and communication of people with moderate to severe dementia. The format of implementation was different in the two trials: one was session-based snoezelen programme (Baker 2003), whilst the other was a 24-hour integrated snoezelen care (van Weert 2005). Owing to the differences in study methodology, the results of the two trials were not pooled for analysis
Data	The session-based snoezelen programme (Baker 2003) did not show any effects on behaviour, mood, cognition and communication / interaction in the short term (during or immediately after sessions) or longer term (at post-intervention or 1-month post-intervention follow-up). Likewise, the 24-hour integrated snoezelen care (van Weert 2005) failed to demonstrate any significant short-term and longer term effects on behaviour, mood and interaction.
Conclusion	A more vigorous review methodology was adopted in this update. The study of Kragt 1997, reported in the previous version, was excluded because the snoezelen programme only consisted of three sessions, which was considered too brief for a therapeutic intervention. Two new trials were reviewed. Meta-analyses could not be performed because of the limited number of trials and different study methods of the available trials. Overall, there is no evidence showing the efficacy of snoezelen

for dementia. There is a need for more reliable and sound research-based evidence to inform and justify the use of snoezelen in dementia care.

<b>Moniz Cook 2012</b>	<b>Functional analysis-based interventions for challenging behaviour in dementia</b>
Population	People with dementia (and their caregivers) living in their own home or in other settings
Intervention(s)	Functional analysis (FA) for the management of challenging behaviour is a promising behavioural intervention that involves exploring the meaning or purpose of an individual's behaviour. It extends the "ABC" approach of behavioural analysis, to overcome the restriction of having to derive a single explanatory hypothesis for the person's behaviour. It is seen as a first line alternative to traditional pharmacological management for agitation and aggression. FA typically requires the therapist to develop and evaluate hypotheses-driven strategies that aid family and staff caregivers to reduce or resolve a person's distress and its associated behavioural manifestations
Search methods	We searched ALOIS: the Cochrane Dementia and Cognitive Improvement Group's Specialized Register on 3 March 2011 using the terms: FA, behaviour (intervention, management, modification), BPSD, psychosocial and Dementia
Selection criteria	Randomised controlled trials (RCTs) with reported behavioural outcomes that could be associated with functional analysis for the management of challenging behaviour in dementia
Included trials	Eighteen trials are included in the review. The majority were in family care settings. For fourteen studies, FA was just one aspect of a broad multi-component programme of care.
Data	Assessing the effect of FA was compromised by ill-defined protocols for the duration of component parts of these programmes (i.e. frequency of the intervention or actual time spent). Therefore, establishing the real effect of the FA component was not possible. Overall, positive effects were noted at post-intervention for the frequency of reported challenging behaviour (but not for incidence or severity) and for caregiver reaction (but not burden or depression). These effects were not seen at follow-up
Conclusion	The delivery of FA has been incorporated within wide ranging multi-component programmes and study designs have varied according to setting - i.e. family care, care homes and hospital, with surprisingly few studies located in care homes. Our findings suggest potential beneficial effects of multi-component interventions, which utilise FA. Whilst functional analysis for challenging behaviour in dementia care shows promise, it is too early to draw conclusions about its efficacy.

<b>Orgeta 2014</b>	<b>Psychological treatments for depression and anxiety in dementia and mild cognitive impairment</b>
Population	People with dementia and mild cognitive impairment (MCI)
Intervention(s)	Psychological intervention with usual care or a placebo intervention (social contact control)



Search methods	We searched the Cochrane Dementia and Cognitive Improvement Group Specialized Register and additional sources for both published and unpublished data.
Selection criteria	Randomised controlled trials (RCTs)
Included trials	Six RCTs involving 439 participants with dementia were included in the review, but no studies of participants with MCI were identified. The studies included people with dementia living in the community or in nursing home care and were carried out in several countries. Only one of the studies was classified as low risk of bias. Five studies were at unclear or high risk of bias due to uncertainties around randomisation, blinding and selective reporting of results. The studies used the different psychological approaches of cognitive behavioural therapy (CBT), interpersonal therapy and counselling. Two studies were of multimodal interventions including a specific psychological therapy. The comparison groups received either usual care, attention-control educational programs, diagnostic feedback or services slightly above usual care.
Data	Meta-analysis showed a positive effect of psychological treatments on depression (6 trials, 439 participants, standardised mean difference (SMD) -0.22; 95% confidence interval (CI) -0.41 to -0.03, moderate quality evidence) and on clinician-rated anxiety (2 trials, 65 participants, mean difference (MD) -4.57; 95% CI -7.81 to -1.32, low quality evidence), but not on self-rated anxiety (2 trials, SMD 0.05; 95% CI -0.44 to 0.54) or carer-rated anxiety (1 trial, MD -2.40; 95% CI -4.96 to 0.16). Results were compatible with both benefit and harm on the secondary outcomes of patient quality of life, activities of daily living (ADLs), neuropsychiatric symptoms and cognition, or on carers' self-rated depressive symptoms, but most of the studies did not measure these outcomes. There were no reports of adverse events.
Conclusion	We found evidence that psychological interventions added to usual care can reduce symptoms of depression and clinician-rated anxiety for people with dementia. We conclude that psychological interventions have the potential to improve patient well-being. Further high quality studies are needed to investigate which treatments are most effective and to evaluate the effect of psychological interventions in people with MCI.