

RAPPORT

2022

SYSTEMATISKE OVERSIKT

Demenslandsbyer og andre moderne boformer for personer med demens

Utgitt av Folkehelseinstituttet
Område for helsetjenester

Tittel Demenslandsbyer og andre moderne boformer for personer med demens: en systematisk oversikt

English title Dementia villages and other modern forms of residential care for persons with dementia: a systematic review

Ansvarlig Camilla Stoltenberg, direktør

Forfattere Christine Hillestad Hestevik, prosjektleder,
Tor Rosness,
Hilde H. Holte,
Maria Bjerk

ISBN 978-82-8406-265-5

Publikasjonstype Systematisk oversikt

Antall sider 43 (71 inklusiv vedlegg)

Oppdragsgiver Helse- og omsorgsdepartementet

Emneord(MeSH) Dementia, housing, homes for the aged, environment design

Sitering Hestevik CH, Rosness, T, Holte H, Bjerk M. Demenslandsbyer og andre moderne boformer for personer med demens: en systematisk oversikt . [Dementia villages and other modern forms of residential care for persons with dementia: a systematic review] –2022. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2022.

Innhold

INNHold	3
HOVEDBUdSKAP	5
SAMMENDRAG	6
KEY MESSAGES	9
EXECUTIVE SUMMARY (ENGLISH)	10
FORORD	13
INNLEDNING	14
Beskrivelse av problemet	14
Beskrivelse av tiltaket	15
Hvorfor det er viktig å utføre denne kunnskapsoppsummeringen	16
Mål og problemstilling	17
METODE	18
Prosjektplan	18
Inklusjonskriterier	18
Litteratursøk	19
Utvelging av studier	20
Vurdering av risiko for systematiske skjevheter	21
Uthenting av data	21
Analyser	21
Vurdering av tillit til resultatene	21
Andre vurderinger	22
RESULTATER	23
Resultater av litteratursøket og utvelgelse av studier	23
Beskrivelse av de inkluderte studiene	24
Risiko for systematiske skjevheter i de inkluderte studiene	29
Effekter av Green Care Farms sammenlignet med tradisjonelle boformer	29
Effekt av småskala bofelleskap sammenlignet med tradisjonelle boformer	30
Effekt av bofelleskap i urbane leiligheter sammenlignet med tradisjonelle boformer	34
DISKUSJON	36
Hovedfunn	36
Er kunnskapsgrunnet dekkende og anvendelige?	36

Kan vi stole på kunnskapsgrunnlaget?	37
Begrensninger ved denne systematiske oversikten	37
Overensstemmelse med andre litteraturoversikter og studier	38
Resultatenes betydning for praksis	39
Kunnskapshull	39
KONKLUSJON	40
REFERANSER	41
VEDLEGG 1: SØKESTRATEGI	44
VEDLEGG 2: EKSKLUDERTE STUDIER	57
VEDLEGG 3: BESKRIVELSE AV INTERVENSJONENE I DE INKLUDERTE STUDIENE	60
VEDLEGG 4: KJENNETEGN VED INKLUDERTE STUDIER OG RISIKO FOR SYSTEMATISKE SKJEVHETER	62
VEDLEGG 5: GRADERING AV TILLIT TIL DOKUMENTASJONEN MED GRADE	67

Hovedbudskap

Det er de siste årene utviklet demenslandsbyer og andre moderne boformer som har som formål å gi personer med demens et bedre liv. Det er imidlertid manglende kunnskap om effekten av disse boformene sammenlignet med tradisjonelle boformer. Formålet med denne systematiske oversikten er å undersøke effekten av demenslandsbyer og andre moderne boformer for personer med demens, sammenliknet med tradisjonelle boformer.

Vi søkte etter randomiserte og ikke-randomiserte studier i forskningsdatabaser. Vi vurderte treffene, trakk ut data og analyserte studier som møtte inklusjonskriteriene. Vi inkluderte seks ikke-randomiserte studier.

Våre hovedfunn viser at sammenlignet med tradisjonelle boformer for personer med demens er det

- usikkert om Green Care Farms (gårdsdrift kombinert med demensomsorg) har en effekt på ADL
- usikkert om bofelleskap med avgrensede uteområder har effekt på ADL, psykologisk og emosjonell funksjon, depresjon, medikamentbruk, fall og demens symptomer
- usikkert om bofelleskap i urbane leiligheter har effekt på ADL og adferdsforstyrrelser

Vi har svært lav tillit til resultatene og kunnskapsgrunnlaget er for mangelfullt til å kunne si sikkert om moderne boformer har noen effekt for personer med demens sammenlignet med tradisjonelle boformer.

Tittel:

Demenslandsbyer og andre moderne boformer for personer med demens: en systematisk oversikt

Hvem står bak denne publikasjonen?

Folkehelseinstituttet, på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet

Når ble litteratursøket avsluttet?

September, 2021

Fagfellevurdering:

Frode Fadnes Jacobsen, professor, Høgskulen på Vestlandet

Adelheid Hummelvoll Hillestad, førsteamanuensis, Lovisenberg diakonale høyskole

Signe Flottorp, FHI

Sammendrag

Innledning

Tradisjonelle sykehjem kan ha et institusjonelt preg og er ikke alltid hensiktsmessig utformet for personer med demens. Det er et politisk mål at fremtidige sykehjem og omsorgsboliger skal bygges som små tilrettelagte boenheter med hjemlig miljø, oversiktlige fellesområder og få beboere. De siste 20-30 årene har det oppstått en rekke alternative omsorgsmodeller for personer med demens. Fellestrekk ved de nye modellene er at de går vekk fra tradisjonell medisinsk institusjonell omsorg og vektlegger personsentrert omsorg. Ideen bak er å muliggjøre «et liv som er verdt å leve» for personer med demens. Disse modellene tilrettelegger for at beboerne skal ha et normalt liv med så mye autonomi som mulig innenfor trygge rammer. Det er imidlertid mangel på oppsummert kunnskap om effekter av demenslandsbyer og andre moderne boformer sammenlignet med tradisjonelle boformer.

Hensikt

Hensikten med denne systematiske kunnskapsoppsummeringen er å undersøke effekter av demenslandsbyer og andre moderne boformer for personer med demens, sammenliknet med tradisjonelle boformer.

Metode

Vi gjennomførte systematiske litteratursøk i september 2021. Vi vurderte referansenes titler og sammendrag med hensyn til inklusjonskriteriene for så å sammenligne og komme til enighet om hvilke studier som var relevante. Referanser som ble vurdert som relevante ble innhentet i fulltekst og vi gjorde en endelig vurdering av hvilke studier som skulle inkluderes. Vi vurderte risiko for systematiske skjevheter i de inkluderte studiene. Deretter hentet vi ut forhåndsbestemte data fra studiene, og gjorde analyser der det var mulig. Når vi manglet tilstrekkelig data til å gjøre analyser beskrev vi resultatene narrativt. Vi beskrev resultatene fra hver enkelt studie for seg, da det ikke var mulig å sammenstille dem i metaanalyser.

Vi vurderte tilliten til resultatene ved hjelp av GRADE-tilnærmingen (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation).

Resultater

Vi inkluderte seks studier fordelt på syv publikasjoner som var publisert i årene 2001 til 2017. Studiene ble gjennomført i Canada, Nederland, USA, Japan og Tyskland. Alle studiene var longitudinelle ikke-randomiserte studier. Studiene hadde til sammen 610 deltakere, størrelsen på utvalget varierte fra 26 til 185 deltakere.

Tiltakene i alle studiene var ulike varianter av småskala bofelleskap for personer med demens sammenlignet med tradisjonelle sykehjem eller demensavdelinger i sykehus. De viktigste resultatene og vår tillit til resultatene oppsummeres i tabellen nedenfor.

Oppsummeringstabell for effekter moderne boformer for personer med demens sammenlignet med tradisjonelle boformer

Populasjon: Personer med demens; **Intervensjon:** moderne boformer; **Sammenligning:** Tradisjonelle boformer

utfall	Forventet absolutt effekt* (95% KI)	Antall deltakere (studier)	GRADE
	Risiko med moderne boformer sammenlignet med tradisjonelle boformer		
Sammenligning: Småskala bofelleskap på Green Care Farms vs. tradisjonelle boformer			
ADL etter 6 måneder	MD 0 (3,07 lavere til 3,07 høyere)	56 (1 observasjonsstudie)	⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Sammenligning: Småskala bofelleskap vs. tradisjonelle boformer			
ADL etter 12 måneder	MD 51,44 høyere (40,8 høyere til 62,08 høyere)	80 (1 observasjonsstudie)	⊕○○○ Svært lav ^{c,d}
Emosjonell funksjon etter 12 måneder	MD 4,08 lavere (5,82 lavere til 2,34 lavere)	26 (1 observasjonsstudie)	⊕○○○ Svært lav ^{d,e}
Psykologisk funksjon etter 12 måneder	MD 28,59 lavere (35,11 lavere til 22,07 lavere)	80 (1 observasjonsstudie)	⊕○○○ Svært lav ^{c,d}
Depresjon etter 12 måneder	MD 1,15 lavere (2,7 lavere til 0,4 høyere)	80 (1 observasjonsstudie)	⊕○○○ Svært lav ^{b,c}
Bruk av psykotrope legemidler etter 12 måneder	MD 0,19 lavere (0,6 lavere til 0,22 høyere)	80 (1 observasjonsstudie)	⊕○○○ Svært lav ^{b,c}
Antall fall etter 12 måneder	MD 1,79 lavere (2,92 lavere til 0,66 lavere)	80 (1 observasjonsstudie)	⊕○○○ Svært lav ^{c,d}
Vanlige symptomer ved demens etter 12 måneder	MD 8,35 lavere (11,61 lavere til 5,09 lavere)	26 (1 observasjonsstudie)	⊕○○○ Svært lav ^{d,e}
Sammenligning: småskala bofelleskap i urbane leiligheter vs. tradisjonelle boformer			
ADL etter 12 måneder	MD 0,3 høyere (11,42 lavere til 12,02 høyere)	56 (1 observasjonsstudie)	⊕○○○ Svært lav ^{b,f}
Adferdsforstyrrelser etter 12 måneder	MD 7,4 lavere (16,24 lavere to 1,44 høyere)	56 (1 observasjonsstudie)	⊕○○○ Svært lav ^{b,f}

*Forventet risiko i tiltaksgruppen (med 95% konfidensintervall) er basert på forventet risiko i sammenligningsgruppen og den relative effekten av intervensjonen (95% KI). **KI:** Konfidensintervall; **MD:** gjennomsnittsforskjell; **ADL:** aktiviteter i dagliglivet

Forklaringer:

- Nedgradert to nivåer for risiko for systematiske skjevheter pga. manglende beskrivelser vedr. måling av utfall og missing data
- Nedgradert et nivå for presisjon pga. kun en studie med lite utvalg og bredt konfidensintervall
- Nedgradert to nivåer for risiko for systematiske pga. ulike grupper ved baseline, stort frafall samt manglende beskrivelser vedr. tiltak og måling av utfall
- Nedgradert et nivå for presisjon pga. kun en studie og lite utvalg
- Nedgradert to nivåer for risiko for systematiske skjevheter pga. ulike grupper ved baseline samt manglende beskrivelse vedr. missing data og måling av utfall
- Nedgradert to nivåer for risiko for systematiske skjevheter pga. stort frafall samt manglende beskrivelser vedr. tiltak og måling av utfall

Diskusjon

Resultatene viser at det er usikkert om moderne boformer har effekt på ADL, emosjonell og psykologisk funksjon, depresjon, medikamentbruk, fall, vanlige symptomer ved demens og adferdsforstyrrelser sammenlignet med tradisjonelle boformer for personer med demens.

Vi identifisert ingen andre systematiske oversikter som har undersøkt effekt av moderne boformer for personer med demens sammenlignet med tradisjonelle boformer. Vi identifiserte imidlertid en kunnskapsoppsummering som har undersøkt effekter av ulike botilbud eller elementer ved botilbud for personer med demens. Også her er resultatene usikre og forfatterne påpeker at resultatene bør tolkes med varsomhet grunnet metodiske begrensninger i de inkluderte studiene.

Når det forskningsbaserte kunnskapsgrunnlaget er mangelfullt, må funnene fra denne systematiske oversikten ses i sammenheng med forskning på andre utfall som f.eks. livskvalitet, brukernes erfaringer og preferanser samt klinisk erfaring.

Vi har gjennomgående svært lav tillit til effektestimatene i denne oversikten. Dette innebærer at vi har svært lav tillit til at effektestimatene viser 'sannheten' eller den 'virkelige' effekten av tiltakene. Tilliten til samtlige utfall ble nedgradert på grunn av høy risiko for systematiske skjevheter. Her var de kritiske punktene forvekslingsfaktorer, manglende data og utilstrekkelige beskrivelser relatert til intervensjoner og måling av utfall, i tillegg til upresise effektestimater og enkeltstudier med små utvalg.

Det er behov for flere studier som undersøker effekt av moderne boformer for personer med demens av god metodisk kvalitet og med flere deltakere.

Konklusjon

Kunnskapsgrunnlaget er for mangelfullt til å kunne si sikkert om moderne boformer har noen effekt for personer med demens sammenlignet med tradisjonelle boformer, basert på utvalget av effektmål vi har fokusert på i denne rapporten.

Key messages

In recent years, dementia villages and other types of modern residential care have been developed, with the aim of providing people with dementia a better life. However, there is a lack of knowledge about the effect of these types of living compared to traditional residential care. The purpose of this systematic review is to examine the effect of dementia villages and other types of modern residential care for people with dementia, compared with traditional residential care. We searched for randomized and non-randomized studies in research databases. We screened the references, extracted data and analysed studies that met our inclusion criteria. We included six non-randomised studies.

Our main findings show that compared with traditional residential care for persons with dementia, it is:

- uncertain whether Green Care Farms (farming combined with dementia care) have an effect on ADL
- uncertain whether small-scale shared housing with confined outdoor areas have an effect on ADL, psychological and emotional functioning, depression, use of medication, falls, and dementia symptoms
- uncertain whether shared housing in urban flats have an effect on ADL and behavioral disorders

We have very low confidence in these results. The current evidence base is too limited to be certain of whether modern types of residential care have an effect on people with dementia compared with traditional residential care.

Title:

Dementia villages and other modern forms of residential care for persons with dementia: a systematic review

Publisher:

The Norwegian Institute of Public Health conducted the review based on a commission from Ministry of Health and Care Services

Updated:

Last search for studies: September 2021.

Peer review:

Frode Fadnes Jacobsen, Professor, Western Norway University of Applied Sciences

Adelheid Hummelvoll Hillestad, Associate professor, Lovisenberg Diaconal University College

Signe Flottorp, NIPH

Executive summary (English)

Introduction

Traditional nursing homes can have an institutional character and are not always appropriately designed for people with dementia. It is a political goal that future nursing homes and other residential care are built as small-scaled adapted housing units with a homely environment, distinct communal areas and few residents. In the last 20-30 years, a number of alternative care models have emerged for people with dementia. Common features of these new models are that they move away from traditional medical institutional care and emphasize person-centred care. The idea behind it is to enable "a life worth living" for people with dementia. These models facilitate that the residents have a normal life with as much autonomy as possible within safe surroundings. However, we lack summarized knowledge about the effects of dementia villages and other types of modern residential care for persons with dementia compared to traditional forms of residential care

Objective

The purpose of this systematic review is to examine the effect of dementia villages and other types of modern residential care for people with dementia, compared with traditional residential care.

Method

We conducted a systematic literature search in electronic databases in September 2021. We screened titles and abstracts to assess whether they met our inclusion criteria. We obtained references that we considered relevant in full text and made a final assessment of which studies to include. We evaluated the included studies' risk of bias. Then we extracted predetermined data from the studies and analysed data when this was possible. When it was not possible to analyse data, we described the results narratively. We described the results from each study separately as it was not possible to perform meta-analyses across studies.

We also evaluated our certainty in the results by assessing the certainty of the overall evidence by using the GRADE approach (Recommendations Assessment, Development and Evaluation).

Results

We included six studies (presented in seven publications), published between 2001 and 2017. The studies were conducted in Canada, the Netherlands, the USA, Japan and Germany. All studies were longitudinal non-randomized studies. The studies had 610 participants in total, and the sample size varied from 26 to 185 participants.

The interventions in the studies were different variations of small-scale housing for people with dementia compared with traditional residential care. The most important results and our certainty of the results are summarized in the table below.

Summary table of effects of modern residential care for people with dementia compared with traditional residential care

Population: Persons with dementia; **Intervention:** Modern forms of residential care; **Control:** Traditional residential care

Outcomes	Anticipated absolute effects* (95% CI)	No of participants (studies)	GRADE
	Risk with Modern forms of residential care compared with traditional forms of living		
Small scale shared housing on Green Care Farms vs. traditional residential care			
ADL after 6 months	MD 0 (3.07 lower to 3.07 higher)	56 (1 observational study)	⊕○○○ Very low ^{a,b}
Small scaled shared housing vs. traditional residential care			
ADL after 12 months	MD 51.44 higher (40.8 higher to 62.08 higher)	80 (1 observational study)	⊕○○○ Very low ^{c,d}
Emotional function after 12 months	MD 4.08 lower (5.82 lower to 2.34 lower)	26 (1 observational study)	⊕○○○ Very low ^{d,e}
Psychological function after 12 months	MD 28.59 lower (35.11 lower to 22.07 lower)	80 (1 observational study)	⊕○○○ Very low ^{c,d}
Depression after 12 months	MD 1.15 lower (2.7 lower to 0.4 higher)	80 (1 observational study)	⊕○○○ Very low ^{b,c}
Use of psychotropic medications after 12 months	MD 0.19 lower (0.6 lower to 0.22 higher)	80 (1 observational study)	⊕○○○ Very low ^{b,c}
Falls after 12 months	MD 1.79 lower (2.92 lower to 0.66 lower)	80 (1 observational study)	⊕○○○ Very low ^{c,d}
Symptoms common in dementia after 12 months	MD 8.35 lower (11.61 lower to 5.09 lower)	26 (1 observational study)	⊕○○○ Very low ^{d,e}
Small scaled shared housing in urban flats vs. traditional residential care			
ADL after 12 months	MD 0.3 higher (11.42 lower to 12.02 higher)	56 (1 observational study)	⊕○○○ Very low ^{b,f}
Behavioural disorders after 12 months	MD 7.4 lower (16.24 lower to 1.44 higher)	56 (1 observational study)	⊕○○○ Very low ^{b,f}

*The risk in the intervention group (and its 95% confidence interval) is based on the assumed risk in the comparison group and the relative effect of the intervention (and its 95% CI). CI: confidence interval; MD: mean difference; ADL: Activities of Daily Living

Explanations:

- a. Rated down two levels for risk of bias due to inadequate descriptions regarding measurement of outcomes and missing data
- b. Rated down one level for precision due to only a study, small sample size and wide confidence interval
- c. Rated down two levels for risk of bias due to differences in groups at baseline, large drop-out and inadequate descriptions of interventions and measurement of outcomes
- d. Rated down one level for precision due to only one study and small sample size
- e. Rated down two levels for risk of bias due to differences groups at baseline, inadequate descriptions regarding missing data and measurement of outcomes
- f. Rated down two levels for risk of bias due to large drop-out and inadequate descriptions regarding interventions and measurement of outcomes

Discussion

The results of this review show that it is uncertain whether modern types of residential care for persons with dementia have an effect on ADL, psychological and emotional function, depression, use of medications, falls, symptoms common in dementia and behavioral disorders compared with traditional residential care.

We did not identify other systematic reviews that have examined the effect of modern types of residential care for people with dementia compared with traditional residential care. However, we did identify a systematic review that examined the effects of various housing offers or elements of housing offers for people with dementia. Similarly, in this review, the results were uncertain, and the authors pointed out that the results should be interpreted with caution due to methodological limitations in the included studies.

The current scientific evidence is too scarce and the findings from our systematic review should be seen in connection with research on other outcomes such as quality of life, users' experiences and preferences as well as clinical experience.

We generally have very low confidence in the effect estimates in this review. This means that we have very low confidence that the effect estimates show the 'truth' or the 'real' effect of the interventions. Confidence in all the outcomes was downgraded due to a high risk of bias. Here the critical points were confounding factors, missing data and insufficient or lacking descriptions of interventions and how outcomes were measured. In addition, we downgraded for imprecise effect estimates and single studies with small samples.

There is a need for studies, of good methodological quality and with more participants that examine the effect of modern forms of residential care for people with dementia

Conclusion

The knowledge base is too scarce to determine whether modern forms of residential care have an effect in people with dementia compared to traditional residential care offers, based on the outcome measures focused on in this review.

Forord

Område for helsetjenester, Folkehelseinstituttet (FHI), fikk i tildelingsbrevet i januar 2021 i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å utføre en systematisk kunnskapsoppsummering om effekter av demenslandsbyer og andre moderne boformer for personer med demens, sammenliknet med tradisjonelle boformer. Kunnskapsoppsummeringen skal først og fremst inngå som kunnskapsgrunnlag i oppfølging av Demensplan 2025, men skal også kunne leses av et bredt publikum.

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

Helse- og omsorgsdepartementet tydeliggjorde problemstillingen og inklusjonskriteriene, men hadde ingen rolle i utarbeidelsen av oppsummeringen.

Bidragstere

Prosjektleder: Christine Hillestad Hestevik

Interne prosjektmedarbeidere ved FHI: Maria Bjerk, Hilde H. Holte, Tor Rosness og Ingvild Kirkehei

Takk til eksterne fagfeller Frode Fadnes Jacobsen, Høgskulen på Vestlandet og Adelheid Hummelvoll Hillestad, Lovisenberg diakonale høyskole og intern fagfelle Signe Flottorp som har gjennomgått og gitt innspill til kunnskapsoppsummeringen.

Oppgitte interessekonflikter

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

Folkehelseinstituttet tar det fulle ansvaret for innholdet i rapporten.

Kåre Birger Hagen
fagdirektør

Hege Kornør
avdelingsdirektør

Christine Hillestad
Hestevik
prosjektleder

Innledning

Beskrivelse av problemet

Demens er en samlebetegnelse for flere typer hjernesykdommer som fører til kognitiv svikt. Typiske symptomer er svekket hukommelse, språkvansker, adferdsendringer og nedsatt evne til å selvstendig utføre dagligdagse aktiviteter (1).

De fleste formene for demens utvikler seg langsomt og over flere år, men det finnes unntak hvor det kan skje en rask forverring, som ved hjerneblødning, alvorlige hjerneinfeksjoner, hjernesvulster og hodeskader (2). Kjentegnet for en primær demenstilstand, som Alzheimers sykdom, Lewy-legemedemens, frontotemporal demens eller vaskulær demens er at de forverres over tid og at de ikke kan kureres.

De fleste demenstilfellene er knyttet til høy alder, men demens er ikke en del av normal aldring (3). Demens kan også forekomme hos personer under 65 år, og kan i sjeldne tilfeller ramme personer helt ned i 30-årsalderen (4). Uansett alder, er Alzheimers sykdom den vanligste årsaken til demens (60–70 %) (3). I 2020 var det omtrent 100 000 personer i Norge som hadde demens, og på grunn av en stadig økende andel av eldre i samfunnet vil trolig antallet dobles i løpet av de neste 30 årene (1).

Personer med demens har en betydelig kortere levetid enn den øvrige befolkningen. Tall fra 2016 viser at 75-åringene med demens lever i gjennomsnitt 5 til 6 år etter at de har fått diagnosen, sammenliknet med jevnaldrende som fortsetter å leve dobbelt så lenge (5). Det er sjelden at demenssykdommen er årsak til død alene, men sykdommen har negative konsekvenser for helsen. For eksempel kan språkvansker og manglende innsikt i egen situasjon føre til at personen ikke klarer å formidle tegn på behandlingstrengende infeksjon, smerte eller hjerte- og karsykdom. I tillegg kan endret opplevelse av appetitt, redusert evne til å formidle sult og tørst, og nedsatt evne til å spise og svelge medføre alvorlig underernæring og dehydrering. Hyppige dødsårsaker for personer med demens er lungebetennelse, hjerteinfarkt og blodpropp (6).

De fleste som har demens, bor i eget hjem (1). Blant personer 70 år eller eldre som mottar helsetjenester i hjemmet, er det anslått at omkring 42 % har demens (4). Mange med demens ønsker å bo hjemme så lenge som mulig (7;8), men å forbli i eget hjem er ofte ikke et realistisk alternativ utover de tidlige stadiene av demens. Etersom sykdommen forverres, blir personen med demens stadig mer hjelpetrengende (3;9). Tap av kognitive og motoriske funksjoner, og

psykiske tilleggssymptomer som depresjon og angst, samt andre adferdsforstyrrelser som vandring, aggresjon og vrangforestillinger medfører ofte mye lidelse for dem som rammes og stor belastning for deres pårørende (1). I tillegg er personer med demens mer utsatt for hoftebrudd, smerter, desorientering og sykehusinfeksjoner (10). Ofte blir det uunngåelig med avlastningstiltak som dagaktivitetstilbud, korttids- eller langtidsopphold på sykehjem og lignende (3;9). Om lag en tredjedel av alle som har blitt diagnostisert med demens i Norge, legges inn på sykehjem i løpet av de neste ti årene (1). I Norge er tradisjonelle sykehjems plasser det vanligste tilbudet for personer med demens (11). Folkehelseinstituttet anslår at litt over 80 % av beboere med langtidsplass i norske sykehjem har demens (1).

Tradisjonelle sykehjem kan ha et institusjonelt preg, med store avdelinger og lange korridorer, og er ikke alltid hensiktsmessig utformet for personer med demens (12). Endel beboere i sykehjem rapporterer om mangel på meningsfulle dager, fravær av sosial kontakt, aktivitet, og fysisk mosjon og lite tilrettelegging (13). Det er et politisk mål at fremtidige sykehjem og omsorgsboliger skal bygges som små tilrettelagte boenheter med hjemlig miljø, oversiktlige fellesområder og få beboere. Demensplan 2025 (13) har som mål at "personer med demens og deres pårørende sikres medbestemmelse og deltakelse i et demensvennlig samfunn, slik at de kan leve aktive og meningsfylte liv med fysisk, sosial og kulturell aktivitet som er tilpasset den enkeltes interesser, ønsker og behov". Et tilrettelagt bomiljø som fremmer deltagelse og felleskap kan gi økt livskvalitet, mestring og trygghet for personer med demens og redusert belastning og bekymring for deres pårørende (11;13-15).

Beskrivelse av tiltaket

De siste 20-30 årene har det oppstått flere alternative omsorgsmodeller for personer med demens. Fellestrekk ved de nye modellene er at de går vekk fra tradisjonell medisinsk institusjonell omsorg og vektlegger personsentrert omsorg. Ideen bak er å muliggjøre «et liv som er verdt å leve» for personer med demens (11;14). Disse modellene forsøker å tilrettelegge for at beboerne skal ha et normalt liv med så mye autonomi som mulig innenfor trygge rammer (14). Omsorgsmodellene setter søkelys på et tilrettelagt fysisk miljø som understøtter en personsentrert omsorg, et aktivt sosialt liv, ivaretagelse av aktiviteter i dagliglivet (ADL), opplevelse av hjemlighet, gode sosiale relasjoner, meningsfulle aktiviteter i hverdagen og tilgang på åpne rom og hage. Enkelte av boformene har også tilbud som barnehager, kaféer, restauranter og kulturelle arrangementer som er åpne for alle, for å sikre aktivitet og fellesskap på tvers av generasjoner (14;16). Et eksempel på en slik omsorgsmodell er demenslandsbyen De Hogeweyk i Nederland som åpnet i 2008 (16). De Hogeweyk er en avgrenset inngjerdet demenslandsby som er designet for å gjøre livet så normalt som mulig for personer med demens. Innbyggerne i landsbyen bor i boliger som er tilpasset deres personlige smak og de kan selv velge å delta i aktiviteter med personer de har noe til felles med. I tillegg har De Hogeweyk restauranter, hager, matbutikk, pub, teater og frisørsalong. Landsbyen er designet slik at beboerne skal kunne bevege seg fritt på området. De Hogeweyk har også restaurant og kafé som alle i samfunnet kan benytte seg av.

Hvorfor det er viktig å utføre denne kunnskapsoppsummeringen

Det er tidligere publisert kunnskapsoppsummeringer som undersøker effekter av ulike botilbud eller elementer ved botilbud for personer med demens.

I 2009 publiserte FHI en systematisk oversikt som undersøkte kunnskapsgrunnlaget for hvordan botilbud bør utformes for personer med demens når disse ikke lenger er i stand til å vare på seg selv (17). Arkitektur og design ble vektlagt. Kunnskapsoppsummeringen rapporterte resultater fra åtte oversiktsartikler og 11 primærstudier. Resultatene viste at forhold i fysiske omgivelser medførte bedring for personer med demens på fire hovedområder: nivå på daglige funksjoner, adferdsforstyrrelser, positiv adferd og livskvalitet. Ved større boenheter ble det observert mer utfordrende adferd, emosjonelle forstyrrelser samt raskere svekkelse av mentale funksjoner. Ved mindre enheter hadde beboerne mindre angst/depresjon, bedre interaksjon med de øvrige beboerne og personalet, og det ble meldt om bedre tilfredshet. Lavere beboertetthet ga også mindre adferdsforstyrrelser. I 2014 ble søket fra denne oversikten oppdatert, men denne gangen ble søket begrenset til systematiske oversikter (18). Det ble da identifisert seks nye mulig relevante oversikter; to om effekter av tiltak for bedre utendørsmiljø og bruk av hage, en om effekt av bruk av teknologisk støtte og tre om effekt av tiltak for å forebygge fall og tiltak for et støttende bomiljø. Disse oversiktene ble ikke lest i fulltekst og dokumentasjonen i oversiktene ble ikke oppsummert eller kvalitetsvurdert.

Sintef utga i 2015 i samarbeid med kommunesektorens organisasjon, KS, rapporten «Er smått alltid godt i demensomsorgen?» (11). Rapporten drøfter ulike modeller for botilbud for personer med demens med utgangspunkt i en litteraturgjennomgang av relevant nyere forskning samt eksisterende kunnskap og kjennskap til pågående prosjekter. I litteraturgjennomgangen identifiserte forfatterne 16 oversiktsstudier om småskala omsorgsformer samt det fysiske miljøets betydning for omsorg for eldre personer med demens. En del av studiene belyste behovet for et fysisk miljø som understøtter en personsentrert omsorg. Resultatene viste også at det sosiale miljøet kan være vel så betydningsfullt som det fysiske, men at det fysiske miljøet har en viktig rolle i nettopp å understøtte og legge til rette for sosiale relasjoner. Enkelte av studiene indikerte derimot liten forskjell i omsorgskvalitet i mindre institusjoner sammenlignet med tradisjonelle sykehjem. Denne studien tallfestet ikke effekten av de ulike tiltakene og resultatene er usikre da det ikke ble identifisert grundige og pålitelige effektstudier om ulike organiseringsformers virkning på omsorg for personer med demens.

The Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH) (14) ga i 2019 ut en rapport, i form av en ikke-systematisk oversikt, der de kartla hvilke modeller for moderne boformer for personer med demens som finnes i litteraturen. Forfatterne bak oppsummeringen fant at demenslandsbyer etter den nederlandske modellen (De Hogeweyk) har fått mest oppmerksomhet. I tillegg til den nederlandske De Hogeweyk-modellen, ble tre andre modeller identifisert; Eden Alternative (USA), Green House (USA) og Butterfly Care (Storbritannia). Elementene i modellene vektlegger blant annet små tilpassede boenheter, trivelige omgivelser, livskvalitet, helse, livsstil, kompetente ansatte og frivillige, og organisering og drift av boenhetene. I kartleggingen kommer det frem at det er få forskjeller mellom modellene, men at den nederlandske inneholder flest elementer for tilrettelegging i botilbudet spesielt med hensyn til beboerens kulturelle livsstil. CADTH nevner at det finnes litteratur som støtter at slike

tilpassede boenheter kan redusere angst og agitasjon og øke livskvalitet hos personer med demens. Ifølge rapporten er det imidlertid ikke godt definert i litteraturen hva det vil si å være en liten og tilpasset boenhet. Rapporten inneholder ikke kvalitetsvurderinger av studiene som ble inkludert og har ikke tallfestet effekten av de ulike boformene.

Vi mangler fortsatt oppsummert kunnskap om effekter av demenslandsbyer og andre moderne boformer sammenliknet med tradisjonelle boformer.

Mål og problemstilling

Hensikten med denne systematiske kunnskapsoppsummeringen er å undersøke effekter av demenslandsbyer og andre moderne boformer for personer med demens, sammenliknet med tradisjonelle boformer.

Metode

Vi utførte en systematisk kunnskapsoppsummering i henhold til FHI's metodebok (19) og Cochrane Handbook (20). Vi søkte etter randomiserte og ikke-randomiserte studier i forskningsdatabaser. Vi vurderte treffene, og for studiene som møtte inklusjonskriteriene trakk ut og analyserte data, vurderte studienes risiko for systematiske skjevheter samt vår tillit til resultatene.

Prosjektplan

Arbeidet i denne systematiske oversikten bygger på en godkjent prosjektplan (21).

Inklusjonskriterier

Vi avklarte problemstilling og inklusjonskriterier med oppdragsgiver, Helse- og omsorgsdepartementet, før vi utviklet prosjektplanen.

Vi hadde følgende inklusjonskriterier:

Studiedesign	Randomiserte studier Ikke-randomiserte studier med kontrollgruppe
Populasjon	Personer med demens som ikke er stand til å bo i eget hjem
Intervensjon	Demenslandsbyer og andre moderne boformer som kan kjennetegnes ved: <ul style="list-style-type: none">• Hjemlige bomiljø• Boliger som er tilrettelagt for at personen med demens i størst mulig selvstendig grad kunne utføre aktiviteter i dagliglivet (som å lage mat, spise, kommunisere, se tv /høre radio/bruke internett, ivareta egen hygiene, kle av og på seg sove og ta medisiner ol.)• Bevisst utforming av avgrensede fellesområder, uteområder og nærmiljø som tilrettelegger for sosial omgang, aktiviteter i dagliglivet og mestring (som tilgang til egne dagligvareforretninger, hage, treningsrom og kafeer og lignende ol.)

Sammenligning	Tradisjonelle boformer for personer med demens, som sykehjem eller institusjon som ikke har kjennetegnene spesifisert over
Utfall	<ul style="list-style-type: none"> • Medikamentbruk • Daglig funksjon (activities of daily living (ADL)) hos beboere • Adferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens (APSD) hos beboere • Antall fall • Antall sykehusinnleggelses • Levetid etter innflytting • Belastning hos pårørende
Publikasjonsår	Publisert år 2000 eller senere
Land/Kontekst	Alle land
Språk	Alle språk som beherskes av prosjektgruppen eller nære kollegaer ved FHI

Ekklusjonskriterier

Vi ekskluderte følgende typer studier og publikasjoner:

- Kvalitative studier
- Pågående studier
- Studier uten kontrollgruppe
- Studier som ikke er primærstudier
- Konferanseabstracts/presentasjoner
- Kommentarer, debattinnlegg, lederartikler
- Bacheloroppgaver

Litteratursøk

Søk i databaser

Bibliotekar Ingvild Kirkehei utarbeidet en søkestrategi (Vedlegg 1) i samarbeid med prosjektgruppen og utførte søkene. Bibliotekar Lien Nguyen fagfellevurderte søkestrategien. Søket ble avsluttet i september 2021 og inkluderte søk i følgende databaser:

- MEDLINE (Ovid)
- Embase (Ovid)
- PsycINFO (Ovid)
- CINAHL (Ebsco)
- Web of Science

- Cochrane Library (Systematic Reviews og CENTRAL)
- Epistemonikos

Vi hentet søkeord fra systematiske søk utført i rapportene “Er smått alltid godt i demensomsorgen?” (11) og “Dementia Villages: Innovative Residential Care for People With Dementia” (14).

Søket bestod av emneord og tekstord for demens og boliger (eks. housing), relevante boligformer (eks. dementia village) eller kjennetegn ved boligene (eks. homelike, small-scale). Søket ble videre avgrenset til publikasjonsår f.o.m 2000. Søket ble ikke avgrenset til studiedesign eller publikasjonstype. Alle søketreff ble eksportert til referansehåndteringssystemet EndNote (22), hvor vi fjernet like referanser (dubletter).

Søk i andre kilder

Vi gjorde supplerende søk etter grå litteratur i databasene OAlster og BASE (Bielefeld Academic Search Engine). For å finne norske rapporter, som ikke er indeksert i de store bibliografiske databasene, gjorde vi enkle søk i Idunn, Cristin, Nora, Norart og Google. For å finne rapporter fra Sverige og Danmark, søkte vi i DiVA - Digitala Vetenskapliga Arkivet og Bibliotek.dk. Vi gjorde i tillegg enkle søk i Google, for å finne rapporter fra andre relevante land.

Vi gjennomgikk referanselistene til rapportene “Er smått alltid godt i demensomsorgen?” (11) og “Dementia Villages: Innovative Residential Care for People With Dementia” (14).

Utvelging av studier

To prosjektmedarbeidere (studiene ble fordelt på CHH, HHH og TAR) gjorde uavhengige vurderinger av tittel og sammendrag fra litteratursøket opp mot inklusjonskriteriene. Mulig relevante studier ble innhentet i fulltekst. To prosjektmedarbeidere gjorde deretter uavhengige vurderinger av hvorvidt studiene skulle inkluderes. Uenighet om inklusjon løste vi ved diskusjon eller ved å konferere med en tredje prosjektmedarbeider.

Vi brukte EPPI Reviewer (23) i utvelgelsesprosessen. Vi brukte funksjonen «priority screening» i EPPI Reviewer. Denne funksjonen bruker maskinlæring til å raskt finne frem studier som med stor sannsynlighet møter inklusjonskriteriene. Studier som EPPI anser som relevante vil da skyves frem i «køen». På denne måten kunne vi raskt få et overblikk over hvor mange studier som muligens treffer inklusjonskriteriene. Studiene som vi var enige om var relevante bestilte vi i fulltekst. To prosjektmedarbeidere gjorde deretter uavhengige vurderinger av hvorvidt studiene skulle inkluderes. Uenighet om vurderingene av fulltekster løste vi ved diskusjon i prosjektgruppen.

Vurdering av risiko for systematiske skjevheter

Vi vurderte risiko for systematiske skjevheter i de inkluderte studiene ved hjelp av sjekklisten Risk Of Bias in Non-randomized Studies of Interventions (ROBINS-I) (20;24). ROBINS-I er sjekkliste med syv spørsmål for å vurdere risiko for systematiske skjevheter innen områdene: forvekslingsfaktorer, seleksjon av deltakere, klassifisering av tiltakene, avvik fra planlagt tiltak, manglende data, utfallsmåling og rapportering.

To medarbeidere (MB og CHH) gjorde disse vurderingene uavhengig av hverandre. Uenighet om vurderingene løste vi ved diskusjon. Vurderingene ble gjort på studie- og utfallsnivå.

Uthenting av data

Én medarbeider (HHH, TAR eller CHH) hentet ut data fra de inkluderte studiene og en annen (HHH, TAR eller CHH) kontrollerte dataene opp mot publikasjonen. Vi hentet ut følgende data fra de inkluderte studiene: studiedesign, land, studiens formål, informasjon om studiepopulasjon (kjønn, alder, demensdiagnose, Mini Mental Status (MMS) skår, alder ved innflytting, botid) og tiltak, utfallsmål, målemetode og måletidspunkter. Ved uenighet trakk vi inn en tredje prosjektmedarbeider (MB) for å bidra til enighet.

Vi brukte et pilotert datauthentingsskjema i Microsoft Excel (25).

Analyser

Det var ikke mulig å sammenstille resultatene fra de inkluderte studiene i metaanalyser da studiene ikke var tilstrekkelig homogene med tanke på intervensjoner og utfallsmål.

Effektestimater

For kontinuerlige utfall beregnet vi gjennomsnittsforskjeller (mean difference; MD) med 95 % konfidensintervaller (KI). Der det var mulig beregnet vi også MD med 95 % KI for studier der forskerne ikke hadde oppgitt disse selv. Alle analyser og beregninger ble utført i programvaren Review Manager 5 (26).

Der det var mulig beregnet vi effektestimater for relevante utfall rapportert i de inkluderte studiene selv om det ikke var mulig å gjøre metaanalyser.

Vurdering av tillit til resultatene

Med vurdering av tillit til resultatene mener vi en bedømmelse av i hvor stor grad vi kan stole på at forskningsresultatene viser 'sannheten' eller den 'virkelige' effekten av tiltakene vi undersøker. En annen måte å uttrykke det på er hvor godt dokumentert forskningsresultatene er. For å vurdere tillit til dokumentasjonen brukte vi GRADE-tilnærmingen (Grading of

Recommendations Assessment, Development and Evaluation) (27) og det digitale verktøyet GRADEpro (28). Grad av tillit er en kontinuerlig størrelse, men er av praktiske hensyn delt inn i fire kategorier: høy, middels, lav, svært lav. Kategoriene defineres slik:

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

Vi vurderte fem kriterier for å komme fram til grad av tillit til kunnskapsgrunnlaget: risiko for systematiske skjevheter, grad av konsistens/overensstemmelse mellom resultatene, sparsomme data/presisjon av data, direkthet og formidlingsskjevhet. Ved bruk av ROBINS-I for vurdering av risiko for skjevheter starter man på høy tillit, for så å gradere tilliten ned basert på vurderingene av de fem kriteriene beskrevet over (29).

Vi vurderte tilliten til resultatene for følgende utfall: ADL, psykologisk og emosjonell funksjon, depresjon, medikamentbruk, adferdsforstyrrelser, antall fall og vanlige symptomer ved demens.

To medarbeidere (CHH og MB) vurderte tilliten til resultatene sammen. Uenighet om vurderingene løste vi ved diskusjon. Flere beskrivelser av hvordan man bruker GRADE til å vurdere tilliten til resultatene finnes i Guyatt og medarbeidere (27) og www.gradeworkinggroup.org.

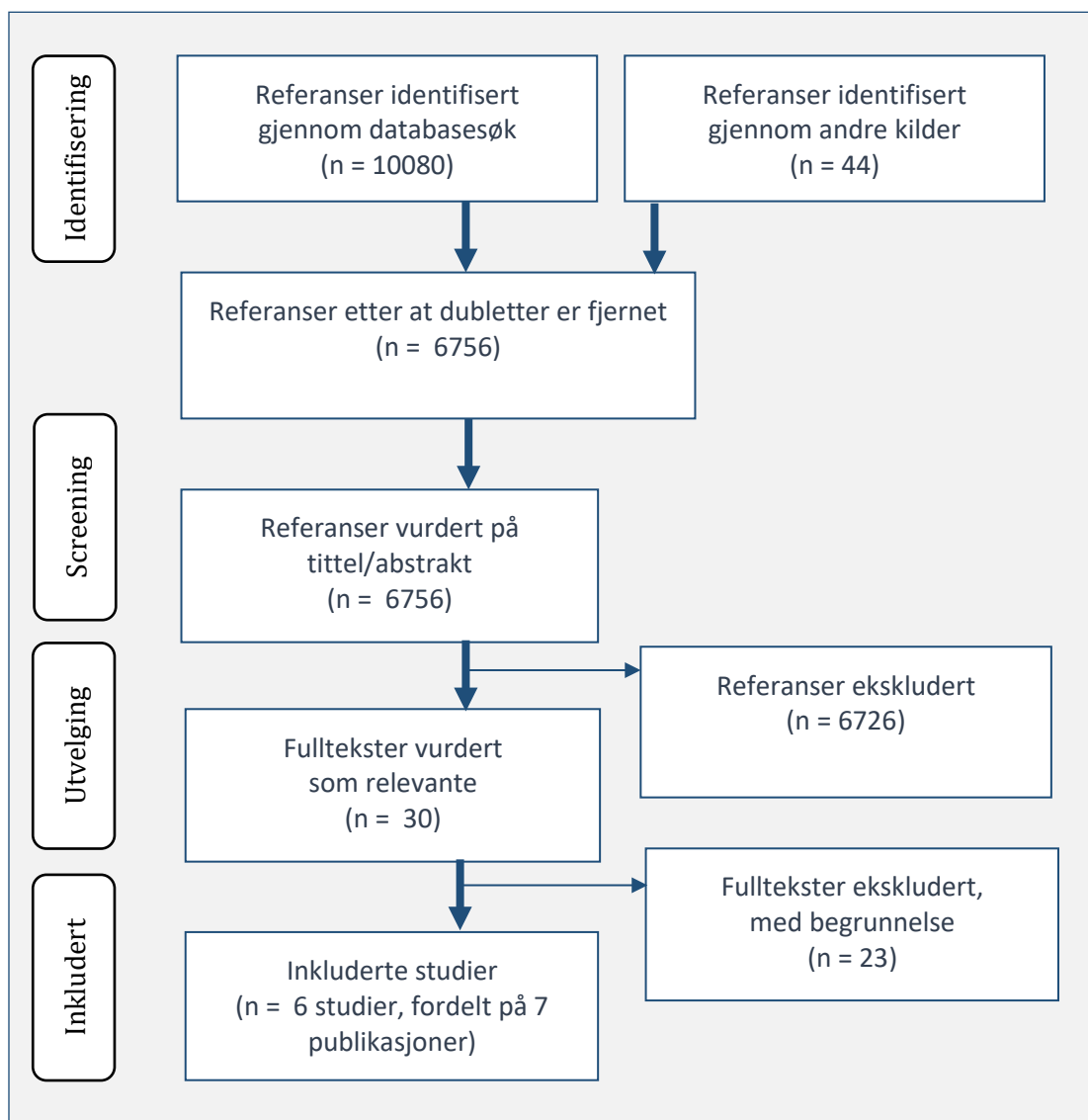
Andre vurderinger

Problemstillingen angikk effekter av demenslandsbyer og andre moderne boformer for personer med demens, sammenliknet med tradisjonelle botilbud. Siden det ikke var en del av oppdraget og følgelig heller ikke problemstillingen, vurderte vi ikke etiske eller økonomiske konsekvenser ved tiltakene. Vi vurderte heller ikke aspekter som aksept, likeverd, organisatoriske følger eller andre konsekvenser ved tiltaket. I en fremtidig beslutningsprosess vil det være viktig å vurdere slike aspekter og konsekvenser ved tiltaket samlet.

Resultater

Resultater av litteratursøket og utvelgelse av studier

Databasesøkene ga 10080 treff før fjerning av dubletter (figur 1). Vi identifiserte også 44 potensielt relevante studier i andre kilder, 20 i referanselister og 24 i søk etter grå litteratur. Etter fjerning av dubletter satt vi igjen med 6756 referanser. Av disse ekskluderte vi 6726 referanser som åpenbart ikke oppfylte inklusjonskriteriene våre. Vi fikk tak i og vurderte totalt 30 publikasjoner i fulltekst, hvorav vi ekskluderte 23. Blant de mest sentrale ekskluderte studiene var eksklusjonsårsaken feil intervensjon (intervensjonen oppfylte ikke kriteriene for en moderne boform) for 16 studier, feil studiedesign for fem studier, og feil populasjon for to studier. (vedlegg 2). Vi inkluderte seks studier, fordelt på syv publikasjoner (30-36).



Figur 1: Flyttdiagram over utvelgelse av studier

Beskrivelse av de inkluderte studiene

De seks inkluderte studiene var publisert i årene 2001 til 2017. Studiene ble gjennomført i Canada (31;33), Nederland (36), USA (35), Japan (32) og Tyskland (30) (Tabell 1). Alle studiene var longitudinelle ikke-randomiserte kontrollerte studier.

En av de inkluderte studiene hadde to publikasjoner. Kane 2007 (35) og Lum 2008 (34) rapporterte begge resultater fra en studie som sammenliknet Green house nursing homes med tradisjonelle sykehjem. Publikasjonen til Kane 2007 rapporterte på utfallene ADL, adferdsforstyrrelser og psykiske symptomer, medikamentbruk og fall hos beboerne, mens Lum 2008 rapporterte belastning hos pårørende. Siden Kane 2007 rapporterte på flest relevante

utfall har vi valgt denne som hovedpublikasjon. Vi vil videre henwise til denne artikkelen når vi omtaler studien, med mindre vi omtaler utfallet belastning hos pårørende spesifikt.

Studiene hadde til sammen 610 deltakere. Størrelsen på utvalget varierte fra 26 til 185 deltakere (Tabell 1). I fem av studiene var hovedvekten av deltakerne kvinner (fra 68 %- 86 %) (30;31;33;35;36), en av studiene oppga ikke kjønn på deltakerne (32). I alle studiene bestod utvalget av personer med demens, mens en av studiene også inkluderte pårørende til personer med demens. Fire av studiene oppga ikke informasjon om hvilken demensdiagnose deltakerne var rammet av, med unntak av Suzuki 2008 (32) som inkluderte deltakere med Alzheimers sykdom og vaskulær demens, og Warren 2001 (31) som inkluderte deltakere med Alzheimers sykdom.

Tiltakene i alle studiene var ulike varianter av småskala bofelleskap for personer med demens sammenlignet med tradisjonelle sykehjem eller demensavdelinger i sykehus. Ett av tiltakene, Green Care Farms, kombinerte demensomsorg med gårdsdrift (36), ett tiltak var bofelleskap i urbane leiligheter der beboerne ble oppmuntret til å bruke lokalmiljøet (30), mens de øvrige fire studiene omhandlet hjemlige små bofelleskap med avgrensede uteområder (31-33;35). Tiltakene beskrives mer utfyllende i vedlegg 3.

Når det gjelder utfall ble ADL målt i fem studier (30;32;33;35;36), adferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ble målt i fire studier (30-32;35), medikamentbruk og fall i to studier (31;35) og belastning hos pårørende i en studie (35). Måleinstrumenter brukt i de ulike studiene presenteres i tabell 2.

Tabell 1: Beskrivelse av de inkluderte studiene (N=6)

Studie (land)	Beskrivelse av tiltak		Beskrivelse av deltakere *		Utfalls-mål	Målet ids- punk- ter
	Intervensjon	Kontroll	Intervensjon	Kontroll		
de Boer 2017 (Nederland) (36)	Boenheter med ca. 8 beboere i hver. Gårdsdrift kombinert med demensomsorg	Tradisjonelle sykehjem med mer enn 20 beboere pr. avdeling	N= 30 Alder: 82 (SD 8.5) Kvinner: 68 %	N = 81 Alder: 83 (SD 8.3)/ 85 (SD 6,8) Kvinner: 62/ 87 %	ADL	0, 6 mnd
Kane 2007, Lum 2008 (USA) (34;35)	Frittstående boenheter i hjemlig stil med avgrensede uteområder for 7-10 beboere	Sykehjem med henholdsvis 65 og 120 beboere	N = 39 Alder: 81,4 (SE 10,4) Kvinner: 71,8 %	N= 78 Alder: 87,0 (SE 9,2)/88,6 (SE 7,7) Kvinner: 70/79 %	ADL, depresjon, adferds- symptomer, medikamente r, fall og subjektive og objektive mål på familiebelast ning	0, 6, 12, 18 mnd
Reimer 2004 (Canada) (33)	Frittstående bungalow med 10	Tradisjonelle sykehjem	N = 62 Alder: 80,2 (SD 7,2)	N = 123	Kognitiv funksjon, ADL, sosial	0, 3, 6, 9, 12 mnd

	beboere, arrangert som typiske hjem med forsterket bemanning. Avgrenset uteområde		Kvinner: 75,8 %	Alder: 83.2 (SD 7.2)/81.7 (SD 8,0) Kvinner: 68,6/76,3 %	funksjon og affekt	
Suzuki 2008 (Japan) (32)	Japansk gruppebasert boform ned 18 beboere fordelt på tre 2 boenheter. Hjemmekoselig miljø og avgrensede uteområder	Demensavdeling på sykehus med plass til 117 pasienter	N = 13 Alder: 81,00 (SD 6,68) Kvinner: ikke oppgitt	N = 13 Alder: 82,80 (SD 6,08) Kvinner: ikke oppgitt	ADL og forvirring, irritasjon, angst, sinne og rastløshet. Adferd og psykiske symptomer på demens. Uførhetsmåling for demens	0, 1, 3, 12 mnd
Warren 2001 (Canada) (31)	Boenheter med separate soverom og bad, mens de resterende rommene er felles (inkl. hobby- og musikkrom, planterom, frisør og avgrensede uteområder	Tradisjonelle sykehjem	N = 36 Alder: 81 Kvinner: 86 %	N = 44 Alder: 81 Kvinner: 68 %	ADL, fysisk, adferds- og emosjonell status, fall og medisinerbruk	6,12, 18 mnd
Wolf-Ostermann 2012 (Tyskland) (30)	Bofelleskap i urbane leiligheter organisert med hensyn til "familieliv" og ikke bare omsorgsbehov. Beboerne bruker lokalmiljøet og bor der livet ut	Demens-avdelinger på sykehjem	N = 34 Alder: 83,4 (SD 8,1) Kvinner: 72,1 %	N = 22 Alder: 81,2 (SD 10,4) Kvinner: 27,9 %	Funksjonell status, kognitive begrensninger og psykiske symptomer, livskvalitet	0,6, 12 mnd

*Alder oppgitt i gjennomsnitt

ADL: aktiviteter i dagliglivet; **SD:** Standardavvik; **SE:** Standardfeil

Tabell 2: Beskrivelse av måleredskapene brukt for å måle utfallene i studiene

	Måleinstrument	Skala	Studie
ADL	Barthels Index (37;38), 10 punkts spørreskjema som måler evne til å utføre ADL hos pasient.	Skår 0-100 eller 0-20, høyere skår indikerer lavere evne til å utføre ADL	(30;36)
	Disability Assessment for dementia (DAD) Scale (39), 40 punkts spørreskjema som måler evne til å utføre ADL hos personer med demens.	Skår 0-100, høyere skår indikerer bedre evne til å utføre ADL.	(32)
	Functional Independence Measure og functional Assessment Measure (FIM + FAM) (40). Skjemaene har til sammen 30 punkter for å evaluere grad av funksjonshemming og kognitiv og psykososial funksjon.	Skala fra 0-100, høyere skår indikerer større grad av selvstendighet.	(31)
	Functional Assessment Staging (FAST) (41), Syv punkts skala for å vurdere evnen til å fungere i dagliglivet hos personer med demens.	Skala 1-7, Høyere skår indikerer lavere funksjonsevne.	(33)
Adferdsforstyrrelser og psykiske symptomer	Affect Rating Scale (AARS) (42) er et fem punkts skjema for å evaluere positiv og negativ affekt	Positive følelsene - skala fra 1 til 5, negative følelser - skala fra 5 til 1.	(33)
	Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) (43), 29 punkts spørreskjema som måler frekvensen av adferd på en skala fra 1-7	lavere skår indikerer større grad av sosialt passende oppførsel	(33)
	Gottfries-Brane-Steen Scale (GBS) (44), Skalaen måler fire områder; motorikk, intellektuell kapasitet og emosjonelle og psykiske symptomer.	Skår 0-162, høyere skår samsvarer med forverring.	(32)
	Multidimensional Observation Scale of Elderly Subjects (MOSES) (45), 40 punkts spørreskjema for å vurdere fem adferdsområder: selvhjelpskunnskaper, desorientering, depresjon, irritabilitet og sosial tilbaketrekning.	Skår 0-160, lav skår representerer minst grad av svekkelse	(31)

	Neuropsychiatric Inventory (NPI-NH) (46). Skjemaet måler 12 adferdsdomener.	Skår 0 – 144, høyere skår indikerer mer adferdsforstyrrelser.	(30)
	Cornell scale for depression in dementia (47), 19 punkts skjema for å måle symptomer på depresjon hos personer med demens.	Skår 0-38, høyere skår indikerer mer alvorlig grad av depresjon.	(31)
Belastning hos pårørende	The Montgomery, Stull, and Borgatta burden scales (48), 14 punkts spørreskjema (seks punkter for objektiv belastning og åtte for subjektiv belastning).	Hvert domene skåres 1-5, og høyere skår indikerer større belastning.	(34)
ADL: aktiviteter i dagliglivet			

Risiko for systematiske skjevheter i de inkluderte studiene

Alle studiene ble vurdert totalt sett til å ha alvorlig (30;33;36) eller kritisk risiko (31;32;34;35) for systematiske skjevheter. De kritiske punktene var forvekslingsfaktorer i form av manglende beskrivelser av intervensjons og kontrollgruppe eller store ulikheter mellom gruppene, manglende håndtering av manglende data og utilstrekkelige beskrivelser relatert til måling av utfall.

Tabell 2: Beskrivelse av risiko for systematiske skjevheter i de inkluderte studiene

	1	2	3	4	5	6	7	8
De Boer 2017 (36)	+	+	+	+	+/-	-	+	-
Kane* 2007 (35)	-	--	+	--	--	-	+	--
Lum* 2008 (34)	-	+	+	--	--	-	-	--
Reimer 2004 (33)	+	-	+	-	+	+/-	+	-
Suzuki 2008 (32)	--	+	+	+	--	+/-	+/-	--
Warren 2001 (31)	--	+	+/-	+	--	+/-	+	--
Wolf- Ostermann 2012 (30)	+	+	+/-	+	--	+/-	+	-

Lav risiko: +
 Moderat risiko: +/-
 Alvorlig risiko: -
 Kritisk risiko: --

1 Forvekslingsfaktorer
 2 Utvelgelse av deltakere
 3 Klassifisering av intervensjoner
 4 Avvik i tiltenkt behandling
 5 Manglende data
 6 Måling av utfall
 7 Selektiv rapportering
 8 Totalvurdering

*Publikasjoner fra samme studie med ulik vurdering da de rapporterer ulike utfall

Effekter av Green Care Farms sammenliknet med tradisjonelle boformer

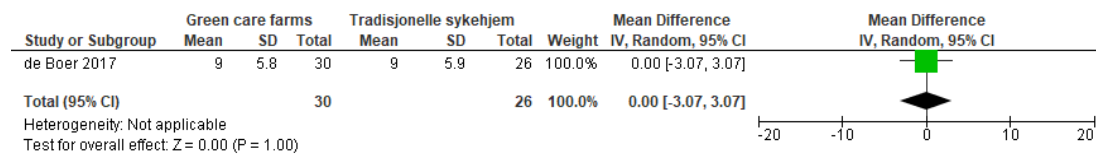
Det var kun én studie som sammenliknet Green Care Farms med tradisjonelle boformer og som hadde ADL som utfall (36).

ADL

De Boer 2017 (36) sammenlignet ADL hos beboere i Green Care Farms med ADL hos beboere i tradisjonelle boformer etter seks måneder. ADL ble målt ved hjelp av Barthels Index (38), med skår 0-20, der høyere skår indikerer dårligere ADL funksjon.

Det var ingen forskjell i ADL mellom beboere i Green Care Farms og beboere i tradisjonelle boformer ved 6 måneders oppfølging (0,00; 95 % KI -3,07 til 3,07) (figur 2).

Konfidensintervallet viser imidlertid at det kan være en inntil 3,07 poengs forskjell mellom gruppene, i begge retninger. Vi har svært liten tillit til at effektestimaten ligger nær den sanne effekten (Vedlegg 5).



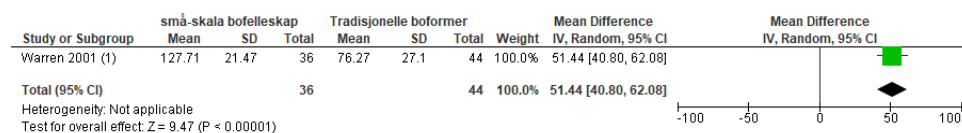
Figur 2: ADL etter 6 måneder

Effekt av småskala bofelleskap sammenlignet med tradisjonelle boformer

Studiene som sammenlignet småskala bofelleskap med tradisjonelle boformer målte ulike utfall. Fire av studiene målte ADL (31-33;35), fire adferdsforstyrrelser og psykiske symptomer (31-33;35), to medikamentbruk (31;35), to fall (31;35) og en studie målte belastning for pårørende (34).

ADL

Warren 2001 (31) sammenlignet ADL hos beboere i bofelleskap med ADL hos beboere i tradisjonelle sykehjem med måleredskapet Functional Independence Measure og functional Assessment Measure (FIM + FAM) (40), der høyere skår indikerer større grad av selvstendighet. Beboerne i bofelleskapene var mer selvhjulpne i ADL enn beboerne i sykehjem ved oppfølging etter 12 måneder (MD 51,44; 95 % KI 40,00 til 62,08) (figur 3). Vi har svært liten tillit til at effektestimaten ligger nær den sanne effekten (Vedlegg 5).



Footnotes

(1) Målt med FIM + FAM

Figur 3. ADL etter 12 måneder

Kane 2007 (35) sammenlignet ADL hos beboere i Green house nursing homes med ADL hos beboere i to tradisjonelle sykehjem over en 18 måneders periode ved hjelp av selvrapporing

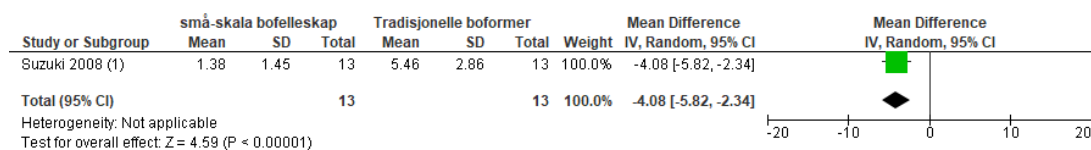
på 11 områder. Forfatterne har ikke oppgitt tilstrekkelig informasjon til at vi kunne beregne gjennomsnittsforskjell mellom gruppene, men de oppga at de ikke fant noen forskjeller mellom gruppene. Vi har derfor ikke vurdert tilliten til effektestimatene.

Reimer 2004 (33) sammenlignet ADL hos beboere i frittstående bungalower med ADL hos beboere i tradisjonelle sykehjem over en periode på 12 måneder med Functional Assessment Staging (FAST) (41). Forfatterne oppgir ikke tall på gjennomsnittsskår eller gjennomsnittsforskjeller mellom gruppene, men rapporterer at ADL funksjonen ble dårligere hos alle deltakerne, men at forverringen var mindre hos beboerne i bofelleskapene enn hos beboerne i sykehjemmene. Vi har ikke kunnet beregne effektestimater og har derfor ikke vurdert vår tillit til resultatene.

Suzuki 2008 (32) sammenlignet ADL hos beboere i små bofelleskap med ADL hos beboere på en demensavdeling på sykehus etter 12 måneder med The Disability Assessment for dementia (DAD) Scale (39). I studien oppgis ikke sumskår for ADL og det er ikke gjort analyser på tvers av gruppene. Forfatterne rapporterte bedring i ADL hos beboerne i bofelleskapene når det gjaldt hygiene, påkledning, spising, måltidstilberedning, økonomi og korrespondanse, telefoni, utflukter og husarbeid etter 12 måneder. Det ble derimot ikke funnet noen forbedring når det gjaldt bruk av medikamenter for denne gruppen etter 12 måneder. I kontrollgruppen rapporterte forfatterne en forverring når det gjaldt påkledning. Vi har ikke beregnet gjennomsnittsforskjell mellom gruppene og har ikke vurdert tilliten til resultatene.

Adferdsforstyrrelser og psykiske symptomer

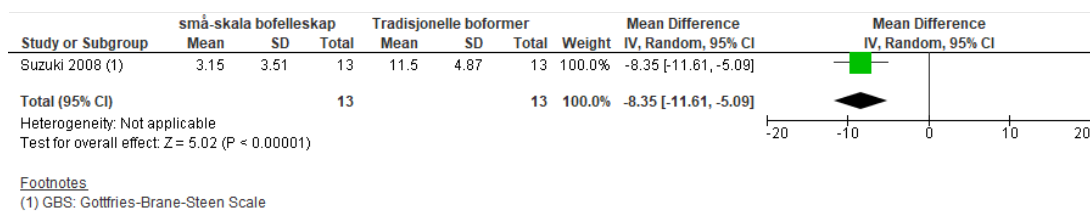
Suzuki 2008 (32) målte emosjonell funksjon og vanlige symptomer ved demens med Gottfries-Brane-Steen (GBS) Scale (44), der høyere skår indikerer flere symptomer og dårligere emosjonell funksjon. Beboerne i bofelleskapene hadde noe bedre emosjonell funksjon (MD -4,08; 95 % KI -5,82 til -2,34) (figur 4) og færre symptomer (MD -8,35; 95% KI -11,61 til -5,09) (figur 5) sammenliknet med beboerne i sykehjem ved oppfølging etter 12 måneder. Vi har svært liten tillit til at effektestimatet ligger nær den sanne effekten (Vedlegg 5).



Footnotes

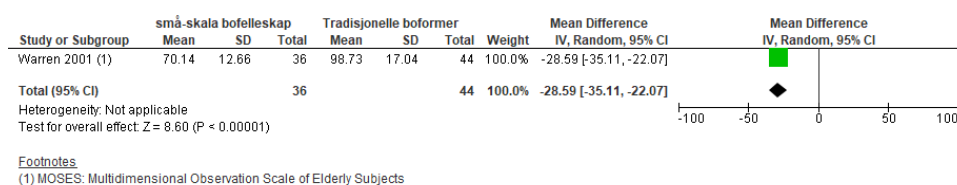
(1) GBS: Gottfries-Brane-Steen Scale

Figur 4. Emosjonell funksjon etter 12 måneder



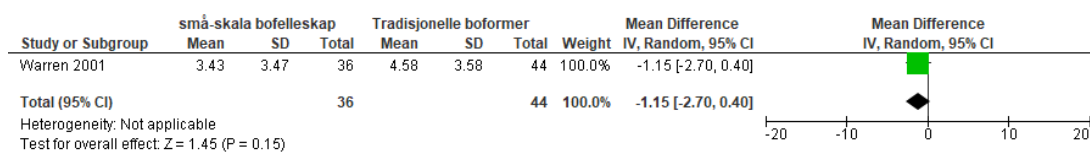
Figur 5. Vanlige symptomer ved demens etter 12 måneder

Warren 2001 (31) målte psykologisk funksjon med Multidimensional Observation Scale of Elderly Subjects (MOSES) (45), der høyere skår indikerer større psykologisk belastning. Beboerne i bofelleskapene hadde lavere psykologisk belastning enn beboerne i sykehjem ved oppfølging etter 12 måneder (-28,59; 95 % KI -35,11 til -22,07) (figur 6). Vi har svært liten tillit til at effektestimater ligger nær den sanne effekten (Vedlegg 5).



Figur 6. Psykologisk funksjon etter 12 måneder

Warren 2001 (31) målte også depresjon med Cornell Cornell skala for depresjon ved demens (47), der høyere skår indikerer mer alvorlig grad av depresjon. Beboerne i bofelleskapene hadde marginalt lavere depresjonsskår enn beboerne i sykehjem ved oppfølging etter 12 måneder (MD -1,15 (95 % KI -2,70 til 0,40) (figur 7). Konfidensintervallet viser imidlertid at gjennomsnittsforskjellen kan være litt større eller den kan ligge rundt null. Vi har svært liten tillit til at effektestimater ligger nær den sanne effekten (Vedlegg 5).



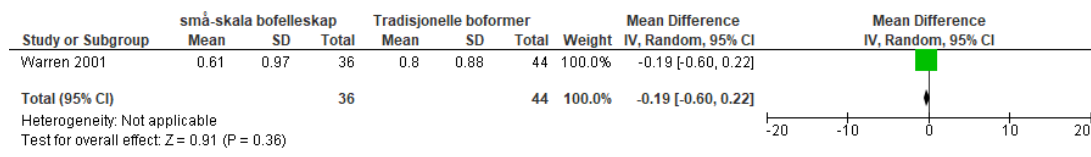
Figur 7. Depresjon etter 12 måneder

Kane 2007 (35) sammenlignet depresjon og adferdssymptomer hos beboere i Green house nursing homes og to tradisjonelle sykehjem over en periode på 18 måneder. Forfatterne rapporterte at beboerne i intervensjonsgruppen hadde lavere forekomst av depresjon sammenlignet med den ene av kontrollgruppene, men sammenlignet med den andre kontrollgruppen ble det ikke rapportert forskjell. Det ble heller ikke rapportert forskjell mellom intervensjonsgruppa og de to kontrollgruppene når det gjaldt adferdssymptomer. Forfatterne har ikke oppgitt tilstrekkelig informasjon til at vi kunne beregne gjennomsnittsforskjeller og vi har derfor ikke vurdert vår tillit til resultatene..

Reimer 2004 (33) sammenlignet sosial oppførsel hos beboere i frittstående bungalower med beboere i tradisjonelle sykehjem over 12 måneder med Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) (43), et 29 punkts spørreskjema der lavere skår indikerer større grad av sosialt passende oppførsel. Forfatterne rapporterte at skåren økte over tid for alle gruppene, men at det var en trend for mer utagerende adferd i intervensjonsgruppen sammenlignet med kontrollgruppene mellom 6 og 12 måneder. Reimer 2004 målte også affekt etter 12 måneder med Affect Rating Scale (AARS) (42), der høyere poengsum indikerer et mer positivt følelsesmessig uttrykk. Her rapporterte forfatterne at intervensjonsgruppen viste mindre angst/frykt og mer interesse enn kontrollgruppene. I tillegg ble tilbaketreking fra sosial aktivitet etter 12 måneder målt med MOSES (45), der høyere skår representerer økt tilbaketreking. Tilbaketreking fra sosial aktivitet økte for alle gruppene, og det ble ikke rapportert at det var forskjell mellom gruppene. Forfatterne oppgir ikke tall på gjennomsnittsskår for gruppene eller gjennomsnittsforskjeller og vi har derfor ikke vurdert vår tillit til resultatene.

Medikamentbruk

Warren 2001 (31) innhentet informasjon om beboernes bruk av psykotrope legemidler etter 12 måneder fra institusjonenes apotek og fra pasientjournaler. Det var liten forskjell i bruk av psykotrope legemidler mellom beboerne i bofelleskapene og beboerne i sykehjem ved oppfølging etter 12 måneder (MD -0,19; 95 % KI -0,60 til 0,22) (figur 8). Konfidensintervallet viser imidlertid at gjennomsnittsforskjellen kan være litt større, litt mindre eller ligge rundt null. Vi har svært liten tillit til at effektestimater ligger nær den sanne effekten (Vedlegg 5).



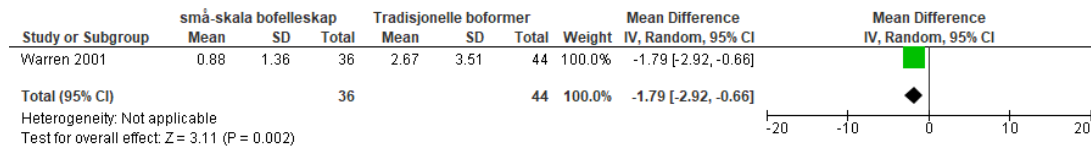
Figur 8. Bruk av psykotrope legemidler etter 12 måneder

Kane 2007 (35) sammenlignet bruk av beroligende og angstdempende medikamenter hos beboere i Green house nursing homes med to tradisjonelle sykehjem over en periode på 18 måneder. Forfatterne rapporterte at det ikke var forskjeller i medikamentbruk mellom gruppene i perioden (OR 1,41; SD 0,84 og 2,42; SD1,52). Forfatterne har ikke oppgitt tilstrekkelig informasjon til at vi kunne beregne gjennomsnittsforskjeller og vi har derfor ikke vurdert vår tillit til resultatene.

Fall

Warren 2001 (31) hentet informasjon om antall fall fra logger over uvanlige/uønskede hendelser i institusjonenes månedlige rapporter. Beboerne i bofelleskapene hadde noen færre fall enn beboerne i sykehjem ved oppfølging etter 12 måneder (MD -1,79 95 % KI -2,92 til -

0,66) (figur 9). Konfidensintervallet viser imidlertid at gjennomsnittsforskjellen kan være litt større, at den kan ligge rundt null, eller at det kan være færre fall blant beboerne i sykehjem. Vi har svært liten tillit til at effektestimateret ligger nær den sanne effekten (Vedlegg 5).



Figur 9. Antall fall etter 12 måneder

Kane 2007 (35) sammenlignet antall fall hos beboere i Green house nursing homes med to tradisjonelle sykehjem over en periode på 18 måneder. Forfatterne rapporterte at det ikke var signifikante forskjeller i fall mellom beboerne i Green house nursing homes og de to kontrollgruppene (OR 2,10; SD1,00 og 2,04; SD1,11). Forfatterne har ikke oppgitt tilstrekkelig informasjon til at vi kunne beregne gjennomsnittsforskjeller og vi har derfor ikke vurdert vår tillit til resultatene.

Belastning hos pårørende

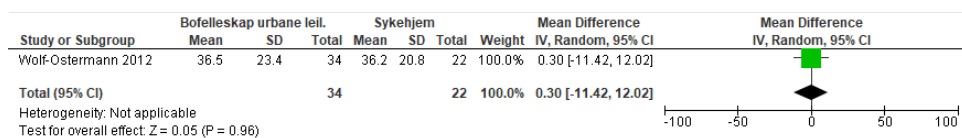
Lum 2008 (34) sammenlignet subjektiv og objektiv belastning hos pårørende til beboere i Green house nursing homes og tradisjonelle sykehjem ved hjelp av the Montgomery, Stull, and Borgatta burden scales (48). Forfatterne rapporterte at det ikke var forskjell i objektiv eller subjektiv belastning hos pårørende i Green house nursing farms og i de to tradisjonelle sykehjemmene. Forfatterne har ikke oppgitt tilstrekkelig informasjon til at vi kunne beregne gjennomsnittsforskjeller og vi har derfor ikke vurdert vår tillit til resultatene.

Effekt av bofelleskap i urbane leiligheter sammenlignet med tradisjonelle boformer

Det var kun én studie som sammenliknet bofellesskap i urbane leiligheter med tradisjonelle boformer. Denne studien hadde ADL og adferdsforstyrrelser som utfall (30).

ADL

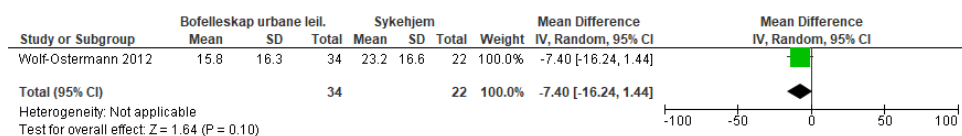
Wolf-Osterman 2012 (30) sammenlignet ADL hos beboere i bofelleskap (urbane leiligheter) med ADL hos beboere i tradisjonelle sykehjem etter 12 måneder ved hjelp av Barthels Index (37), der høyere skår indikerer redusert ADL funksjon. Det var liten eller ingen forskjell i ADL-funksjon etter 12 måneder mellom beboerne i bofelleskapene og beboerne i sykehjem (MD 0,30; 95 % KI -11,42 til 12,08) (figur 10). Konfidensintervallet viser imidlertid at det kan være en forskjell mellom gruppene og at begge gruppene kan ha bedre ADL-funksjon enn den andre.



Figur 10. ADL etter 12 måneder

Adferdsforstyrrelser

Wolf-Osterman 2012 (30) målte adferdsforstyrrelser med Neuropsychiatric Inventory (NPI-NH) (46), en skala med totalskår som går fra 0 til 144, der høyere skår indikerer større grad av adferdsforstyrrelser. Beboerne i bofelleskapene hadde mindre grad av adferdsforstyrrelser enn beboerne i sykehjem ved oppfølging etter 12 måneder (MD -7,40; 95 % KI -16,24 til 1,44) (figur 11). Konfidensintervallet viser imidlertid at forskjellen kan være større eller mindre, eller den kan ligge rundt null. I tillegg ble adferdsproblemer målt med CMAI, men denne skalaen beregner ikke totalskår og den er derfor ikke tatt med.



Figur 11. Adferdsforstyrrelser etter 12 måneder

Diskusjon

Hovedfunn

Vi inkluderte seks studier fordelt på syv publikasjoner (30-36) som var publisert i årene 2001 til 2017. Studiene ble gjennomført i Canada (31;33), Nederland (36), USA (34;35), Japan (32) og Tyskland (30). Alle studiene var longitudinelle ikke-randomiserte studier. Studiene hadde til sammen 610 deltakere, størrelsen på utvalget varierte fra 26 til 185 deltakere.

Tiltakene i studiene var ulike varianter av småskala bofelleskap for personer med demens sammenlignet med tradisjonelle sykehjem eller demensavdelinger i sykehus. Ett av tiltakene, Green Care Farms, kombinerte demensomsorg med gårdsdrift (36), et tiltak var bofelleskap i urbane leiligheter der beboerne ble oppmuntret til å bruke lokalmiljøet (30), mens de øvrige fire studiene omhandlet hjemlige småskala bofelleskap med avgrensede uteområder (31-33;35).

Når det gjelder utfall ble ADL målt i fem studier (30;32;33;35;36), adferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ble målt i fire studier (30-32;35), medikamentbruk og fall i to studier (31;35) og belastning hos pårørende i en studie (35).

Hovedfunnene fra denne oversikten viser at:

Det er usikkert om Green Care Farms har en effekt på ADL sammenlignet med tradisjonelle boformer.

Det er usikkert om småskala bofelleskap med avgrensede uteområder har effekt på ADL, psykologisk og emosjonell funksjon, depresjon, medikamentbruk, fall og vanlige symptomer ved demens sammenlignet med tradisjonelle boformer

Det er usikkert om bofelleskap i urbane leiligheter der beboerne ble oppmuntret til å bruke lokalmiljøet har effekt på ADL og adferdsforstyrrelser sammenlignet med tradisjonelle boformer.

Er kunnskapsgrunnlaget dekkende og anvendelige?

Både deltakerne i studien, som var personer med demens eller pårørende, og tiltakene, som var ulike moderne boformer, var relevante for en norsk kontekst. Men siden studiene hadde ulike

intervensjoner og brukte ulike og i enkelte tilfeller ikke validerte målemetoder var det ikke mulig å sammenstille resultatene fra studiene. Resultatene i denne oversikten baserer seg kun på enkeltstudier med lav metodisk kvalitet og med få deltakere. Vi fant heller ingen studier om effekten av demenslandsbyer.

Kunnskapsgrunnlaget er derfor for mangelfullt til å svare på problemstillingen. Resultatene fra enkeltstudiene er usikre og må tolkes med varsomhet. Vi har forsøkt å være tydelige og påpekt hvor vi mener det er klare svakheter med studiene og hvilken tillit vi har til resultatene. Denne oppsummering gir således en oversikt over hva som finnes av studier innen feltet og en vurdering av hvorvidt vi kan stole på det eksisterende kunnskapsgrunnlaget.

Kan vi stole på kunnskapsgrunnlaget?

Vi har gjennomgående svært lav tillit til effektestimaterne i denne oversikten. Dette innebærer at vi har svært lav tillit til at effektestimaterne viser 'sannheten' eller den 'virkelige' effekten av tiltakene. En del av grunnen til dette er at alle de inkluderte studiene var observasjonsstudier, og faren for å feilbedømme effekten er større i slike studier enn ved randomiserte forsøk. Tilliten til samtlige utfall ble nedgradert på grunn av høy risiko for systematiske skjevheter. Her var de kritiske punktene forvekslingsfaktorer, manglende håndtering av manglende data og utilstrekkelige beskrivelser relatert til intervensjoner og måling av utfall. Vi nedgraderte også for upresise effektestimater, som en følge av at det kun var enkeltstudier med små utvalg (vedlegg 5).

Begrensninger ved denne systematiske oversikten

Denne systematiske oversikten er basert på et grundig litteratursøk etter studier publisert frem til september 2021 ved hjelp av en eksplisitt søkestrategi, og vi har gjort parvise, uavhengige vurderinger av studienes relevans i henhold til inklusjonskriteriene. Vi har også gjennomgått referanselister til relevante oversikter. Vi kan likevel ha gått glipp av studier der moderne boformer eller demenslandsbyer og demens ikke er nevnt i tittel eller sammendrag, men vi anser det som sannsynlig at vi har identifisert det som finnes av aktuelle studier innenfor perioden for vårt litteratursøk.

Vi vurderte risiko for systematiske skjevheter i de inkluderte studiene samt vår tillit til effektestimaterne på en systematisk og transparent måte ved hjelp av anerkjente verktøy. Vi har også kvalitetssikret den systematiske oversikten ved å inkludere fagfellevurderinger fra to eksterne fagfeller som er eksperter innen fagområdet, samt en intern fagfelle med metodisk ekspertise.

Mange systematiske oversikter om effekt begrenser seg til kun randomiserte studier. En styrke ved denne oversikten er at våre inklusjonskriterier i tillegg til randomiserte studier også omfattet ikke-randomiserte studier. Likevel er det viktig å understreke at det er begrensninger ved slike studiedesign. Små og metodisk svake ikke-randomiserte studier har en betydelig risiko for systematiske skjevheter.

Alle de inkluderte studiene var slike ikke-randomiserte studier. For eksempel vil konfunderingsfaktorer kunne påvirke resultatene (29). Deltakerne i intervensjons og kontrollgruppe kan være ulikt preget av blant annet demens, adferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens (APSD), polyfarmasi (og medikamentelle bivirkninger), komorbiditet, fysisk funksjonsnivå, ernæring, stimulans, smerteproblematikk, pårønderressurser m.m. Det var ofte forskjeller mellom gruppene ved studiestart og det var få deltakere i hver gruppe som ble sammenlignet. I tillegg var det i mange tilfeller uklare eller manglende beskrivelser av deltakerne, hvordan deltakerne ble fordelt til de ulike tiltakene, diagnostiske kriterier som var lagt til grunn for demenssykdommen samt utfallsmål.

Overensstemmelse med andre litteraturoversikter og studier

Vi har ikke identifisert andre systematiske oversikter som har undersøkt effekt av moderne boformer for personer med demens sammenlignet med tradisjonelle boformer. Vi identifiserte imidlertid en kunnskapsoppsummering som har undersøkt effekter av ulike botilbud eller elementer ved botilbud for personer med demens.

I 2009 publiserte FHI en systematisk oversikt som undersøkte kunnskapsgrunnlaget for hvordan botilbud bør utformes for personer med demens (17). Oversikten inkluderte åtte oversiktsartikler og 11 primærstudier. Resultatene viste at forhold i fysiske omgivelser kunne medføre bedring for personer med demens på fire hovedområder: nivå på daglige funksjoner, adferdsforstyrrelser, positiv adferd og livskvalitet. Ved større boenheter ble det observert mer utfordrende adferd, emosjonelle forstyrrelser samt raskere svekkelse av mentale funksjoner sammenlignet med mindre boenheter. Ved mindre enheter hadde beboerne mindre angst/depresjon, bedre interaksjon med de øvrige beboerne og personalet, og det ble meldt om bedre tilfredshet. Også her var resultatene usikre og forfatterne påpekte at resultatene bør tolkes med varsomhet grunnet metodiske begrensninger i de inkluderte studiene.

Videre identifiserte vi to ikke-systematiske oversikter som omhandlet moderne boformer for personer med demens.

Sintef publiserte i 2015 en ikke-systematisk oversikt (11) som inkluderte 16 oversiktsstudier om småskalaomsorg samt det fysiske miljøets betydning for omsorg for eldre personer med demens. Oversiktsartiklene inkluderte både kvalitative og kvantitative studier. De vurderte ikke de inkluderte oversiktens risiko for systematiske skjevheter og de har ikke tallfestet effekten av de ulike boformene.

The Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH) (14) publiserte i 2019 en ikke-systematisk oversikt, der de kartla hvilke modeller for moderne boformer for personer med demens som finnes i litteraturen. Modellene de identifiserte var demenslandsbyer etter den nederlandske modellen; De Hogeweyk, Eden Alternative (USA), Green House (USA) og Butterfly Care (Storbritannia). Rapporten inneholdt ikke kvalitetsvurderinger av studiene som ble inkludert og de har ikke undersøkt effekten av de ulike boformene.

Resultatenes betydning for praksis

Det forskningsbaserte kunnskapsgrunnet i denne systematiske oversikten gir et uklart bilde av effektene av moderne boformer sammenliknet med tradisjonelle botilbud for personer med demens. Vi vurderte de inkluderte studiene til å ha høy risiko for systematiske skjevheter og resultatene er basert på små enkeltstudier.

Funnene fra denne systematiske oversikten må derfor ses i sammenheng med forskning på andre utfall som f.eks. livskvalitet, brukernes erfaringer og preferanser samt klinisk erfaring.

Kunnskapshull

Hensikten med denne systematiske kunnskapsoppsummeringen er å undersøke effekter av demenslandsbyer og andre moderne boformer for personer med demens, sammenliknet med tradisjonelle botilbud.

Denne oversikten viser at vi mangler forskningsbasert kunnskap om effekt av moderne boformer for personer med demens da studiene vi identifiserte var små studier av eldre dato med alvorlige metodiske begrensninger. Alle studiene var longitudinelle observasjonsstudier og hovedvekten av studiene var publisert for over 10 år siden. Vi fant heller ingen studier fra Norge eller de andre nordiske landene.

Vi identifiserte ingen randomiserte studier og ingen av studiene omhandlet effekt av demenslandsbyer sammenliknet med tradisjonelle botilbud.

Mye har skjedd innen behandling og helsetilbud for personer med demens de siste årene, og dette reflekteres ikke i denne oversikten. Det er behov for flere studier av god kvalitet som undersøker effekter av demenslandsbyer og andre moderne botilbud for personer med demens.

Konklusjon

Det er usikkert om moderne boformer har effekt for personer med demens sammenlignet med tradisjonelle boformer, basert på utvalget av effektmål vi har fokusert på i denne rapporten.

Alle de inkluderte studiene var observasjonsstudier med få deltakere og studiene hadde høy risiko for systematiske skjevheter. Det forskningsbaserte kunnskapsgrunnlaget er mangelfullt. Vi trenger flere studier, av god metodisk kvalitet og med flere deltakere for å undersøke effekt av moderne boformer for personer med demens.

Referanser

1. Folkehelseinstituttet. Folkehelse rapporten. www.fhi.no [lest 18. juni]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/%20?term=demens%20&h=1>
2. Nasjonalforeningen for folkehelsen. Ulike typer demens [oppdatert 16. 04.2021; lest]. Tilgjengelig fra: <https://nasjonalforeningen.no/demens/ulike-typer-demens/alzheimers-sykdom/>
3. World Health Organization. Dementia [lest 18. juni]. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
4. Rosness TA, Haugen PK, Engedal K. Når demens rammer unge. Tidsskrift for Den norske legeförening 2011.
5. Strand BH, Knapkog A-B, Persson K, Edwin TH, Bjertness E, Engedal K, et al. The loss in expectation of life due to early-onset mild cognitive impairment and early-onset dementia in Norway. *Dementia and geriatric cognitive disorders* 2019;47(4-6):355-65.
6. Folkehelseinstituttet. Demens som dødsårsak [lest 6 juli]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/dodsarsaksregisteret/demens-som-dodsarsak/>
7. Rapaport P, Burton A, Leverton M, Herat-Gunaratne R, Beresford-Dent J, Lord K, et al. "I just keep thinking that I don't want to rely on people." a qualitative study of how people living with dementia achieve and maintain independence at home: stakeholder perspectives. *BMC Geriatrics* 2020;20(1):5.
8. Lord K, Livingston G, Robertson S, Cooper C. How people with dementia and their families decide about moving to a care home and support their needs: development of a decision aid, a qualitative study. *BMC Geriatrics* 2016;16(1):68.
9. Aldring og helse. Nasjonal kompetansetjeneste. Fakta om demens [lest 24. juni]. Tilgjengelig fra: <https://www.aldringoghelse.no/demens/fakta-om-demens/>
10. Ranhoff AH, Linnund JM. Når skal sykehjemspasienter innlegges i sykehus? Tidsskrift for Den norske legeförening 2005.
11. Høyland K, Kirkevold Ø, Woods R, Haugan G. Er smått alltid godt i demensomsorgen? - Om bo- og tjenestetilbud for personer med demens. 2015.
12. Helse- og omsorgsdepartementet. Rom for omsorg. Behov for utbygging o fornyelse av landets sykehjem og omsorgsboliger. 2016.
13. Helse- og omsorgsdepartementet. Demensplan 2025. I: Helse- og omsorgsdepartementet, red. 2020.
14. Harris J, Topfer L-A, Ford C. *Dementia Villages: Innovative Residential Care for People With Dementia*. Ottawa: CADTH; 2019.
15. Nygaard A, Halvorsrud L, Grov EK, Bergland A. What matters to you when the nursing home is your home: a qualitative study on the views of residents with dementia living in nursing homes. *BMC Geriatrics* 2020;20(1):227.
16. Glass AP. Innovative seniors housing and care models: what we can learn from the Netherlands. *Seniors Housing and Care Journal* 2014;22(1):74-81.
17. Landmark B, Kirkehei I, Brurberg KG, Reinar LM. *Botilbud til personer med demens*. 2009.

18. Dalsbø TK, Kirkehei I, Dahm KT. Botilbud til mennesker med demens. 2014.
19. Område for helsetjenester i Folkehelseinstituttet. Metodeboken oppdatert juli 2021. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2021.
20. Higgins JP, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ, et al. Cochrane handbook for systematic reviews of interventions: John Wiley & Sons; 2019.
21. Hestevik CH, Rosness TA, Holte HH, Kirkehei I. Demenslandsbyer og andre moderne boformer for personer med demens. Prosjektplan for systematisk oversikt.
<https://www.fhi.no/contentassets/936a94ccea2b45dea27fb2d02125d6c1/prosjektplan-demensboliger.pdf>: Folkehelseinstituttet; 2021. Tilgjengelig fra:
<https://www.fhi.no/contentassets/936a94ccea2b45dea27fb2d02125d6c1/prosjektplan-demensboliger.pdf>
22. Clarivate. EndNote [software] version X9. Clarivate; 2020.
23. Thomas J, Brunton J, Graziosi S. EPPI-Reviewer 4: software for research synthesis. EPPI-Centre Software. London: Social Science Research Unit, UCL Institute of Education.; 2010.
24. Sterne JA, Hernán MA, Reeves BC, Savović J, Berkman ND, Viswanathan M, et al. ROBINS-I: a tool for assessing risk of bias in non-randomised studies of interventions. *bmj* 2016;355.
25. Microsoft Corporation. Microsoft Excel. 2018.
26. Cochrane Collaboration. Review manager (version 5.3)[computer software]. Copenhagen, Denmark: The Nordic Cochrane Centre, Cochrane Collaboration 2014.
27. Guyatt G, Oxman AD, Akl EA, Kunz R, Vist G, Brozek J, et al. GRADE guidelines: 1. Introduction—GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *Journal of clinical epidemiology* 2011;64(4):383-94.
28. GRADEpro G. GRADEpro Guideline Development Tool [Software]. McMaster University, 2015 (developed by Evidence Prime, Inc.). Available at: grade.pro.org Accessed January 2016;4.
29. Schünemann HJ, Cuello C, Akl EA, Mustafa RA, Meerpohl JJ, Thayer K, et al. GRADE guidelines: 18. How ROBINS-I and other tools to assess risk of bias in nonrandomized studies should be used to rate the certainty of a body of evidence. *Journal of clinical epidemiology* 2019;111:105-14.
30. Wolf-Ostermann K, Worch A, Fischer T, Wulff I, Gräske J. Health outcomes and quality of life of residents of shared-housing arrangements compared to residents of special care units—results of the Berlin DeWeGE-study. *Journal of clinical nursing* 2012;21(21-22):3047-60.
31. Warren S, Janzen W, Andiel-Hett C, Liu L, McKim HR, Schalm C. Innovative dementia care: functional status over time of persons with Alzheimer disease in a residential care centre compared to special care units. *Dementia and geriatric cognitive disorders* 2001;12(5):340-7.
32. Suzuki M, Kanamori M, Yasuda M, Oshiro H. One-year follow-up study of elderly group-home residents with dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*® 2008;23(4):334-43.
33. Reimer MA, Slaughter S, Donaldson C, Currie G, Eliasziw M. Special care facility compared with traditional environments for dementia care: a longitudinal study of quality of life. *Journal of the American Geriatrics Society* 2004;52(7):1085-92.
34. Lum TY, Kane RA, Cutler LJ, Yu T-C. Effects of Green House® nursing homes on residents' families. *Health Care Financing Review* 2008;30(2):35.
35. Kane RA, Lum TY, Cutler LJ, Degenholtz HB, Yu TC. Resident outcomes in small-house nursing homes: A longitudinal evaluation of the initial green house program. *Journal of the American Geriatrics Society* 2007;55(6):832-9.
36. de Boer B, Hamers JP, Zwakhalen SM, Tan FE, Beerens HC, Verbeek H. Green care farms as innovative nursing homes, promoting activities and social interaction for people with dementia. *Journal of the American Medical Directors Association* 2017;18(1):40-6.
37. Mahoney FI. Functional evaluation: the Barthel index. *Maryland state medical journal* 1965;14(2):61-5.
38. Collin C, Wade DT, Davies S, Horne V. The Barthel ADL Index: A reliability study. *International Disability Studies* 1988;10(2):61-3.

39. Homma A, Asada T, Arai H, Isse K, Imai Y, Nishikawa T, et al. Clinical assessment for patients with age-associated dementia. Global and psychometric assessment. *Jpn J Geriatr Psychiatry* 1999;10:193-229.
40. Hall KM, Hamilton BB, Gordon WA, Zasler ND. Characteristics and comparisons of functional assessment indices: disability rating scale, functional independence measure, and functional assessment measure. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation* 1993.
41. Reisberg B. Functional assessment staging (FAST). *Psychopharmacol Bull* 1988;24:653-9.
42. Lawton MP, Van Haitsma K, Klapper J. Observed affect in nursing home residents with Alzheimer's disease. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 1996;51(1):P3-P14.
43. Cohen-Mansfield J, Marx MS, Rosenthal AS. A description of agitation in a nursing home. *Journal of gerontology* 1989;44(3):M77-M84.
44. Gottfries C-G, Bråne G, Gullberg B, Steen G. A new rating scale for dementia syndromes. *Archives of gerontology and geriatrics* 1982;1(4):311-21.
45. Helmes E, Csapo KG, Short J-A. Standardization and validation of the multidimensional observation scale for elderly subjects (MOSES). *Journal of Gerontology* 1987;42(4):395-405.
46. Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology* 1994;44(12):2308-.
47. Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC, Shamoian CA. Cornell scale for depression in dementia. *Biological psychiatry* 1988;23(3):271-84.
48. Montgomery RJ, Stull DE, Borgatta EF. Measurement and the analysis of burden. *Research on aging* 1985;7(1):137-52.

Vedlegg 1: Søkestrategi

Søkestrategi

Dato for alle søk: 02.09.2021

Søketreff totalt: 10080

Søketreff etter dublettkontroll: 6761

MEDLINE (Ovid)

Ovid MEDLINE(R) ALL 1946 to September 01, 2021

Søketreff: 2551

1. exp Dementia/

2. (dement* or alzheimer*).tw.

3. 1 or 2

4. ((dementia or alzheimer* or retirement) adj3 villag*).ti,ab,kf,bt.

5. (homelike or home-like or (familiar adj3 environment*) or ((small-scale* or smallscale*) adj3 (living or home* or house* or environment or care facilit* or facilit*))).ti,ab,kf,bt.

6. (((Eden or Butterfly) adj2 (alternative* or house* or home* or project*)) or Green House or Green care or Green home* or Hogewey* or Dehogewey* or Eckinge* or Sonnenberg* or Fosshagen* or Apartment* for Life or care farm*).ti,ab,kf,bt.

7. (exp housing/ or exp Homes for the Aged/ or exp Housing for the Elderly/ or residential facilities/ or exp Assisted Living Facilities/) and (Health facility environment/ or "Facility design and construction"/ or "Interior design and furnishings"/ or architectural accessibility/ or Health facility size/ or exp Architecture/ or Residence Characteristics/ or exp Environment Design/)

8. *Health facility environment/ or *"Facility design and construction"/ or *"Interior design and furnishings"/ or *architectural accessibility/ or *Health facility size/ or exp *Architecture/ or Residence Characteristics/ or exp *Environment Design/ or exp *Housing/

9. (physical environment* or built environment* or living environment* or residential environment* or outdoor* environment* or residential setting* or intelligent building* or intelligent living or environment* design* or modern living facilit* or advanced living facilit* or residential communit* or residential care facilit* or long term facilit* or longterm facilit* or living arrangement* or care communit* or group living or assisted living or facility design or independent living facilit* or assisted living facilit* or supported living or design for dementia or dementia-friendly design or generation hous* or housing innovation* or respite cottage* or green space* or shared housing or residential care communit* or neighbo?rhood* or landscape design* or senior* housing or care housing).ti,ab,kf,bt.

10. ((care or caring) and (house or housing or facility or facilities)).ti.

11. or/4-10

12. 3 and 11

13. animal/ not human/

14. (mouse or mice or rat or rats).ti.

15. 12 not (13 or 14)

16. limit 15 to yr="2000 -Current"

Embase (Ovid)

Embase 1980 to 2021 Week 34

Søketreff: 1292

1. exp Dementia/

2. (dement* or alzheimer*).ti,ab,bt.

3. 1 or 2

4. ((dementia or alzheimer* or retirement) adj3 villag*).ti,ab,bt.

5. (homelike or home-like or (familiar adj3 environment*) or ((small-scale* or smallscale*) adj3 (living or home* or house* or environment or care facilit* or facilit*))).ti,ab,bt.

6. (((Eden or Butterfly) adj2 (alternative* or house* or home* or project*)) or Green House or Green care or Green home* or Hogewey* or Dehogewey* or Eckinge* or Sonnenberg* or Fosshagen* or Apartment* for Life or care farm*).ti,ab,bt.

7. (exp housing/ or exp Home for the Aged/ or residential home/ or exp assisted living facility/) and (Architecture/ or exp Environment Design/ or environmental planning/ or built environment/)

8. exp *housing/ or exp *Home for the Aged/ or *residential home/ or exp *assisted living facility/ or *Architecture/ or exp *Environment Design/ or *environmental planning/ or *built environment/

9. (physical environment* or built environment* or living environment* or residential environment* or outdoor* environment* or residential setting* or intelligent building* or intelligent living or environment* design* or modern living facilit* or advanced living facilit* or residential communit* or residential care facilit* or long term facilit* or longterm facilit* or living arrangement* or care communit* or group living or assisted living or facility design or independent living facilit* or assisted living facilit* or supported living or design for dementia or dementia-friendly design or generation hous* or housing innovation* or respite cottage* or green space* or shared housing or residential care communit* or neighbo?rhood* or landscape design* or senior* housing or care housing).ti,ab,bt.

10. ((care or caring) and (house or housing or facility or facilities)).ti.

11. or/4-10

12. 3 and 11

13. animals/ not humans/

14. (mouse or mice or rat or rats).ti.

15. 12 not (13 or 14)

16. limit 15 to yr="2000 -Current"

17. limit 16 to embase

PsycINFO (Ovid)

APA PsycInfo 1806 to August Week 4 2021

Søketreff: 1341

1. exp Dementia/

2. (dement* or alzheimer*).tw.

3. 1 or 2

4. ((dementia or alzheimer* or retirement) adj3 villag*).ti,ab,bt.

5. (homelike or home-like or (familiar adj3 environment*) or ((small-scale* or smallscale*) adj3 (living or home* or house* or environment or care facilit* or facilit*))).ti,ab,bt.

6. (((Eden or Butterfly) adj2 (alternative* or house* or home* or project*)) or Green House or Green care or Green home* or Hogewey* or Dehogewey* or Eckinge* or Sonnenberg* or Fosshagen* or Apartment* for Life or care farm*).ti,ab,bt.

7. (housing/ or assisted living/ or group homes/ or retirement communities/) and (built environment/ or living arrangements/ or home environment/ or assisted living/ or exp architecture/)

8. *housing/ or *assisted living/ or *group homes/ or *retirement communities/ or *built environment/ or *living arrangements/ or *home environment/ or *assisted living/ or exp *architecture/

9. (physical environment* or built environment* or living environment* or residential environment* or outdoor* environment* or residential setting* or intelligent building* or intelligent living or environment* design* or modern living facilit* or advanced living facilit* or residential communit* or residential care facilit* or long term facilit* or longterm facilit* or living arrangement* or care communit* or group living or assisted living or facility design or independent living facilit* or assisted living facilit* or supported living or design for dementia or dementia-friendly design or generation hous* or housing innovation* or respite cottage* or green space* or shared housing or residential care communit* or neighbo?rhood* or landscape design* or senior* housing or care housing).ti,ab,bt.

10. ((care or caring) and (house or housing or facility or facilities)).ti.

11. or/4-10

12. 3 and 11

13. (animals/ not humans/) or (animal not human).po.

14. (mouse or mice or rat or rats).ti.

15. 12 not (13 or 14)

16. limit 15 to yr="2000 -Current"

CINAHL (Ebsco)

Søketreff: 2632

S12 S3 AND S11 Limiters - Published Date: 20000101-20211231; Exclude MEDLINE records

S11 S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10

S10 TI ((care or caring) and (house or housing or facility*))

S9 TI ("physical environment" or "built environment" or "living environment" or "residential environment" or "outdoor environment" or "residential setting*" or "intelligent building*" or "intelligent living" or "environment design*" or "environmental design" or "modern living facilit*" or "advanced living facilit*" or "residential communit*" or "residential care facilit*" or "long term facilit*" or "longterm facilit*" or "living arrangement*" or "care communit*" or "group living" or "assisted living" or "facility design" or "independent living facilit*" or "assisted living facilit*" or "supported living" or "design for dementia" or "dementia-friendly design" or "generation hous*" or "housing innovation*" or "respite cottage*" or "green space*" or "shared housing" or "residential care communit*" or neighbourhood* or neighborhood* or "landscape design*" or "senior housing" or "care housing") OR AB ("physical environment" or "built environment" or "living environment" or "residential environment" or "outdoor environment" or "residential setting*" or "intelligent building*" or "intelligent living" or "environment design*" or "environmental design" or "modern living facilit*" or "advanced living facilit*" or "residential communit*" or "residential care facilit*" or "long term facilit*" or "longterm facilit*" or "living arrangement*" or "care communit*" or "group living" or "assisted living" or "facility design" or "independent living facilit*" or "assisted living facilit*" or "supported living" or "design for dementia" or "dementia-friendly design" or "generation hous*" or "housing innovation*" or "respite cottage*" or "green space*" or "shared housing" or "residential care communit*" or neighbourhood* or neighborhood* or "landscape design*" or "senior housing" or "care housing")

S8 (MM "Housing") OR (MM "Housing for the Elderly") OR (MM "Residential Facilities+") OR (MM "Assisted Living") OR (MM "Health Facility Environment") OR (MM "Facility Design and

Construction+") OR (MM "Patients' Rooms+") OR (MM "Architecture+") OR (MM "Residence Characteristics+")

S7 ((MH "Housing") OR (MH "Housing for the Elderly") OR (MH "Residential Facilities+") OR (MH "Assisted Living")) AND ((MH "Health Facility Environment") OR (MH "Facility Design and Construction+") OR (MH "Patients' Rooms+") OR (MH "Architecture+") OR (MH "Residence Characteristics+"))

S6 TI (((((Eden or Butterfly) N3 (alternative or house or home or project)) or "Green House" or "Green care" or "Green home*" or Hogewey* or Dehogewey* or Eckinge* or Sonnenberg* or Fosshagen* or "Apartments for Life" or "apartment for life" or "care farm*"))) OR AB (((((Eden or Butterfly) N3 (alternative or house or home or project)) or "Green House" or "Green care" or "Green home*" or Hogewey* or Dehogewey* or Eckinge* or Sonnenberg* or Fosshagen* or "Apartments for Life" or "apartment for life" or "care farm*")))

S5 TI ((homelike or "home-like" or (familiar N4 environment*) or ("small-scale*" or smallscale*) N4 (living or home* or house* or environment or "care facilit*" or facilit*))) OR AB ((homelike or "home-like" or (familiar N4 environment*) or ("small-scale*" or smallscale*) N4 (living or home* or house* or environment or "care facilit*" or facilit*)))

S4 TI ((dementia or alzheimer* or retirement) N3 village*) OR AB ((dementia or alzheimer* or retirement) N3 village*)

S3 S1 OR S2

S2 TI (dement* or alzheimer*) OR AB (dement* or alzheimer*)

S1 (MH "Dementia+")

Epistemonikos

Søketreff søk 1: All 592 (bredt tittelsøk)

Title: (dement* OR alzheimer*) AND (village* OR home* OR house* OR building* OR environment* OR design OR architechtur* OR facilit* OR "small-scale" OR "small-scaled" OR

residen* OR eden OR butterfly OR "Green House" OR "Green care" OR "Green home" OR Hogewey* OR Dehogewey* OR Eckinge* OR Sonnenberg* OR Fosshagen* OR "Apartments for Life" OR "green care" OR "care farm" OR "care farms")

Søketreff søk 2: 33 (smalere søk i tittel og sammendrag)

Title or abstract: (dement* OR alzheimer*) AND (village* OR homelike OR home-like OR "small-scale" OR "small-scaled" OR eden OR butterfly OR "Green House" OR "Green care" OR "Green home" OR Hogewey* OR Dehogewey* OR Eckinge* OR Sonnenberg* OR Fosshagen* OR "Apartments for Life" OR "green care" OR "care farm" OR "care farms"))

Cochrane Library

Søketreff: Cochrane reviews 14, trials 839

#1 MeSH descriptor: [Dementia] explode all trees

#2 (dement* or alzheimer*):ti,ab,kw

#3 #1 or #2 with Cochrane Library publication date Between Jan 2000 and Dec 2021

#4 ((dementia or alzheimer* or retirement) near/4 villag*):ti,ab,kw

#5 (homelike or "home-like" or (familiar near/3 environment*) or ((small-scale* or smallscale*) near/3 (living or home* or house* or environment or (care next facilit*) or facilit*)):ti,ab,kw

#6 (((Eden or Butterfly) near/2 (alternative* or house* or home* or project*)) or "Green House" or "Green care" or "Green home" or Hogewey* or Dehogewey* or Eckinge* or Sonnenberg* or Fosshagen* or "Apartments for Life" or "apartment for life" or "green care" or (care next farm*)):ti,ab,kw

#7 ((physical next environment*) or (built next environment*) or (living next environment*) or (residential next environment*) or (outdoor next environment*) or (residential next setting*) or (intelligent next building*) or "intelligent living" or (environment* next design*) or (modern next living next facilit*) or (advanced next living next facilit*) or (residential next communit*) or (residential next care next facilit*) or (long next term next facilit*) or (longterm next facilit*) or (living next arrangement*) or (care next communit*) or "group living" or "assisted living" or "facility design" or (independent next living next facilit*) or (assisted next living next facilit*) or

"supported living" or "design for dementia" or "dementia-friendly design" or (generation next hous*) or (housing next innovation*) or "respite cottage" or (green next space*) or "shared housing" or (residential next care next communit*) or neighbourhood* or neighborhood* or "landscape design" or (senior* next housing*) or (care next housing*)):ti,ab,kw

#8 MeSH descriptor: [Housing] explode all trees

#9 MeSH descriptor: [Homes for the Aged] explode all trees

#10 MeSH descriptor: [Housing for the Elderly] explode all trees

#11 MeSH descriptor: [Residential Facilities] explode all trees

#12 MeSH descriptor: [Assisted Living Facilities] explode all trees

#13 MeSH descriptor: [Health Facility Environment] explode all trees

#14 MeSH descriptor: [Facility Design and Construction] explode all trees

#15 MeSH descriptor: [Interior Design and Furnishings] explode all trees

#16 MeSH descriptor: [Architectural Accessibility] explode all trees

#17 MeSH descriptor: [Health Facility Size] explode all trees

#18 MeSH descriptor: [Architecture] explode all trees

#19 MeSH descriptor: [Residence Characteristics] explode all trees

#20 MeSH descriptor: [Environment Design] explode all trees

#21 ((care or caring) and (house or housing or facility or facilities)):ti

#22 #4 or #5 or #6 or #7 or #8 or #9 or #10 or #11 or #12 or #13 or #14 or #15 or #16 or #17 or #18 or #19 or #20 #21

#23 #3 and #22 with Cochrane Library publication date Between Jan 2000 and Sep 2021, CENTRAL publication 2000 - 2021

Web of Science

Søketreff: 819

#1 Topic: dement* or alzheimer*

#2 Topic: (((dementia or alzheimer* or retirement) near/2 village*) or home-like or homelike OR (("small-scale" OR "small-scaled") near/3 (living or home* or house* or environment* or facilit*)) OR eden OR butterfly OR "Green House" OR "Green care" OR "Green home" OR Hogewey* OR Dehogewey* OR Eckinge* OR Sonnenberg* OR Fosshagen* OR "Apartments for Life" OR "green care" OR "care farm" OR "care farms" or "physical environment" or "built environment" or "living environment" or "residential environment" or "outdoor environment" or (residential near/0 setting*) or (intelligent near/0 building*) or "intelligent living" or (environment* near/0 design*) or (modern near/0 living near/0 facilit*) or (advanced near/0 living near/0 facilit*) or (residential near/0 communit*) or (residential near/0 care near/0 facilit*) or (long near/0 term near/0 facilit*) or (longterm near/0 facilit*) or (living near/0 arrangement*) or (care near/0 communit*) or "group living" or "assisted living" or "facility design" or (independent near/0 living near/0 facilit*) or (assisted near/0 living near/0 facilit*) or "supported living" or "design for dementia" or "dementia-friendly design" or (generation near/0 hous*) or (housing near/0 innovation*) or "respite cottage" or (green near/0 space*) or "shared housing" or (residential near/0 care near/0 communit*) or neighbourhood* or "landscape design" or housing)) AND TS=(trial or review* or comparative or cohort or prospective or (control near/0 (intervention* or arm* or group*)) or controlled) Exact search

#3 Title (mouse or mice or rat or rats) Exact search

#4 #1 not #2

Date range 2000-01-02 – 2021-01-10

Demensboliger

Søk etter grå litteratur

Databaser for grå litterature

OAlster

Advanced search

Mulig relevante søketreff: 8

Søk 1

Søketreff: 23

ti:(dement* OR alzheimer*) AND (village* OR housing OR smallscale* OR small-scale* OR homelike OR green) AND (study OR research OR review OR control* OR evaluat* OR effect*)

Søk 2

Søketreff: 133

ti:(dement* OR alzheimer*) AND kw:(village* OR housing OR smallscale* OR homelike) AND (study OR review)

Bielefeld Academic Search Engine (BASE)

Ingen relevante søketreff utover det som allerede er indentifisert i andre kilder

Advanced search

tit:dementia AND tit:village AND tit:study
tit:dementia AND tit:homelike AND tit:study
tit:dementia AND tit:home-like AND tit:study
tit:dementia AND tit:small-scale AND tit:study
tit:dementia AND tit:housing AND tit:study

Kilder for forskning i Norge

Idunn - Universitetsforlagets digitale plattform for fag- og forskningstidsskrifter

Relevante søketreff: 0

demens landsby*
demenslandsby*
demensbolig*
demens bolig* studie
alzheimer* bolig* studie
demens boligform*
alzheimer* boligform*

Cristin – Current Research Information System in Norway

Mulig relevante søketreff: 1

Søk 1: (demens* OR alzheimer*) AND (bolig* OR landsby*)

Nora - Alt i norske vitenarkiv i én tjeneste

Relevante søketreff: 0

demenslandsby*
demensbolig*
demens AND bolig*

Norart

Relevante søketreff: 0

demenslandsby*
demensbolig*
demens AND bolig*

Google

intitle:dementia|alzheimer "small-scaled"|"small-scale"|homelike|"home-like"|village|"green care"|"group home" review site:no

intitle:dementia|alzheimer "small-scaled"|"small-scale"|homelike|"home-like"|village|"green care"|"group home" stuyd|trial site:no

Kilder for forskning i Sverige

DiVA - Digitala Vetenskapliga Arkivet

1 mulig relevant treff.

Fritekst:

dementia AND housing

dementia village

demens boende

demensboende

Google

intitle:dementia|alzheimer "small-scaled"|"small-scale"|homelike|"home-like"|village|"green care"|"group home" study|trial site:se

intitle:dementia|alzheimer "small-scaled"|"small-scale"|homelike|"home-like"|village|"green care"|"group home" review site:se

Kilder for forskning i Danmark

Bibliotek.dk

Søketreff: 0

demenslandsby

demens landsby

demens bolig

demensbolig

intitle:dementia|alzheimer "small-scaled"|"small-scale"|homelike|"home-like"|village|"green care"|"group home" study|trial site:dk

intitle:dementia|alzheimer "small-scaled"|"small-scale"|homelike|"home-like"|village|"green care"|"group home" review site:dk

Google-søk for å finne forskning fra andre land

Søketreff: 13

Finland

intitle:dementia|alzheimer "small-scaled"|"small-scale"|homelike|"home-like"|village|"green care"|"group home" study|trial site:fi

intitle:dementia|alzheimer "small-scaled"|"small-scale"|homelike|"home-like"|village|"green care"|"group home" review site:fi

Island

intitle:dementia|alzheimer "small-scaled"|"small-scale"|homelike|"home-like"|village|"green care"|"group home" study|trial|evaluation site:is

intitle:dementia|alzheimer "small-scaled"|"small-scale"|homelike|"home-like"|village|"green care"|"group home" review site:is

Nederland

intitle:dementia|alzheimer "small-scaled"|"small-scale"|homelike|"home-like"|village|"green care"|"group home" study|trial|evaluation site:nl

intitle:dementia|alzheimer "small-scaled"|"small-scale"|homelike|"home-like"|village|"green care"|"group home" review site:nl

Tyskland

intitle:dementia|alzheimer "small-scaled"|"small-scale"|homelike|"home-like"|village|"green care"|"group home" study|trial|evaluation site:de

ntitle:dementia|alzheimer "small-scaled"|"small-scale"|homelike|"home-like"|village|"green care"|"group home" review site:de

UK

intitle:dementia|alzheimer "small-scaled"|"small-scale"|homelike|"home-like"|village|"green care"|"group home" review evidence|literature|research site:co.uk .pdf

intitle:dementia|alzheimer "small-scaled"|"small-scale"|homelike|"home-like"|village|"green care"|"group home" study|trial "controlled" site:co.uk

USA

intitle:dementia|alzheimer "small-scaled"|"small-scale"|homelike|"home-like"|village|"green care"|"group home" review evidence|literature|research site:us

intitle:dementia|alzheimer "small-scaled"|"small-scale"|homelike|"home-like"|village|"green care"|"group home" study|trial "controlled" site:us

Begge søk gjentatt med avgrensning til .org og .com.

Australia

intitle:dementia|alzheimer "small-scaled"|"small-scale"|homelike|"home-like"|village|"green care"|"group home" study|trial|evaluation site:au

intitle:dementia|alzheimer "small-scaled"|"small-scale"|homelike|"home-like"|village|"green care"|"group home" review site:au .pdf

New Zealand

intitle:dementia|alzheimer "small-scaled"|"small-scale"|homelike|"home-like"|village|"green care"|"group home" study|trial site:nz

intitle:dementia|alzheimer "small-scaled"|"small-scale"|homelike|"home-like"|village|"green care"|"group home" review site:nz

Canada

intitle:dementia|alzheimer "small-scaled"|"small-scale"|homelike|"home-like"|village|"green care"|"group home" review evidence|literature|research site:ca .pdf

intitle:dementia|alzheimer "small-scaled"|"small-scale"|homelike|"home-like"|village|"green care"|"group home" study|trial site:ca

Frankrike

intitle:dementia|alzheimer "small-scaled"|"small-scale"|homelike|"home-like"|village|"green care"|"group home" review site:fr

intitle:dementia|alzheimer "small-scaled"|"small-scale"|homelike|"home-like"|village|"green care"|"group home" study|trial site:fr

Vedlegg 2: Ekskluderte studier

Ekskludert grunnet feil intervensjon (boformer som ikke oppfylte kriteriene for moderne boformer eller demenslandsbyer) (n = 17)

Andren Signe, and Elmstahl Solve. 2002. "Former family carers' subjective experiences of burden: A comparison between group living and nursing home environments in one municipality in Sweden". *Dementia: The International Journal of Social Research and Practice* 1(2):241-254.

de Rooij A H, Luijkx K G, Schaafsma J, Declercq A G, Emmerink P M, and Schols J M. 2012. "Quality of life of residents with dementia in traditional versus small-scale long-term care settings: a quasi-experimental study". *International Journal of Nursing Studies* 49(8):931-40.

Kok J S, van Heuvelen M J, Berg I J, and Scherder E J. 2016. "Small scale homelike special care units and traditional special care units: effects on cognition in dementia; a longitudinal controlled intervention study". *BMC Geriatrics* 16:47.

Kok J S, Nielen M M. A, and Scherder E J. A. 2018. "Quality of life in small-scaled homelike nursing homes: an 8-month controlled trial". *Health & Quality of Life Outcomes* 16(1):38.

Kok J S, Oude Voshaar R. C, and Scherder E J. A. 2020. "Psychotropic drug use in residents with dementia living in small-scaled special care facilities; a longitudinal study". *Aging & Mental Health* 24(4):689-696.

Lee S Y, Chaudhury H, and Hung L. 2016. "Effects of Physical Environment on Health and Behaviors of Residents With Dementia in Long-Term Care Facilities: A Longitudinal Study". *Research in Gerontological Nursing* 9(2):81-91.

Leroi I, Samus Q M, Rosenblatt A, Onyike C U, Brandt J, Baker A S, Rabins P, and Lyketsos C. 2007. "A comparison of small and large assisted living facilities for the diagnosis and care of dementia: the Maryland Assisted Living Study". *International Journal of Geriatric Psychiatry* 22(3):224-32.

McFadden S H, and Lunsman M. 2010. "Continuity in the midst of change: behaviors of residents relocated from a nursing home environment to small households". *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias* 25(1):51-7.

Nakanishi M, Nakashima T, and Sawamura K. 2012. "Quality of life of residents with dementia in a group-living situation: an approach to creating small, homelike environments in traditional nursing homes in Japan". *Nippon Koshu Eisei Zasshi - Japanese Journal of Public Health* 59(1):3-10.

Nobili Alessandro, Piana Ilaria, Balossi Laura, Tettamanti Mauro, Trevisan Silvia, Lucca Ugo, Matucci Marina, and Tarantola Massimo. 2006. "Patients with dementia. Comparative study of patients with dementia admitted to Alzheimer Special Care Units and other nursing home wards in the Lombardy Region: differences in characteristics and clinical outcomes". *R&P* 22:196-215.

Resnick Barbara, and Galik Elizabeth. 2015. "Impact of care settings on residents' functional and psychosocial status, physical activity and adverse events". *International Journal of Older People Nursing* 10(4):273-283.

Smit D, te Boekhorst, S, de Lange J, Depla M F, Eefsting J A, and Pot A M. 2011. "The long-term effect of group living homes versus regular nursing homes for people with dementia on psychological distress of informal caregivers". *Aging & Mental Health* 15(5):557-61.

te Boekhorst, S, Depla M F, de Lange J, Pot A M, and Eefsting J A. 2009. "The effects of group living homes on older people with dementia: a comparison with traditional nursing home care". *International Journal of Geriatric Psychiatry* 24(9):970-8.

Verbeek H, van Rossum E, Zwakhalen S M, Ambergen T, Kempen G I, and Hamers J P. 2009. "The effects of small-scale, homelike facilities for older people with dementia on residents, family caregivers and staff: design of a longitudinal, quasi-experimental study". *BMC Geriatrics* 9:3.

Verbeek H, Zwakhalen S M, van Rossum E, Ambergen T, Kempen G I, and Hamers J P. 2010. "Dementia care redesigned: Effects of small-scale living facilities on residents, their family caregivers, and staff". *Journal of the American Medical Directors Association* 11(9):662-70.

Verbeek H, Zwakhalen S M, van Rossum E, Kempen G I, and Hamers J P. 2013. "[Small-scale, homelike care environments for people with dementia: effects on residents, family caregivers and nursing staff]". *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* 44(6):261-71.

Verbeek H, Zwakhalen S M, van Rossum E, Ambergen T, Kempen G I, and Hamers J P. 2014. "Effects of small-scale, home-like facilities in dementia care on residents' behavior, and use of physical restraints and psychotropic drugs: a quasi-experimental study". [International Psychogeriatrics](#) 26(4):657-68.

Ekskludert grunnet feil studiedesign (n= 5)

de Boer B, Hamers J P. H, Zwakhalen S M. G, Tan F E. S, and Verbeek H. 2017. "Quality of care and quality of life of people with dementia living at Green Care Farms: a cross-sectional study". *BMC Geriatrics* 17(1):155.

de Rooij A H, Luijkx K G, Declercq A G, and Schols J M. 2011. "Quality of life of residents with dementia in long-term care settings in the Netherlands and Belgium: design of a longitudinal comparative study in traditional nursing homes and small-scale living facilities". *BMC Geriatrics* 11:20.

Kopetz S, Steele C D, Brandt J, Baker A, Kronberg M, Galik E, Steinberg M, Warren A, and Lyketsos C G. 2000. "Characteristics and outcomes of dementia residents in an assisted living facility". *International Journal of Geriatric Psychiatry* 15(7):586-93.

McFadden S H, and Lunsman M. 2010. "Continuity in the midst of change: behaviors of residents relocated from a nursing home environment to small households". *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias* 25(1):51-7.

Verbeek H, Zwakhalen S M, van Rossum E, Ambergen T, Kempen G I, and Hamers J P. 2010. "Small-scale, homelike facilities versus regular psychogeriatric nursing home wards: a cross-sectional study into residents' characteristics". *BMC Health Services Research* 10:30.

Ekskludert grunnet feil populasjon (n =2)

Yoon J Y, Brown R L, Bowers B J, Sharkey S S, and Horn S D. 2015. "Longitudinal psychological outcomes of the small-scale nursing home model: a latent growth curve zero-inflated Poisson model". *International Psychogeriatrics* 27(6):1009-1016.

Yoon Ju Young, Brown Roger L, Bowers Barbara J, Sharkey Siobhan S, and Horn Susan D. 2016. "The effects of the Green House nursing home model on ADL function trajectory: A retrospective longitudinal study". *International Journal of Nursing Studies* 53:238-247.

Vedlegg 3: beskrivelse av intervensjonene i de inkluderte studiene

Studie (land)	Beskrivelse av tiltak i intervensjonsgruppen
de Boer 2017 (Nederland)	Fem boenheter på Green Care Farms-frittstående småskala boenheter med ca. 8 beboere i hver som tilbyr sykepleie omsorg for mennesker med demens; både omsorg og landbruksvirksomhet er viktig. Kombinerer landbruk med demensomsorg. Målet er at beboerne skal delta i aktiviteter i dagliglivet i størst mulig grad. Beboere kan bevege seg mer fritt enn på tradisjonelle boformer. De bor i et miljø med dyr, planter og natur. Beboerne har muligheten til delta i utendørs aktiviteter, husholdnings aktiviteter, arbeidsrelaterte oppgaver og andre typer aktiviteter i dagliglivet
Kane 2007, Lum 2008 (USA)	GH® er frittstående boenheter for 7-10 beboere med behov for pleiehjem. Beboerne har private rom med fullt utstyrte bad. Beboerne har mulighet til å delta i sosiale aktiviteter, Boenhetene har kjøkken i hjemlig stil hvor måltidene tilberedes på stedet, og en spisestue med et stort spisebord, en stue med peis, et sol-rom, en uteplass (patio) og uteområder. Boenhetene skal unngå sykepleierstasjoner, medisintraller og offentlig adressesystemer. Ansatte har utvidede roller, inkludert matlaging, rengjøring, personlig omsorg for beboerne, og hjelpe beboerne med å bruke tid i henhold til deres preferanser
Reimer 2004 (Canada)	Seks frittstående bungalower med 10 beboere som har forsterket bemanning. Dette muliggjør integrering av personlig omsorg og fritids- og rehabiliteringsaktivitet i omsorgsrollen (i stedet for en ekspertmodell med episodisk terapeutisk innblanding), og et miljø med biologisk mangfold (f.eks. med flere generasjoner, kjæledyr og planter). Det fysiske miljøet og de daglige aktivitetene ble arrangert som i et typisk hjem, og beboere som kan hjelpe med daglige gjøremål. De har også tilgang på et lite avgrenset hageområde.

Suzuki 2008 (Japan)	<p>Japansk gruppebasert boform der formålet er å hjelpe eldre med demens til å være mest mulig uavhengige i dagliglivet i henhold til egen evne ved å tilby omsorgstjenester og funksjonell trening for dagliglivet i et hjemmekoselig miljø som åpner for interaksjon med lokalbefolkningen. 18 beboere er fordelt på tre 2 boenheter (fordelt på to etasjer). Gruppehjemmet i denne studien besto av 2 boenheter, første og andre etasje, og beboerne fikk bevege seg fritt i begge etasjer. Hver beboer hadde et privat rom utstyrt med møbler, og TV. Aktiviteter og utflukter, tilgang på kjøkken, vaskerom, kafe, hage og kjøkkenhage. Beboere hadde også tilgang til medisinsk behandling på et tilknyttet sykehus og gjennom legebesøk</p>
Warren 2001 (Canada)	<p>RCC: Boenheter der beboerne har separate soverom og bad, felles stue, spiserom, familie spiserom og kjøkken, underholdningsrom, hobby rom, musikkrom, planterom, frisør og hage og turområde. Fokuserer på beboernes autonomi og selvstendighet</p>
Wolf-Ostermann 2012 (Tyskland)	<ul style="list-style-type: none"> • Familielignende strukturer - Den daglige rutinen er organisert med hensyn til "familieliv" og ikke bare omsorgsbehov. - Boligmiljøet er basert på sosial interaksjon (f.eks. gjør husarbeid). • Involvering av familiemedlemmer - Familiemedlemmer deltar i dagliglivet i SHA. - Familiemedlemmer fungerer som juridiske representanter for beboere med alvorlig demens. • Tilkobling til nabolaget - SHA ligger i boligområder. - Beboerne oppfordres til å delta i det sosiale livet. • Sikret trivsel og tilgang til omsorg - Sykepleiepersonalet gir så mye omsorg som nødvendig, uten å begrense personers autonomi med demens. - Personlige vaner hos beboerne respekteres. • Oppnåelse av selvbestemmelse og autonomi - Daglig rutine følger "normalt liv" -prinsippet. - Sykepleierne er 'gjester' i SHA <p>Beboerne bor der livet ut</p>

Vedlegg 4: Kjennetegn ved inkluderte studier og risiko for systematiske skjevheter

de Boer B, Hamers J P, Zwakhalen S M, Tan F E, Beerens H C, and Verbeek H. 2017. "Green Care Farms as Innovative Nursing Homes, Promoting Activities and Social Interaction for People With Dementia". <i>Journal of the American Medical Directors Association</i> 18(1):40-46.		
Område	Vår vurdering	Begrunnelse
1 Forvekslingsfaktorer	Lav	De har brukt en matching procedure 2 uker før baseline, basert på bakgrunnskarakteristika. Gruppene ser like ut (tabell 2)
2 Utvelgelse av deltakere	Lav	
3 Kategorisering av intervensjoner	Lav	
4 Avvik fra tiltenkte intervensjoner	Lav	
5 Missing data	Moderat	Kun baseline data for de som har falt fra, det er ikke tatt høyde for missing data i analysene
6 Måling av utfall	Alvorlig	Kjennskap til hvilken gruppe og mangler beskrivelser av hvem som har utført målingene
7 Selektiv rapportering	Lav	
8 Totalvurdering	Alvorlig	

Kane, Rosalie A., Terry Y. Lum, Lois J. Cutler, Howard B. Degenholtz, and Tzy-Chyi Yu. "Resident outcomes in small-house nursing homes: A longitudinal evaluation of the initial green house program." <i>Journal of the American Geriatrics Society</i> 55, no. 6 (2007): 832-839.		
Utfall hos beboerne		
Område	Vår vurdering	Begrunnelse
1 Forvekslingsfaktorer	Alvorlig	Mangler beskrivelser av hvilke kriterier som ble lagt til grunn for å velges ut til intervensjonen, mens kontrollgruppene ble tilfeldig valgt ut (random), mulig kontaminasjon

		mellom gruppene, samme lederskap
2 Utvelgelse av deltakere	Kritisk	Helsesituasjonen til deltakerne endret seg og dette påvirket hvilken intervensjon de ble tildelt, de flyttet også mellom de ulike bostedene underveis I prosjektet
3 Kategorisering av intervensjoner	Lav	
4 Avvik fra tiltenkte intervensjoner	Kritisk	Flere av deltakerne ble flyttet til andre grupper, ikke balansert mellom gruppene
5 Missing data	Kritisk	Mangler beskrivelser av hvordan dette er håndtert- mange døde og noen ble skrevet ut og det ser ut som disse er tatt ut av analysene
6 Måling av utfall	Alvorlig	Utfallsmåler er ikke blindet, mangler informasjon om hvem som utfører målingene
7 Selektiv rapportering	Lav	
8 Totalvurdering	Kritisk	

Lum TY, Kane RA, Cutler LJ, Yu T-C. Effects of Green House® nursing homes on residents' families. Health Care Financing Review 2008;30(2):35.		
Utfall hos pårørende		
Område	Vår vurdering	Begrunnelse
1 Forvekslingsfaktorer	Alvorlig	Alle analyser for utfallene familiens tilfredshet, familie involvering og generell tilfredshet ble kontrollert for relevante faktorer som kjønn til familiemedlem, ADL- og kognitiv funksjon til beboeren og relasjon til beboeren.
2 Utvelgelse av deltakere	Lav	
3 Kategorisering av intervensjoner	Lav	
4 Avvik fra tiltenkte intervensjoner	Kritisk	Flere av beboerne ble flyttet til andre grupper, ikke balansert mellom gruppene
5 Missing data	Kritisk	Mye manglende data i en av kontrollgruppene, mangler beskrivelse av hvorvidt dette er håndtert i analyser
6 Måling av utfall	Alvorlig	Mangler beskrivelser av hvem som har utført målingene
7 Selektiv rapportering	Alvorlig	Benytter mange ulike utfall, har tilpassede måleskjemaer og det lite

		transparent hvilke domener måleredskapene inneholder
8 Totalvurdering	Kritisk	

Reimer M A, Slaughter S, Donaldson C, Currie G, and Eliasziw M. 2004. "Special care facility compared with traditional environments for dementia care: a longitudinal study of quality of life". Journal of the American Geriatrics Society 52(7):1085-92.

Område	Vår vurdering	Begrunnelse
1 Forvekslingsfaktorer	Lav	Har brukt en matching procedure, men mangler beskrivelser av hvilke kriterier som ble lagt til grunn for å velges ut til intervensjonen, mens kontrollgruppene ble tilfeldig valgt ut (random), mulig kontaminasjon mellom gruppene, samme lederskap
2 Utvelgelse av deltakere	Alvorlig	Deltakere ble rekruttert under hele intervensjonsperioden
3 Kategorisering av intervensjoner	Lav	
4 Avvik fra tiltenkte intervensjoner	Alvorlig	Deltakerne ble flyttet mellom intervensjonsgrupper etter baseline.
5 Missing data	Lav	Håndterte missing ved bruk av imputering (propensity score metode).
6 Måling av utfall	Moderat	Utfallmålere ikke blindet
7 Selektiv rapportering	Lav	
8 Totalvurdering	Alvorlig	

Suzuki Mizue, Kanamori Masao, Yasuda Mami, and Oshiro Hajime. 2008. "One-year follow-up study of elderly group-home residents with dementia". American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias 23(4):334-343.

Område	Vår vurdering	Begrunnelse
1 Forvekslingsfaktorer	Kritisk	Har ikke tatt høyde for viktige konfunderende faktorer, kun kjønn og demensdiagnose, gruppene er ulike på flere områder ved baseline
2 Utvelgelse av deltakere	Lav	
3 Kategorisering av intervensjoner	Lav	
4 Avvik fra tiltenkte intervensjoner	Lav	
5 Missing data	Kritisk	Ingen informasjon
6 Måling av utfall	Moderat	Utfallsmålere ikke blindet

7 Selektiv rapportering	Moderat	Rapporterer en rekke subskårer, ingen analyser på tvers av gruppene
8 Totalvurdering	Kritisk	

Warren S, Janzen W, Andiel-Hett C, Liu L, McKim H R, and Schalm C. 2001. "Innovative dementia care: Functional status over time of persons with Alzheimer disease in a residential care centre compared to special care units". *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* 12(5):340-347

Område	Vår vurdering	Begrunnelse
1 Forvekslingsfaktorer	Kritisk	Har ikke matchet deltakerne, skriver at det ikke er signifikante forskjeller mellom gruppene når det gjelder demografiske karakteristika, men noen av karakteristikaene nærmer seg signifikante (kjønn og tidligere bosted)
2 Utvelgelse av deltakere	Lav	
3 Kategorisering av intervensjoner	Moderat	Intervensjonen og kontrolltiltak er noe mangelfullt beskrevet
4 Avvik fra tiltenkte intervensjoner	Lav	
5 Missing data	Kritisk	Stort frafall som er fordelt ulikt på gruppene
6 Måling av utfall	Moderat	Utfallsmålere ikke blindet
7 Selektiv rapportering	Lav	
8 Totalvurdering	Kritisk	

Wolf-Ostermann K, Worch A, Fischer T, Wulff I, and Graska J. 2012. "Health outcomes and quality of life of residents of shared-housing arrangements compared to residents of special care units - results of the Berlin DeWeGE-study". *Journal of Clinical Nursing* 21(21-22):3047-60.

Område	Vår vurdering	Begrunnelse
1 Forvekslingsfaktorer	Lav	Kontrollerte for relevante faktorer som setting, kjønn og stadie av demens.
2 Utvelgelse av deltakere	Lav	
3 Kategorisering av intervensjoner	Moderat	Intervensjonen er godt beskrevet, men kontrollen beskrives ikke i detalj
4 Avvik fra tiltenkte intervensjoner	Lav	
5 Missing data	Alvorlig	Høy drop out. Inkluderte kun complete case data fra n = 33/56 i analysene på ett års oppfølging.
6 Måling av utfall	Moderat	Utfallsmålere ikke blindet

7 Selektiv rapportering	Lav	
8 Totalvurdering	Alvorlig	

Vedlegg 5: Gradering av tillit til dokumentasjonen med GRADE

Green Care Farms sammenliknet med tradisjonelle boformer for personer med demens

Bibliografi: De Boer, 2017

Moderne boformer versus tradisjonelle boformer for personer med demens.

Vurdering av tillit til effektestimatene							Oppsummering av funn		
Deltakere (studier) Oppfølging	Risiko for skjevheter	Inkonsistens	Direkthet	Presisjon	Annet	Overordnet tillit til effektestimatene	Antall (%)		Forventet absolutt effekt
							Tradisjonelle boformer	Green Care Farms	Risikoforskjell med Green Care Farms vs.tradisjonelle sykehjem

ADL etter 6 måneder (Oppfølging: 6 måneder; målt med: Barthel Index; Scale 0 til 100)

56 (1 observasjonsstudie)	Svært alvorlig ^a	Ikke alvorlig	Ikke alvorlig	Svært alvorlig ^b	Ingen	⊕○○○ Svært lav	26	30	MD 0 (3,07 lavere til 3,07 høyere)
---------------------------------	--------------------------------	---------------	------------------	--------------------------------	-------	-------------------	----	----	---

Småskala bofelleskap sammenlignet med tradisjonelle boformer for personer med demens

Bibliografi: Warren, 2001; Suzuki, 2008

Moderne boformer versus tradisjonelle boformer for personer med demens.

Vurdering av tillit til effektestimatene							Oppsummering av funn		
Deltakere (studier) Oppfølging	Risiko for skjevheter	Inkonsistens	Direkthet	Presisjon	Annet	Overordnet tillit til effektestimatene	Antall (%)		Forventet absolutt effekt
							Tradisjonelle boformer	Små-skala bofelleskap	Risikoforskjell med Småskala bofelleskap vs. tradisjonelle boformer

ADL etter 12 måneder (FIM + FAM) Warren, 2001

80 (1 observasjonsstudie)	Svært alvorlig ^c	Ikke alvorlig	Ikke alvorlig	Alvorlig ^d	Ingen	⊕○○○ Svært lav	44	36	MD 51,44 høyere (40,8 høyere til 62,08 høyere)
---------------------------------	-----------------------------	---------------	---------------	-----------------------	-------	-------------------	----	----	--

Emosjonell funksjon etter 12 måneder (GBS), Suzuki, 2008

26 (1 observasjonsstudie)	Svært alvorlig ^e	Ikke alvorlig	Ikke alvorlig	Alvorlig ^d	Ingen	⊕○○○ Veldig lav	13	13	MD 4,08 lavere (5,82 lavere til 2,34 lavere)
---------------------------------	-----------------------------	---------------	---------------	-----------------------	-------	--------------------	----	----	--

Psykologisk funksjon etter 12 måneder (MOSES), Warren, 2001

80 (1 observasjonsstudie)	Svært alvorlig ^c	Ikke alvorlig	Ikke alvorlig	Alvorlig ^d	Ingen	⊕○○○ Svært lav	44	36	MD 28,59 lavere (35,11 lavere til 22,07 lavere)
---------------------------------	-----------------------------	---------------	---------------	-----------------------	-------	-------------------	----	----	---

Depresjon etter 12 måneder (Cornell scale for depression), Warren, 2001

Småskala bofelleskap sammenlignet med tradisjonelle boformer for personer med demens

Bibliografi: Warren, 2001; Suzuki, 2008

Moderne boformer versus tradisjonelle boformer for personer med demens.

Vurdering av tillit til effektestimatene							Oppsummering av funn		
80 (1 observasjonsstudie)	Svært alvorlig ^c	Ikke alvorlig	Ikke alvorlig	Alvorlig ^b	Ingen	⊕○○○ Svært lav	44	36	MD 1,15 lavere (2,7 lavere til 0,4 høyere)

Bruk av psykotrope legemidler etter 12 mnd, Warren, 2001

80 (1 observasjonsstudie)	Svært alvorlig ^c	Ikke alvorlig	Ikke alvorlig	Alvorlig ^b	Ingen	⊕○○○ Svært lav	44	36	MD 0,19 lavere (0,6 lavere til 0,22 høyere)
---------------------------------	--------------------------------	---------------	------------------	-----------------------	-------	-------------------	----	----	--

Antall fall etter 12 måneder, Warren, 2001

80 (1 observasjonsstudie)	Svært alvorlig ^c	Ikke alvorlig	Ikke alvorlig	Alvorlig ^d	Ingen	⊕○○○ Svært lav	44	36	MD 1,79 lavere (2,92 lavere til 0,66 lavere)
---------------------------------	--------------------------------	---------------	------------------	-----------------------	-------	-------------------	----	----	---

Vanlige symptomer ved Demens etter 12 måneder (GBS Scale), Suzuki, 2008

26 (1 observasjonsstudie)	Svært alvorlig ^e	Ikke alvorlig	Ikke alvorlig	Alvorlig ^d	Ingen	⊕○○○ Svært lav	13	13	MD 8,35 lavere (11,61 lavere til 5,09 lavere)
---------------------------------	--------------------------------	---------------	------------------	-----------------------	-------	-------------------	----	----	--

Bofelleskap i urbane leiligheter sammenliknet med tradisjonelle boformer for personer med demens

Bibliography: Wolf-Osterman, 2012.

Moderne boformer versus tradisjonelle boformer for personer med demens.

Vurdering av tillit til effektestimatene							Oppsummering av funn		
Deltakere (studier) Oppfølging	Risiko for skjevheter	Inkonsistens	Direkthet	Presisjon	Annet	Overordnet vurdering av tillit til effektestimatene	Antall (%)		Forventet absolutt effekt
							Tradisjonelle boformer	Bofelleskap i urbane leiligheter	Risikoforskjell med Bofelleskap i urbane leiligheter vs. sykehjem

ADL etter 12 måneder (Barthel index), Wolf-Osterman, 2012

56 (1 observasjonsstudie)	Svært alvorlig ^f	Ikke alvorlig	Ikke alvorlig	Svært alvorlig ^b	Ingen	⊕○○○ Svært lav	22	34	MD 0,3 høyere (11,42 lavere til 12,02 høyere)
------------------------------	-----------------------------	---------------	---------------	-----------------------------	-------	-------------------	----	----	---

Adferdsforstyrrelser etter 12 måneder (NPI-NH), Wolf-Osterman, 2012

56 (1 observasjonsstudie)	Svært alvorlig ^f	Ikke alvorlig	Ikke alvorlig	Svært alvorlig ^b	Ingen	⊕○○○ Svært lav	22	34	MD 7,4 lavere (16,24 lavere til 1,44 høyere)
------------------------------	-----------------------------	---------------	---------------	-----------------------------	-------	-------------------	----	----	--

KI: Konfidensintervall; **MD:** Gjennomsnittsforskjell

Forklaringer

- Nedgradert to nivåer pga. manglende beskrivelser vedr. måling av utfall og missing data
- Nedgradert et nivå pga. kun en studie med lite utvalg og bredt konfidensintervall
- Nedgradert to nivåer pga. ulike grupper ved baseline, stort frafall samt manglende beskrivelser vedr. tiltak og måling av utfall
- Nedgradert et nivå pga. kun en studie og lite utvalg
- Nedgradert to nivåer pga. ulike grupper ved baseline samt manglende beskrivelse vedr. missing data og måling av utfall
- Nedgradert to nivåer pga. stort frafall samt manglende beskrivelser vedr. tiltak og måling av utfall

Utgitt av Folkehelseinstituttet

Januar 2022

Postboks 4404 Nydalen

NO-0403 Oslo

Telefon: 21 07 70 00

Rapporten kan lastes ned gratis fra

Folkehelseinstituttets nettsider

www.fhi.no