



Rehabilitering ved demens

Forståelser og evidens for rehabilitering
og komponenter i rehabilitering

Rehabilitering ved demens – Forstælser og evidens for rehabilitering og komponenter i rehabilitering

Forfattere: Jette Thuesen og Maiken Bay Ravn
Copyright © 2019
REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation

Mindre uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt med tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende, bedes sendt til REHPA.

REHPA, notat nr. 13
November 2020
2. udgave

ISBN: 978-87-93356-52-8 (online)

REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation
Vestergade 17
5800 Nyborg
Telefon 21 81 10 11
Mail: rehpap@rsyd.dk
www.rehpap.dk

REHPA-notater følger op på områder, som efterspørges af myndigheder, samarbejdspartnere, fagfæller, forskere, praktikere og andre målgrupper, som videncentret deler interesser med.

Notaterne er ikke reviewet, men fagligt godkendt af videncentrets medarbejdere. Udarbejdelsen af og baggrunden for notatet fremgår af forordet.

Notaterne udkommer ad hoc som elektroniske dokumenter og kan downloades fra www.rehpap.dk.

Indholdsfortegnelse

Introduktion	4
Forstælser og definitioner af rehabilitering ved demens	5
Evidens for afgrænsede indsatser og kognitiv rehabilitering	7
Den opdaterede søgning.....	8
Træning af ADL - praktisk funktionsevne.....	9
Supplerende viden om træning af ADL	9
Fysisk aktivitet og fysisk træning	10
Supplerende viden om fysisk aktivitet og fysisk træning	10
Kognitiv træning.....	11
Kognitiv stimulation	11
Kognitiv rehabilitering.....	12
Rehabilitering ved demens – struktur, proces og effektmål	12
Strukturelle karakteristika	13
Proces og indholdskomponenter.....	13
Effektmål.....	14
Diskussion & konklusion.....	14
Referenceliste.....	16
Bilag 1.a. Inkluderede reviews i den opdaterede søgning	21
Bilag 1.b. Inkluderede reviews i den opdaterede søgning – tillæg oktober 2020	25
Bilag 2. Oversigt over komponenter og udvalgte effektmål for de enkelte studier.....	27

Introduktion

Rehabilitering italesættes i stigende grad som en del af demensindsatsen nationalt såvel som internationalt. I Danmark sker den udvikling med en vis forsinkelse i forhold til en del andre lande. Allerede i 1986 beskrev psykologen Donna Cohen og lægen Carl Eisdorfer rehabiliteringens relevans i demensindsatsen i USA, både som ledende filosofi og som metodologi (1), og de seneste år har flere udenlandske artikler betonet betydningen af rehabilitering ved demens (2-5). I Danmark blev rehabilitering ved demens introduceret i nationale dokumenter i 2010 (6) og har siden været omtalt i en række nationale anbefalinger og planer (7, 8), senest i demenshandlingsplanen (9). Egentlige anbefalinger eller retningslinjer for rehabilitering ved demens foreligger ikke.

En national kortlægning fra 2018 viser, at 21 % af demensklinikkerne har indsatser, de betegner som rehabilitering, og 83 % af kommunerne har skrevet rehabilitering ind i en demenspolitik eller lignende dokumenter på demensområdet (10). I praksis synes rehabilitering at omfatte ganske forskellige indsatser. Det er en udfordring for evidensbaseret praksis og generelt for forskning, udvikling og uddannelse på området.

Siden lægen David Sackett definerede evidensbaseret praksis (EBP)¹ for tre årtier siden (11), har der været en stigende opmærksomhed på, at social- og sundhedsfaglig praksis skal være baseret på evidens og viden om bedste praksis. Når det gælder rehabilitering ved demens og andre livstruende tilstande, kan kravet om vidensbasering tilføjes en ekstra dimension: Når mennesker med en progredierende sygdom inviteres til at bruge deres kostbare tid og måske sparsomme kræfter i en særlig indsats, må de kunne forvente, at indsatsen er baseret på systematisk produceret viden om, hvad der med god sandsynlighed virker, hvad det virker på, og hvem det virker for.

REHPA er derfor i forbindelse med det VELUX-støttede forskningsprojekt *Rehabilitering ved demens – med afsæt i brugernes perspektiver* (12) i gang med at udforske forståelser af og vidensgrundlaget for rehabilitering ved demens i let til moderat grad (13). Som allerede påpeget i 2011 af psykolog Thilo Kroll og sociolog Ursula Naue er det en stor udfordring (14). De gennemførte en systematisk litteraturgennemgang af forskning om rehabilitering ved demens. Og de beskrev, at systematisk indsamling af viden udfordres af, at der ikke er entydighed om, hvad rehabilitering ved demens omfatter, hvilke domæner (fx fysisk træning, adfærd, humør eller kognition) rehabiliteringen retter sig imod, samt hvordan effekten kan måles. Ofte er der tale om afgrænsede indsatser, der retter sig mod enkelte domæner. De studier, der omhandler sammenhængende, multi-komponente² rehabiliteringsprogrammer, afspejler en stor heterogenitet. De kan eksempelvis være sammensat af forskellige komponenter. Dermed er det svært at sammenligne og lave synteser på tværs af studier (14).

¹ EBP er: "...the conscientious, explicit and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of the individual patient. It means integrating individual clinical expertise with the best available external clinical evidence from systematic research" (Sackett D, 1996).

² Kroll og Naue bruger termen "multimodal", som vi oversætter til multi-komponent, dvs., programmet består af flere indholdskomponenter.

Formålet med dette notat er at bidrage til en vidensbaseret udvikling af rehabilitering ved demens. Dette søgeres opnået ved besvarelse af tre spørgsmål:

1. Hvordan defineres rehabilitering ved demens?
2. Hvad er evidensen for enkeltindsatser, der kan være komponenter i et sammenhængende rehabiliteringsprogram?
3. Hvad karakteriserer rehabiliteringsinterventioner i forskningslitteraturen både hvad angår struktur, proces og effektmål?

Notatet formidler delresultater i et igangværende VELUX-finansieret projekt DEM-REHAB (12), hvis slutmål er at udvikle en intervention for rehabilitering ved demens. Det er forfatternes vurdering, at resultaterne allerede nu kan have relevans for andre, der arbejder med udvikling af og undervisning i rehabilitering ved demens og deles derfor. Notatet er dels målrettet fagprofessionelle i danske kommuner og dels beslutningstagere og undervisere på området. Det er organiseret i tre dele og en tværgående diskussion:

- Et afsnit om forståelser og definitioner af rehabilitering ved demens.
- Forskningsbaseret viden om afgrænsede indsatser og kognitiv rehabilitering.
- En analyse af rehabiliteringsinterventioner ved demens hvad angår strukturelle og processuelle karakteristika samt effektmål.

Forståelser og definitioner af rehabilitering ved demens

Som sagt eksisterer der ikke entydige definitioner af rehabilitering ved demens – hverken i Danmark eller internationalt. I officielle danske dokumenter er rehabilitering ved demens blandt andet beskrevet som rehabilitering efter serviceloven ("hverdagsrehabilitering"/"reablement") (15) og som såkaldt kognitiv rehabilitering (8). Rehabilitering er desuden beskrevet i nogle af de forløbsprogrammer, der er aftalegrundlaget for tvæssektorielt arbejde (16). Region Sjælland har i de res forløbsprogram 2015-2018 tilpasset den velkendte rehabiliteringsdefinition fra *Hvidbog om Rehabiliteringsbegrebet* til demensområdet:

Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagpersoner. Formålet er, at borgeren, der har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i deres fysiske, psykiske og/eller sociale funktioner, opnår og oplever at have et (så) selvstændigt og meningsfyldt liv (som muligt). Rehabiliteringen baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats. Rehabilitering er en hovedfunktion, som omfatter træning (og vedligeholdelse) af såvel funktionsevne (aktivitet og deltagelse), som kognition og motorik. Rehabilitering er især relevant i den tidlige til moderate fase af et demensforløb (17).

En dansk bog om rehabilitering ved demenssygdom fra 2012 lægger sig også op ad hvidbogens rehabiliteringsdefinition (18).

I den internationale forskningslitteratur er rehabilitering ved demens blandt andet omtalt som sammenhængende multi-komponente programmer (19) og som kognitiv rehabilitering (3). Kognitiv rehabilitering er blandt andet beskrevet af den engelske neuropsykolog Linda Clare. Kognitiv rehabilitering retter sig ifølge Clare, mod de vanskeligheder mennesker med kognitiv funktionsevnenedsættelse kan have, og har som sit formål at gøre det muligt for mennesker med demens at deltage i hverdagen, i familien og i lokale fællesskaber på en måde, som er meningsfuld for dem (2, 3). Ifølge Clare omfatter kognitiv rehabilitering identifikation af behov og samarbejde om målsætning, udarbejdelse af plan med henblik på målopfyldelse og at adressere identificerede behov ved hjælp af evidensbaserede metoder fx læring samt brug af kompenserende strategier og teknologi (2, 3). Kognitiv rehabilitering betegnes ofte som en kognitiv intervention (20) eller kognitions-fokuseret intervention (21) men retter sig ifølge Clare et al. (3) ikke mod kognitive mål men mod mål om deltagelse i hverdagslivet.

Kognitiv rehabilitering skal ikke forveksles med kognitiv træning eller kognitiv stimulation. Afgrænsningen mellem kognitiv rehabilitering og kognitiv træning er beskrevet af læge Alex Bahar-Fuchs, Linda Clare og psykolog Bob Woods i 2013 (22). Deres fremstilling gengives i Figur 1 på næste side. I Figur 1 har forfatterne til dette notat desuden indsat 'kognitiv stimulation', da også kognitiv stimulation har været forvekslet med kognitiv rehabilitering. Kognitiv stimulation omfatter: "... engagement in a range of activities and discussions (usually in a group) aimed at general enhancement of cognitive and social functioning" (23).

Figur 1. Udvalgte forskelle mellem kognitiv træning, kognitiv rehabilitering og kognitiv stimulation

	Cognitive training	Cognitive rehabilitation	Cognitive stimulation ³
Target	Impairment	Participation restriction	Impairment
Context	Structured tasks and environments	Real-world setting	Group-based structured activities
Focus of intervention	Isolated cognitive abilities and processes	Groups of cognitive abilities and processes required to perform daily activities	Broad cognitive activities and reminiscence, multisensory stimulation, and group social Contact
Format	Individualised or group	Individualised	Group (or individual but evidence supports groups)
Proposed mechanism of action	Mainly restorative; sometimes combined with psychoeducation and strategy training	A combination of restorative and compensatory approaches combined with psychoeducation and strategy training	Predominantly restorative
Goals	Improved or maintained ability in specific cognitive domains	Performance and functioning in relation to collaboratively set goals	Improved or maintained ability in cognitive functioning
References	<i>Bahar-Fuchs et al 2013</i>	<i>Bahar-Fuchs et al 2013</i>	<i>Woods et al 2012</i> <i>Livingston 2017</i>

Kognitiv rehabilitering er et af de mest velbeskrevne begreber for rehabilitering ved demens. Men i den internationale forskningslitteratur anvendes andre begreber, og begreberne kognitiv rehabilitering, rehabilitering (4, 14) og reablement ('hverdagsrehabilitering') anvendes mere eller mindre synonymt (2, 5).

Der er således forskellige definitioner og begreber i spil, når vi taler om rehabilitering ved demenssygdom, og der er ikke fundet entydige og velafgrænsede definitioner af de forskellige begreber.

Evidens for afgrænsede indsatser og kognitiv rehabilitering⁴

Danske vejledninger og kliniske retningslinjer har givet en række anbefalinger i forhold til enkelt-indsatser og afgrænsede komponenter. I 2013 udgav Sundhedsstyrelsen *National Klinisk Retningslinje for Udredning og Behandling af Demens* (8). Her er der udarbejdet anbefalinger for en række ikke-farmakologiske enkelt-indsatser.

³ Tak til Rikke Gregersen for sparring om præsentation af kognitiv stimulation i skemaet.

⁴ I september 2020 er afsnittet "Evidens for afgrænsende indsatser og kognitiv rehabilitering" opdateret på baggrund af en opdateret søgning foretaget i december 2019. Ændringerne fremgår af de gule bokse og i Bilag 1.b.

Anbefalingerne lyder blandt andet:

- ”Det anbefales, at personer med demens såvel hjemmeboende som i plejebolig tilbydes vedligeholdende træning af praktisk funktionsevne (evidensstyrke B – mellem⁵)
- Det anbefales, at personer med demens tilbydes fysisk aktivitet og fysisk træning (evidensstyrke C – lav)
- Det anbefales, at personer med demens i let til moderat grad tilbydes kognitiv stimulation (evidensstyrke C – lav).”

Der blev ikke givet anbefalinger for kognitiv træning eller for kognitiv rehabilitering, da evidensgrundlaget for disse interventioner på daværende tidspunkt blev vurderet som værende for begrænset.

Vi har for ovenstående udvalgte anbefalinger undersøgt, om der siden er kommet ny viden, der understøtter eller udfordrer anbefalingerne. Det er dels gjort gennem en systematisk søgning efter samme søgekriterier, der blev anvendt ved Sundhedsstyrelsens oprindelige søgning. Søgestrategien kan rekvireres hos notatets forfattere. Resultaterne beskrives nedenfor i afsnittet *Den opdaterede søgning*. Og det er gjort ved at supplere søgningen med anden relevant viden. Denne præsenteres i de respektive afsnit som *Supplerende viden*.

Den opdaterede søgning

Ni reviews blev identificeret i den opdaterede søgning, som er publiceret efter Sundhedsstyrelsens søgning i 2012. Et studie omhandler ADL (Activities of Daily Living), tre omhandler fysisk træning, seks studier omhandler kognitiv træning, tre kognitiv stimulation og fire studier omhandler kognitiv rehabilitering. Flere af studierne omhandler således mere end én non-farmakologisk indsats. Reviews, hvor populationen var mennesker med demens i svær grad eller boende i plejebolig, blev ekskluderet, fordi projektet DEM-REHAB omhandler rehabilitering ved demens i let til moderat grad til hjemmeboende ældre.

Supplement, oktober 2020

Der er gennemført endnu en opdateret søgning. Der er inkluderet studier fra den 15. november 2017 til den 20. november 2019. I søgningen blev der identificeret yderligere to reviews: Et om effekten af kognitiv træning og et om effekten af kognitive interventioner. Begge er indsat nedenfor – markeret i gule bokse. Desuden er der på anbefaling fra ekspertgruppens deltagere indsat nogle centrale reviews, der ikke tidligere har været inkluderet, samt et enkelt interventionsstudie, der følger op på resultater fra tidligere søgning.

⁵ For beskrivelse af evidensstyrke henvises til Sundhedsstyrelsen: National Klinisk Retningslinje for Udredning og Behandling af Demens 2013, s. 90-91.

En samlet oversigt over resultaterne fra den opdaterede søgning er præsenteret i Bilag 1.a. og 1.b.
Nedenfor uddybes resultater og supplerende viden for:

- ADL-træning
- Fysisk træning
- Kognitiv træning
- Kognitiv stimulation
- Kognitiv rehabilitering.

Træning af ADL - praktisk funktionsevne

Der fandtes ingen egentlige reviews om ADL-træning. Et review omhandlede dog læringsteknikker ved indlæring af ADL-aktiviteter og resultaterne tydede på, at ADL-aktiviteter skal være individuelle (24).

Bemærk, at vi kun har inkluderet studier, hvor ADL indgik som intervention og således ikke studier, hvor ADL kun er effektmål, da disse kan omfatte andre interventioner. Bemærk desuden, at træning i daglige aktiviteter også kan indgå i andre interventioner. Her er kun medtaget dem, der eksplisit beskriver ADL-træning.

Supplerende viden om træning af ADL

En forskningsformidling fra Nationalt Videncenter for Demens (NVD) fra 2016 konkluderede at:

Træning af praktiske færdigheder i hjemmet har ingen sikker indflydelse på det gradvise tab af funktionsevne ved Alzheimers sygdom. Det er konklusionen på et kontrolleret klinisk forsøg. Til gengæld kan en individuelt tilrettelagt plejeindsats i hjemmet bidrage til at mindske adfærdsforstyrrelser hos ældre med demens og dæmpe stressniveauet hos de pårørende (25).

En forskningsformidling fra NVD fra 2017 konkluderede, at:

Træning af praktiske færdigheder i hjemmet ser ud til at have en dæmpende virkning på psykiske symptomer og adfærdsforstyrrelser ved demens og mindske oplevelsen af belastning hos de nærmeste pårørende. Men den praktiske træning ser ikke ud til at påvirke tabet af kognitive færdigheder hos borgere med demens (26).

Der er ikke fundet egentlige reviews om hverdagsrehabilitering ved demenssygdom – såkaldt ”reablement” – i Danmark især rehabilitering efter Servicelovens § 83a. Der er både nationalt og internationalt fokus på området, og et hold australske forskere har gennemgået den eksisterende forskning og udarbejdet en håndbog med anbefalinger og beskrivelse af programmer, herunder:

1. Supporting everyday living activities through an occupational therapy program
2. Supporting everyday living activities through an exercise program
3. Supporting everyday living activities through a cognitive program (27, 28).

Supplement, oktober 2020

Clare et al. (2019) sidestiller 'cognitive rehabilitation' med 'reablement' – dvs. hverdagsrehabilitering. Evidensen for kognitiv rehabilitering antages derfor at gælde for hverdagsrehabilitering og træning af praktisk funktionsevne, hvis træningen udføres efter principper gældende for kognitiv rehabilitering.

Fysisk aktivitet og fysisk træning

Siden 2013 er der publiceret nye reviews om evidensen for fysisk aktivitet og fysisk træning. Den opdaterede søgning viste tre reviews, hvor fysisk træning indgik. Et review fra Guitar og kolleger konkluderede, at fysisk træning kan medføre forbedret eksekutiv funktionsevne hos hjemmeboende ældre mennesker med Alzheimers demens i let til moderat grad (29). Et review fra Liang og kolleger tydede på, at fysisk træning kan fremme kognitiv funktion hos mennesker med Alzheimers sygdom, let til moderat grad (30). En Lancet Commission fra the Lancet beskrev i 2017, at evidensen for effekten af fysisk træning for mennesker med let til moderat demens, ift. kognitive og funktionelle mål, varierer betydeligt. Der er ifølge denne reference en lille positiv effekt på fysisk funktion, men hvorvidt fysisk træning hjælper på kognition er stadig uvist. Ifølge et review publiceret i The Lancet i 2017 ses den mest overbevisende evidens, når det drejer sig om effekten af (moderat til) høj-intensitets træning på kognition hos mennesker med Alzheimers demens i let grad (20).

Supplerende viden om fysisk aktivitet og fysisk træning

Sundhedsstyrelsen præsenterede i 2018 en guide til fysisk aktivitet og træning for mennesker med demens. I den findes der også en gennemgang af forskningslitteratur, der ikke udfoldes her (31).

Supplement, oktober 2020

Tidlige reviews og interventionsstudier viser, at der er dokumenteret effekt af fysisk træning på fysisk funktion hos mennesker med demens som hos ældre uden kognitive problemer (32, 33)⁶.

Tidlige reviews har vist positiv effekt af fysisk træning på domæner af ADL-funktioner og dual-task test målt i et "laboratorie", men det er endnu uklart, hvilke interventioner træningen skal indeholde for at opnå overførsel til ADL-funktioner i den enkeltes hverdag (32, 34)⁷.

⁶ Tak til Nanna Sobol for assistance

⁷ Som foregående

Kognitiv træning

Syv reviews omhandlede kognitiv træning. Fire af disse fandt ingen effekt af kognitiv træning på varierende effektmål hos en population af mennesker med overvejende Alzheimers demens i let til moderat grad. Et review fandt en mulig effekt ift. at lære ny information og strategier, men kvaliteten af de reviewede studier var lav (32). Et andet review af multiple kognitive interventioner, computerbaseret kognitiv træning og hukommelsestræning, fandt positive effekter af alle interventioner, størst for hukommelsestræning. Resultaterne gælder for mennesker med Alzheimers demens i let til moderat grad (33). Reviewet er dog baseret på ganske få studier.

Supplement oktober 2020

Bahar-Fuchs og kolleger har gennemført et review omhandlende kognitiv træning ved demens (alle demensformer) i let til moderat grad. De finder evidens for, at kognitiv træning kan have en lille til moderat effekt på global kognition og moderat effekt på sproglig udtryksevne, og effekten ser ud til at holde efter nogle måneder (3-12 mdr.). De vurderer ikke, at kognitiv træning har effekt på humør, adfærdsmæssige og psykologiske symptomer eller ADL (35).

Et nyt review fra Liang et al. sammenligner effekten af kognitive interventioner på kognitiv funktion hos mennesker med Alzheimer (let til moderat grad) målt på MMSE. De finder, at kognitiv træning er mest effektiv (36).

Kognitiv stimulation

Efter udgivelsen af de kliniske retningslinjer i 2013 er der forsket videre i kognitiv stimulationstherapi. Vi har ikke medtaget reviews, hvor graden af demens ikke kan identificeres. Det betyder fx, at et omfattende review fra Aguirre og kolleger ikke indgår (23).

Tre reviews omhandlede kognitiv stimulation. Garrido-Pedrosa og kolleger konkluderede, at nogle former for kognitiv stimulation var lovende hvad angår effekt på ADL for mennesker med overvejende Alzheimers demens i let til moderat grad (37). Livingston og kolleger beskrev i en forskningsgennemgang i The Lancet, at kognitiv stimulationstherapi kan forbedre kognition hos mennesker med demens i let til moderat grad. Det er dog ikke klart, om den aktive komponent er kognitiv eller social, da individuelle interventioner ikke er effektive. Det er heller ikke klart om effekten er klinisk signifikant (20). Oltra-Cucarella og kolleger har i en ny metaanalyse undersøgt effekterne af kognitionsfokuserede interventioner på en anderledes måde end i andre metaanalyser. De får derved et noget andet resultat, der ifølge eksperter i metaanalyser er gyldigt. Deres analyse viste, at effekten af kognitiv stimulation på både kognitive og funktionelle mål ved Alzheimers demens i let til moderat grad kan være ret begrænset (21).

Supplement oktober 2020

Et nyt review fra Liang et al. sammenligner effekten af kognitive interventioner på kognitiv funktion hos mennesker med Alzheimer (let til moderat grad) målt på MMSE. De finder, at kognitiv stimulation er mindre effektiv end kognitiv træning og kognitiv rehabilitering (36).

Kognitiv rehabilitering

Fire reviews omhandlede kognitiv rehabilitering. De inkluderer ganske få studier. Disse er til gen- gæld af god kvalitet, og det samme gælder for reviews. Forskningsresultaterne betegnes af flere som lovende (20, 22). Studierne tyder på, at kognitiv rehabilitering kan have positiv effekt på ADL, funktionelle mål og egne mål (20-22, 37).

Et eksempel på de "lovende resultater" er det franske studie ETNA3. Her sammenlignede Amieva og kolleger effekten af kognitiv træning, reminiscensterapi og kognitiv rehabilitering i et multicenterstudie. 653 patienter med Alzheimers sygdom, let til moderat grad, deltog i et randomiseret parallel-gruppe design med toårs opfølgning. Kognitiv rehabilitering viste signifikant lavere fald i funktionsevne og et halvt års forsinkelse af institutionalisering. Øvrige interventioner viste ingen effekt (38).

Linda Clare står i spidsen for et stort interventionsstudie om kognitiv rehabilitering, undersøgt i multicenterstudiet GREAT (39). Interventionen er afsluttet og har inkluderet 537 deltagere med demens i let grad. Resultaterne fra GREAT forventes publiceret i slutningen af 2018 – starten af 2019 (40).

Supplement oktober 2020

Multicenterstudiet GREAT, der er nævnt ovenfor, er afsluttet og dokumenteret. I studiet fandt man signifikante forbedringer i daglige aktiviteter målt på individuelt formulerede mål (41).

Et nyt review fra Liang et al. sammenligner effekten af kognitive interventioner på kognitiv funktion hos mennesker med Alzheimers sygdom (let til moderat grad) målt på MMSE. De finder, at kognitiv rehabilitering er mere effektiv end kognitiv stimulation men mindre effektiv end kognitiv træning (36).

Rehabilitering ved demens – struktur, proces og effektmål

Ovenstående omhandler enkelt-indsatser og afgrænsede komponenter. De repræsenterer både enkelt- og multi-komponente interventioner. En del af dem omfatter flere aktive komponenter. Det gælder fx kognitiv rehabilitering. Men rehabilitering defineres som andet og mere end konkrete indsatser. Der er fra kendte rehabiliteringsforstærlser belæg for at forstå rehabilitering som sammenhængende multi-komponente programmer (42). Ifølge Derick Wade, læge og redaktør for tidsskriftet Clinical Rehabilitation siden 1994, defineres rehabilitering både som: særlige strukturelle karakteristika, anvendelsen af en særlig arbejdsprocesmodel, og forfølgelsen af specifikke

mål (43). Når det gælder rehabilitering ved demens er der ikke systematisk indsamlet viden og anbefalinger for, hvordan programmer skal struktureres (fx om de skal være teambaserede, hvilke fagligheder der skal indgå, og om de skal tilbydes i hjemmet eller på center), hvilke processer der indgår (fx hvilke komponenter der skal være indeholdt) og effektmål (hvilke effektmål der sættes for interventionerne). Vi har gennemført et litteraturstudie, hvor vi har analyseret multi-komponente rehabiliteringsinterventioner. Studiet er afrapporteret i en international artikel, der er i skrivede stund er i review (44). Det er en analyse af 26 rehabiliterings-interventionsstudier ved demens. Kun studier af høj kvalitet og som alle viste statistisk signifikante resultater på et eller flere parametre blev inkluderet. Søgestrategi og in- og eksklusionskriterier er beskrevet i artiklen af Ravn og kolleger (44). Formålet var at undersøge, om vi på tværs af studierne kunne finde særlige karakteristika og mønstre ift. struktur, proces og effektmål, der kunne vejlede udviklingen af en ny intervention iht. projektet DEM-REHABs formål.

Studierne er analyseret og resultaterne ses i Bilag 2 og beskrives i nedenstående tre afsnit.

Strukturelle karakteristika

I alt 14 af de 26 studier omhandlede en tværfaglig teambaseret intervention. Mange professioner var involveret i gennemførelse af interventionen: Ni af studierne havde en ergoterapeut involveret, 6 studier havde en psykolog involveret, 1 af disse var neuropsykologer, og 4 havde en ikke nærmere defineret forskningsassistent involveret. Andre professioner involveret med implementeringen af interventionen var sygeplejersker (1 studie), fysioterapeuter (3 studier), taleterapeut (1 studie), og i 11 af studierne var det ikke nærmere specificerede rehabiliteringsprofessionelle, som gennemførte interventionen.

I ni af de 26 studier foregik interventionen i hjemmet, seks af studierne havde ikke specificeret hvor interventionen foregik, mens 11 af studierne ikke foregik i hjemmet, men på et center.

Proces og indholdskomponenter

I alt 19 ud af de 26 studier havde en personcentreret tilgang til rehabilitering. Personcentreret er i reviewet defineret som interventioner, der er individualiseret, skræddersyet og/eller involverer personens egne mål.

Interventionerne indeholdt mange forskellige komponenter:

- 11 studier inkluderede ADL-træning
- 7 inkluderede træning ift. social deltagelse og interaktion
- 6 inkluderede fysisk aktivitet og træning
- 21 inkluderede kognitive interventioner⁸
- 7 inkluderede sprog og kommunikation

⁸ I denne sammenhæng er kognitiv rehabilitering ikke inkluderet.

- 2 inkluderede teknologiske hjælpemidler
- Ingen inkluderede ernæring
- 1 inkluderede psykisk og eksistentiel støtte
- 6 inkluderede vejledning og støtte til pårørende
- 9 inkluderede vejledning og støtte til par.

Effektmål

I alt 13 af studierne målte effekt på ADL, og 15 af studierne målte effekt på livskvalitet.

Diskussion & konklusion

I notatet er præsenteret forståelser og definitioner, reviews om rehabilitering og relaterede interventioner ved demens: ADL-træning, fysisk træning, kognitiv træning, kognitiv stimulation og kognitiv rehabilitering samt en analyse af rehabiliteringsstudier ved demens ift. strukturelle og processuelle karakteristika og effektmål. Formålet var blandt andet at undersøge videngrundlaget med henblik på at udvikle en intervention for rehabilitering ved demens i let til moderat grad for hjemmeboende borgere.

Hvad angår forståelser og definitioner er rehabilitering ved demens uklart defineret. Forskellige forståelser er i spil. *Kognitiv rehabilitering* er ganske vist defineret i et Cochrane Review, men i de analyserede interventionsstudier dækker også begrebet kognitiv rehabilitering over interventioner præget af stor heterogenitet. Det har desuden været diskuteret, om rehabilitering ved demens skal forstås som en psykosocial intervention (45). Ser vi på analysen af rehabiliteringsstudier ved demens, tegner der sig et bredere billede end som så. Rehabilitering ved demens kan ifølge analysen være sammensat af interventioner, der adresserer både fysiske, psykiske og sociale domæner. Seks af de 26 studier inkluderer også fysisk aktivitet og træning.

Ser vi på reviews af udvalgte enkeltindsatser og kognitiv rehabilitering fandtes evidens for nogle af de komponenter, der er typiske i rehabiliteringsinterventioner, herunder fysisk træning og ADL-træning. Evidensen for kognitiv stimulation er også veldokumenteret, selvom det nye studie fra Oltra-Cucarella og kolleger udfordrer den kendte dokumentation. Studiet bør diskuteres, men det ligger uden for rammen af dette notat. Evidensen for kognitiv træning er fortsat usikker, mens der er lovende resultater for kognitiv rehabilitering.

I analysen af rehabiliteringsinterventioner ved demens fandtes intet klart mønster i, hvad der karakteriserer rehabilitering ved demens. Hvad angår struktur foregik de inkluderede studier både i hjemmet og på et center. En del var multidisciplinært organiseret, men lige så mange var ikke. Forskellige fagpersoner var involveret: flest ergoterapeuter, men også psykologer, fysioterapeuter og andre faggrupper.

Hvad angår proces var der en overvægt af studier, der havde en personcentreret tilgang. Blandt andet var de tilrettelagt med udgangspunkt i de mål, der var meningsfulde for den enkelte. Indholdskomponenterne var mange forskellige. Flest studier inkluderede kognitive interventioner og næst flest ADL-træning, og desuden var vejledning og støtte til par og til pårørende, træning ift. social deltagelse og interaktion, sprog og kommunikation samt fysisk aktivitet og træning inkludert i en del studier (>5).

Hvad angår effektmål fandt vi, at cirka halvdelen af interventionsstudierne målte effekt på ADL, og lidt flere målte effekt på livskvalitet. Dette er i overensstemmelse med generiske forståelser af rehabilitering, der har både funktionsevne og livskvalitet som mål.

Der ser således ud til at være et vist vidensgrundlag at bygge videre på i modellering af en vidensbaseret rehabilitering ved demens i let til moderat grad. Men der mangler fortsat viden, inden forskningsresultater kan overføres til praksis. Som Kroll og Naue pointerede i 2011, så tager studier sjældent højde for de komplekse sammenhænge, indsatserne skal gennemføres i. Et er at få viden om, hvad der virker på en afgrænset population under ideelle betingelser - noget andet er, når denne viden skal overføres til komplekse sammenhænge, hvor faglighed og viden, holdninger til demens, organisatoriske forhold og de store individuelle forskelle der er i gruppen af mennesker med demens – både i forhold til livshistorie, hverdagsliv og præferencer, spiller ind (14). Wade har udtalt, at rehabilitering kan ses som den arketyptiske komplekse intervention (43). Det indebærer, at rehabilitering må forstås, udforskes, udvikles og implementeres som kompleks intervention (4, 5). Og derfor er projektet DEM-REHAB vigtigt. Projektet finansieres af VELUX FONDEN og har som sit endelige formål at udvikle en intervention for rehabilitering ved demens i let til moderat grad, baseret på viden fra interventionsstudier, viden om praksis og viden om brugernes perspektiver og udviklet i samarbejde med brugere, professionelle og forskere. Dette notat er et skridt på vejen. Det er REHPAs håb, at notatet må blive anvendt til at oplyse de mange udviklingstiltag, der er i gang i danske kommuner.

Referenceliste

1. Cohen D, Eisdorfer C. *The loss of self : a family resource for the care of Alzheimer's disease and related disorders*. New York: Norten; 1986. 377 s. p.
2. Clare L. An enablement approach to dementia care and prevention. International Federation on Aging Global Summit. 2016.
3. Clare L. Rehabilitation for people living with dementia: A practical framework of positive support. *PLoS Medicine*. 2017;14:7-10.
4. Cations M, Laver KE, Crotty M, Cameron ID. Rehabilitation in dementia care. *Age Ageing*. 2017;1-4.
5. Poulos CJ, Bayer A, Beaupre L, Clare L, Poulos RG, Wang RH, et al. A comprehensive approach to reablement in dementia. *Alzheimer's and Dementia: Translational Research and Clinical Interventions*. 2017;3:450-8.
6. Demens: ikke-farmakologiske interventioner : en kommenteret udenlandsk medicinsk teknologivurdering. København: Sundhedsstyrelsen; 2010. 54 s. p.
7. Håndbog i rehabiliteringsforløb på ældreområdet efter lov om social service: Sundhedsstyrelsen; 2016. Available from: <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/nyheder/2016/~/media/6D27215F08464CA0A68E949BBA4BD23B.ashx>.
8. Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for udredning og behandling af demens: Sundhedsstyrelsen; 2013. Available from: <http://www.sst.dk/publ/Publ2013/10okt/NKRudrednBehlDemens.pdf>.
9. Sundheds- og Ældreministeriet. Et trygt og værdigt liv med demens. 2016:1-30.
10. Thuesen J. Rehabilitering ved demens i let til moderat grad : national kortlægning af forståelser, indsatser og organisering i regioner og kommuner. Nyborg: REHPA; 2018. 88 sider p.
11. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ (Clinical research ed)*. 1996;312(7023):71-2.
12. Thuesen J. Rehabilitering ved demens – med afsæt i brugernes perspektiver (DEM-REHAB): REHPA; 2016 [Available from: <http://www.rehpa.dk/projekter/demens-og-rehabilitering-med-afsaet-i-brugernes-perspektiver-dem-rehab/>].
13. Nationalt Videnscenter for Demens. Demensgrader: Nationalt Videnscenter for Demens; 2017 [Available from: <http://www.videnscenterfordemens.dk/viden-om-demens/demenssygdomme/hvad-er-demens/sygdomsforloeb/demensgrader/>].
14. Kroll T, Naue U. The state and context of evidence production and knowledge translation in the rehabilitation of people with Alzheimer's Disease. *Dementia: The International Journal of Social Research and Practice*. 2011;10:19-34.
15. Sundhedsstyrelsen. Livet med demens - styrket kvalitet i indsatsen : fagligt oplæg til den nationale demenshandlingsplan 20252016.
16. Thuesen J, Egholm CL. Rehabilitering og palliation i tværsektorielle aftaler: REHPA; 2017. Available from: http://findresearcher.sdu.dk/portal/files/124024427/Notat_nr_1_marts_2017_RePal_i_tv_rsektoelle_aftaler.pdf.
17. Region Sjælland. Forløbsprogram for demens. Sundhedsaftale 2015 - 2018. 2015.
18. Jensen L, Kallehauge JG, Stræde Andersen M. Rehabilitering ved demenssygdom : sundhedsmæssige, sociale og omgivelsesmæssige indsatser. Kbh.: Munksgaard; 2012. 284 sider p.
19. Onor ML, Trevisiol M, Negro C, Signorini A, Saina M, Aguglia E. Impact of a multimodal rehabilitative intervention on demented patients and their caregivers. *American journal of Alzheimer's disease and other dementias*. 2007;22:261-72.
20. Livingston G, Sommerlad A, Orgeta V, Costafreda SG, Huntley J, Ames D, et al. Dementia prevention, intervention, and care. *Lancet (London, England)*. 2017;390(10113):2673-734.

21. Oltra-Cucarella J, Ferrer-Cascales R, Clare L, Morris SB, Espert R, Tirapu J, et al. Differential effects of cognition-focused interventions for people with Alzheimer's disease: A meta-analysis. *Neuropsychology*. 2018;32(6):664-79.
22. Bahar-Fuchs A, Clare L, Woods B. Cognitive training and cognitive rehabilitation for mild to moderate Alzheimer's disease and vascular dementia. The Cochrane database of systematic reviews. 2013:CD003260.
23. Aguirre E, Woods RT, Spector A, Orrell M. Cognitive stimulation for dementia: a systematic review of the evidence of effectiveness from randomised controlled trials. *Ageing research reviews*. 2013;12(1):253-62.
24. Giebel C, Challis D. Translating cognitive and everyday activity de fi cits into cognitive interventions in mild dementia and mild cognitive impairment. 2015:21-31.
25. Nationalt Videnscenter for Demens. Hjemmetræning forsinket ikke tab af funktionsevne Nationalt Videnscenter for Demens; 2016 [Available from: <http://www.videnscenterfordemens.dk/forskning/forskningsnyheder/2016/12/hjemmetraening-forsinker-ikke-tab-af-funktionsevne/>].
26. Jørgensen K. Kan træning i hjemmet mindske psykiske symptomer ved demens? : Nationalt Videnscenter for demens; 2017 [Available from: <http://www.videnscenterfordemens.dk/forskning/forskningsnyheder/2017/01/kan-traening-i-hjemmet-mindske-psykiske-symptomer-ved-demens/>].
27. Poulos RG, Gresham M, O'Connor CM, Poulos CJ. Bridging the gap: From reablement policy to practice for people with dementia. *Alzheimer's & dementia* (New York, N Y). 2018;4:508-9.
28. O'Connor CM, Poulos CJ, Gresham M, Poulos RG. Supporting independence and function in people living with dementia, A technical guide to the evidence supporting reablement interventions. Sydney: HammondCare Media2018.
29. Guitar NA, Connelly DM, Nagamatsu LS, Orange JB, Muir-Hunter SW. The effects of physical exercise on executive function in community-dwelling older adults living with Alzheimer's-type dementia: A systematic review. *Ageing research reviews*. 2018;47:159-67.
30. Liang JH, Xu Y, Lin L, Jia RX, Zhang HB, Hang L. Comparison of multiple interventions for older adults with Alzheimer disease or mild cognitive impairment: A PRISMA-compliant network meta-analysis. *Medicine*. 2018;97(20):e10744.
31. Pluss, Københavns Universitet. Institut for Idræt og E, Sundhedsstyrelsen, Ældre S. Guide til fysisk aktivitet og træning for mennesker med demens: Sundhedsstyrelsen; 2018. Available from: <https://www.sst.dk/da/aeldre/demens/traeningsguide>.
32. Lam FM, Huang M-Z, Liao L-R, Chung RC, Kwok TC, Pang MYJop. Physical exercise improves strength, balance, mobility, and endurance in people with cognitive impairment and dementia: a systematic review. 2018;64(1):4-15.
33. Sobol NA, Hoffmann K, Frederiksen KS, Vogel A, Vestergaard K, Brændgaard H, et al. Effect of aerobic exercise on physical performance in patients with Alzheimer's disease. 2016;12(12):1207-15.
34. Forbes D, Forbes SC, Blake CM, Thiessen EJ, Forbes SJCDsR. Exercise programs for people with dementia. 2015(4).
35. Bahar-Fuchs A, Martyr A, Goh AM, Sabates J, Clare LJCDsR. Cognitive training for people with mild to moderate dementia. 2019(3).
36. Liang J-H, Li J-Y, Jia R-X, Wang Y-Q, Wu R-K, Zhang H-B, et al. Comparison of cognitive intervention strategies for older adults with mild to moderate Alzheimer's disease: A bayesian meta-analytic review. 2019;20(3):347-55.

37. Garrido-Pedrosa J, Sala I, Obradors N. Effectiveness of cognition-focused interventions in activities of daily living performance in people with dementia: A systematic review. *British Journal of Occupational Therapy*. 2017;80:397-408.
38. Amieva H, Robert PH, Grandoulier A-S, Meillon C, De Rotrou J, Andrieu S, et al. Group and individual cognitive therapies in Alzheimer's disease: the ETNA3 randomized trial. *International Psychogeriatrics C International Psychogeriatric Association*. 2016;28:707-17.
39. Clare L, Bayer A, Burns A, Corbett A, Jones R, Knapp M, et al. Goal-oriented cognitive rehabilitation in early-stage dementia: study protocol for a multi-centre single-blind randomised controlled trial (GREAT). *Trials*. 2013;14(1):152.
40. University of Exeter. Living Well with Memory Difficulties (GREAT Trial): University of Exeter; [Available from: <http://psychology.exeter.ac.uk/reach/great/>]
41. Clare L, Kudlicka A, Oyebode JR, Jones RW, Bayer A, Leroi I, et al. Goal-oriented cognitive rehabilitation in early-stage Alzheimer's disease: a multi-centre single-blind randomised controlled trial (GREAT). 2019.
42. White Book on Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) in Europe. Chapter 1. Definitions and concepts of PRM. *European journal of physical and rehabilitation medicine*. 2018;54(2):156-65.
43. Wade DT. Describing rehabilitation interventions. *Clinical rehabilitation*. 2005;19:811-8.
44. Ravn MB, Petersen KS, Thuesen J. Rehabilitation for people living with dementia: A systematic review of processes and outcomes. Manuscript submitted for publication. 2018.
45. Sundhedsstyrelsen. Forskning til gavn for mennesker med demens og deres pårørende. www.sst.dk: Sundhedsstyrelsen; 2018.
46. Creighton AS, van der Ploeg ES, O'Connor DW. A literature review of spaced-retrieval interventions: a direct memory intervention for people with dementia. *International psychogeriatrics*. 2013;25(11):1743-63.
47. Song YW, Lee JS, Song AY. Meta-analysis about cognitive intervention effect applied to dementia patients. *NeuroRehabilitation*. 2016;39(2):319-27.
48. Brueggen K, Kasper E, Ochmann S, Pfaff H, Webel S, Schneider W, et al. Cognitive rehabilitation in Alzheimer's disease: A controlled intervention trial. *Journal of Alzheimer's Disease*. 2017;57:1315-24.
49. Brunelle-Hamann L, Thivierge S, Simard M. Impact of a cognitive rehabilitation intervention on neuropsychiatric symptoms in mild to moderate Alzheimer's disease. *Neuropsychological rehabilitation*. 2015;25:677-707.
50. Chew DP, Astley CM, Luker H, Alprandi-Costa B, Hillis G, Chow CK, et al. A cluster randomized trial of objective risk assessment versus standard care for acute coronary syndromes: Rationale and design of the Australian GRACE Risk score Intervention Study (AGRIS). *Am Heart J*. 2015;170(5):995-1004.e1.
51. Clare L, Linden DEJ, Woods RT, Whitaker R, Evans SJ, Parkinson CH, et al. Goal-oriented cognitive rehabilitation for people with early-stage Alzheimer disease: a single-blind randomized controlled trial of clinical efficacy. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2010;18:928-39.
52. Fernández-Calvo B, Contador I, Ramos F, Olazarán J, Mograbi DC, Morris RG, et al. Effect of unawareness on rehabilitation outcome in a randomised controlled trial of multicomponent intervention for patients with mild Alzheimer's disease. *Neuropsychological rehabilitation*. 2015;25:448-77.
53. Kim S. Cognitive rehabilitation for elderly people with early-stage Alzheimer's disease. *Journal of Physical Therapy Science*. 2015;27:543-6.
54. Lee GY, Yip CCK, Yu ECS, Man DWK. Evaluation of a computer-assisted errorless learning-based memory training program for patients with early Alzheimer's disease in Hong Kong: A pilot study. *Clinical Interventions in Aging*. 2013;8:623-33.

55. Laakkonen ML, Kautiainen H, Hölttä E, Savikko N, Tilvis RS, Strandberg TE, et al. Effects of Self-Management Groups for People with Dementia and Their Spouses - Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2016;64:752-60.
56. Neely AS, Vikstrom S, Josephsson S. Collaborative memory intervention in dementia: caregiver participation matters. *Neuropsychological rehabilitation*. 2009;19:696-715.
57. Ochmann S, Dyrba M, Grothe MJ, Kasper E, Weibel S, Hauenstein K, et al. Does functional connectivity provide a marker for cognitive rehabilitation effects in Alzheimer's disease? An interventional study. *Journal of Alzheimer's Disease*. 2017;57:1303-13.
58. Regan B, Wells Y, Farrow M, O'Halloran P, Workman B. MAXCOG—Maximizing Cognition: A Randomized Controlled Trial of the Efficacy of Goal-Oriented Cognitive Rehabilitation for People with Mild Cognitive Impairment and Early Alzheimer Disease. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2017;25:258-69.
59. Salotti P, De Sanctis B, Clementi A, Fernandez Ferreira M, De Silvestris T. Evaluation of the efficacy of a cognitive rehabilitation treatment on a group of Alzheimer's patients with moderate cognitive impairment: A pilot study. *Aging Clinical and Experimental Research*. 2013;25:403-9.
60. Santos GD, Nunes PV, Stella F, Brum PS, Yassuda MS, Ueno LM, et al. Multidisciplinary rehabilitation program: effects of a multimodal intervention for patients with Alzheimer's disease and cognitive impairment without dementia. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*. 2015;42:153-6.
61. Schiffczyk C, Romero B, Jonas C, Lahmeyer C, Müller F, Riepe MW. Efficacy of short-term inpatient rehabilitation for dementia patients and caregivers: Prospective cohort study. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*. 2013;35:300-12.
62. Schwenk M, Zieschang T, Oster P, Hauer K. Dual-task performances can be improved in patients with dementia: A randomized controlled trial. *Neurology*. 2010;74:1961-8.
63. Särkämö T, Tervaniemi M, Laitinen S, Numminen A, Kurki M, Johnson JK, et al. Cognitive, emotional, and social benefits of regular musical activities in early dementia: Randomized controlled study. *Gerontologist*. 2014;54:634-50.
64. Tanaka S, Honda S, Nakano H, Sato Y, Araya K, Yamaguchi H. Comparison between group and personal rehabilitation for dementia in a geriatric health service facility: single-blinded randomized controlled study. *Psychogeriatrics*. 2017;17:177-85.
65. Tay L, Lim WS, Chan M, Ali N, Chong MS. A Combined Cognitive Stimulation and Physical Exercise Programme (MINDVital) in Early Dementia: Differential Effects on Single- and Dual-Task Gait Performance. *Gerontology*. 2016;62:604-10.
66. Thivierge S, Jean L, Simard M. A Randomized Cross-over Controlled Study on Cognitive Rehabilitation of Instrumental Activities of Daily Living in Alzheimer Disease. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*. 2013;1-12.
67. Toba K, Nakamura Y, Endo H, Okochi J, Tanaka Y, Inaniwa C, et al. Intensive rehabilitation for dementia improved cognitive function and reduced behavioral disturbance in geriatric health service facilities in Japan. *Geriatrics and Gerontology International*. 2014;14:206-11.
68. Tsuchiya K, Yamaguchi T, Fujita T, Taguchi M, Honda A, Satou Y, et al. A Quasi-Randomized Controlled Trial of Brain-Activating Rehabilitation in an Acute Hospital. *American Journal of Alzheimer's Disease and other Dementias*. 2016;31:612-7.
69. van Paasschen J, Clare L, Yuen KSL, Woods RT, Evans SJ, Parkinson CH, et al. Cognitive rehabilitation changes memory-related brain activity in people with Alzheimer disease. *Neurorehabilitation and Neural Repair*. 2013;27:448-59.
70. Viola LF, Nunes PV, Yassuda MS, Aprahamian I, Santos FS, Santos GD, et al. Effects of a multidisciplinary cognitive rehabilitation program for patients with mild Alzheimer's disease. *Clinics*. 2011;66:1395-400.

71. Werheid K, Kohncke Y, Ziegler M, Kurz A, Köhncke Y, Ziegler M, et al. Latent change score modeling as a method for analyzing the antidepressant effect of a psychosocial intervention in Alzheimer's disease. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2015;84:159-66.

Bilag 1.a. Inkluderede reviews i den opdaterede søgning

Author	Design	Population	Intervention/comparison	Author conclusion	Reported quality of included studies
Bahar-Fuchs et al., 2013 (22)	Cochrane review	Mild to moderate Alzheimer's disease and vascular dementia	Cognitive training (CT) Cognitive rehabilitation (CR)	CT: No effect CR: Promising results (patient-derived personal goals) Further well-designed studies are required to obtain more definite evidence.	CT: Low to moderate CR: High quality
Creighton et al., 2013 (46)	Review	Predominantly Alzheimer's and mixed dementia mild – moderate	Cognitive training (spaced retrieval)	Results indicate effect on learning new information and behavioural strategies.	Only 3 of 34 included studies were RCT.
Garrido-Pedrosa et al., 2017 (37)	Review	Predominantly Alzheimer's and mixed dementia mild – moderate	Cognitive training (CT) Cognitive rehabilitation (CR) Cognitive stimulation (CS)	No effect from CT on ADL CR involving functional tasks led to maintenance or improvement on ADL in some cases. Some forms of CS showed promising effect on ADL. Multi-component cognition-focused intervention programmes have a positive effect, as they can improve or maintain functional capabilities.	Only RCT were included.
Giebel & Challis, 2014 (24)	Review	Mild dementia (and MCI, however these results are not included here)	Learning techniques Everyday activities	Focusing on individual daily activities appeared to be an important determinant of intervention success. The relationship between cognition and everyday functioning needs to be further assessed.	The quality rating of the majority of the studies was considered weak.

Author	Design	Population	Intervention/comparison	Author conclusion	Reported quality of included studies
Guitar et al., 2018 (29)	Systematic Review	Community-dwelling older adults living with Alzheimer's-type dementia – predominantly early-moderate	Physical exercise	The results of six studies demonstrated significant improvements in executive function outcome measures in four of the six studies as a result of any type of physical exercise (i.e., aerobic, resistance, or combined physical exercise with aerobic, resistance, and balance or flexibility components). Physical exercise may be effective for improving executive function in community-dwelling older adults living with AD.	Few studies met the comprehensive inclusion criteria.
Liang et al., 2018 (30)	Systematic review and meta-analysis	Alzheimer's disease – predominantly mild-moderate.	Physical exercise (PE) Computerized cognitive training (CCT) – not included due to MCI Compared to music therapy (MT) and nutrition therapy (NT)	In comparison, PE is the optimum cognitive intervention. Our study suggests that PE (and CCT men for MCI) might have a significant improvement in cognition and neuropsychiatric symptoms respectively.	The number of studies and the number of patients were relatively small.
Livingston et al., 2017 (20)	Lancet Commission	Alzheimer's dementia and other dementia	Cognitive stimulation therapy, cognitive training, cognitive rehabilitation, exercise intervention for cognition	Group cognitive stimulation therapy improves cognition in patients with mild-to-moderate dementia. It is unclear whether the active component is cognitive or social because individual cognitive stimulation therapy is ineffective or whether the effect size is clinically significant. Cognitive training: No general recommendations. Individual cognitive rehabilitation can be effective for patients with mild-to-	Published in The Lancet

Author	Design	Population	Intervention/comparison	Author conclusion	Reported quality of included studies
Oltra-Cucarella et al., 2018 (21)	Meta-analysis	Alzheimer's Disease, mild-moderate. 1/33 moderate-severe	Cognitive rehabilitation (CR), cognitive training (CT), cognitive stimulation (CS)	<p>moderate dementia with specific functional goals, but its cost-effectiveness requires more evidence.</p> <p>The evidence from RCTs that exercise interventions improve cognitive and functional outcomes in patients with dementia is highly variable. Exercise programmes for people with mild-to-moderate dementia are feasible and well tolerated, and exercise offers positive small effects on function for people with dementia, but whether it helps cognition is unclear. The most persuasive evidence to date on exercise is for high intensity interventions to help cognition in mild Alzheimer's disease.</p>	<p>This work aims to analyse the differential effects of cognition focused interventions (CFIs) by removing the influence of the comparison groups.</p> <p>The quality of the studies analysed is generally low.</p>

Author	Design	Population	Intervention/comparison	Author conclusion	Reported quality of included studies
Song et al., 2016 (47)	Systematic review and meta-analysis	Alzheimer's disease, mild to moderate	Multiple cognitive intervention (MCi), computer-based intervention (CBI), memory training (MT)	improve independence in ADLs for people with AD. Multiple cognitive interventions showed small positive effect in cognitive function. Memory training intervention: large effect size. Computer-based intervention: medium effect size. Multiple cognitive intervention: small effect size.	Only a few single intervention programs Publication bias.

Bilag 1.b. Inkluderede reviews i den opdaterede søgning – tillæg oktober 2020

Forfatter og årstal	Intervention	Population	Konklusion
Bahar-Fuchs et al., 2019 (35)	Kognitiv træning	Demens, let til moderat grad, alle subtyper.	<p>Relative to a control condition, we found moderate-quality evidence showing a small to moderate effect of CT on our first primary outcome, composite measure of global cognition at end of treatment (standardised mean difference (SMD) 0.42, 95 % confidence interval (CI) 0.23 to 0.62), and high-quality evidence showing a moderate effect on the secondary outcome of verbal semantic fluency (SMD 0.52, 95 % CI 0.23 to 0.81) at end of treatment, with these gains retained in the medium term (3 to 12 months post treatment).</p> <p>In relation to many other outcomes, including our second primary outcome of clinical disease severity in the medium term, the quality of evidence was very low, so we were unable to determine whether CT was associated with any meaningful gains.</p> <p>When compared with an alternative treatment, we found that CT may have little to no effect on our first primary outcome of global cognition at end of treatment (SMD 0.21, 95 % CI -0.23 to 0.64), but the quality of evidence was low. No evidence was available to assess our second primary outcome of clinical disease severity in the medium term. We found moderate-quality evidence showing that CT was associated with improved mood of the caregiver at end of treatment, but this was based on a single trial. The quality of evidence in relation to many other outcomes at end of treatment and in the medium term was too low for us to determine whether CT was associated with any gains, but we are</p>

Forfatter og årstal	Intervention	Population	Konklusion
			moderately confident that CT did not lead to any gains in mood, behavioral and psychological symptoms, or capacity to perform activities of daily living.
Liang et al., 2019 (36)	Kognitiv træning, kognitiv stimulation og kognitiv rehabilitering	Alzheimers demens let til moderat grad	The mean difference (MD) of CT [MD = 2.1, confidence interval [CI]: 1.0, 3.2], CS (MD= 0.92, CI: _0.20, 2.0), and CR (MD = 2.0, CI: 0.73, 3.4) showed that CT and CR could significantly improve cognitive function as measured by MMSE in the treatment group whereas the CS was less effective. CT had the highest probability among the 3 cognitive interventions [the surface under the cumulative ranking curve (SUCRA) = 84.7 %], followed by CR (SUCRA = 50.0 %) and CS (SUCRA = 47.4 %).

Bilag 2. Oversigt over komponenter og udvalgte effektmål for de enkelte studier

Study	Statistical significant outcome									
	Quality of life as outcome	ADL as outcome	Guidance/support to couples	Guidance/support to relatives	Psychological and existential support	Nutrition	Technological aids	Language and communication	Cognitive interventions ⁹	Physical activity and exercise
Amieva et al., 2016 (38)	+									
Brueggen et al., 2017 (48)		+								
Brunellle-Hamann et al., 2015 (49)	+	+								
Chew et al. 2015 (50)	+	+	+	+	+					
Clare et al., 2010 (51)	+	+								

⁹ I denne sammenhæng er kognitiv rehabilitering ikke inkluderet.

Study	Statistical significant outcome									
	Quality of life as outcome	ADL as outcome	Guidance/support to couples	Guidance/support to relatives	Psychological and existential support	Nutrition	Technological aids	Language and communication	Cognitive interventions ⁹	Physical activity and exercise
Fernandez-Calvo et al., 2015 (52)										
Kim et al., 2015 (53)	+	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	+
Lee et al., 2013 (54)	÷	÷	÷	+	÷	+	÷	÷	÷	+
Laakkonen et al., 2016 (55)	÷	+	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	+

		Statistical significant outcome								
Study		Quality of life as outcome			ADL as outcome			Guidance/support to couples		
Neely et al. 2009 (56)										
Ochmann et al., 2017 (57)										
Onor et al., 2007 (19)										

Study	Statistical significant outcome											
	Quality of life as outcome	ADL as outcome	Guidance/support to couples	Guidance/support to relatives	Psychological and existential support	Nutrition	Technological aids	Language and communication	Cognitive interventions ⁹	Physical activity and exercise	Training related to social participation and interaction	ADL training
Regan et al., 2017 (58)												
Salotti et al., 2013 (59)	+ ÷	÷ + +	÷ + +	÷ + +	÷ + +	÷ + +	÷ + +	÷ + +	÷ + +	÷ + +	÷ + +	÷ + +
Santos et al., 2015 (60)	÷ ÷	÷ + +	÷ + +	÷ + +	÷ + +	÷ + +	÷ + +	÷ + +	÷ + +	÷ + +	÷ + +	÷ + +

Study	Statistical significant outcome									
	Quality of life as outcome	ADL as outcome	Guidance/support to couples	Guidance/support to relatives	Psychological and existential support	Nutrition	Technological aids	Language and communication	Cognitive interventions ⁹	Physical activity and exercise
Schiffczyk et al., 2013 (61)	+ + + + + + + + + +	+ + + + + + + + + +	+ + + + + + + + + +	+ + + + + + + + + +	+ + + + + + + + + +	+ + + + + + + + + +	+ + + + + + + + + +	+ + + + + + + + + +	+ + + + + + + + + +	+ + + + + + + + + +
Schwenk et al., 2010 (62)	÷ ÷ + + ÷ ÷ ÷ ÷ ÷ ÷	÷ ÷ + + ÷ ÷ ÷ ÷ ÷ ÷	÷ ÷ + + ÷ ÷ ÷ ÷ ÷ ÷	÷ ÷ + + ÷ ÷ ÷ ÷ ÷ ÷	÷ ÷ + + ÷ ÷ ÷ ÷ ÷ ÷	÷ ÷ + + ÷ ÷ ÷ ÷ ÷ ÷	÷ ÷ + + ÷ ÷ ÷ ÷ ÷ ÷	÷ ÷ + + ÷ ÷ ÷ ÷ ÷ ÷	÷ ÷ + + ÷ ÷ ÷ ÷ ÷ ÷	÷ ÷ + + ÷ ÷ ÷ ÷ ÷ ÷
Säkämö et al., 2014 (63)	÷ ÷ + + ÷ ÷ ÷ ÷ ÷ ÷	÷ ÷ + + ÷ ÷ ÷ ÷ ÷ ÷	÷ ÷ + + ÷ ÷ ÷ ÷ ÷ ÷	÷ ÷ + + ÷ ÷ ÷ ÷ ÷ ÷	÷ ÷ + + ÷ ÷ ÷ ÷ ÷ ÷	÷ ÷ + + ÷ ÷ ÷ ÷ ÷ ÷	÷ ÷ + + ÷ ÷ ÷ ÷ ÷ ÷	÷ ÷ + + ÷ ÷ ÷ ÷ ÷ ÷	÷ ÷ + + ÷ ÷ ÷ ÷ ÷ ÷	÷ ÷ + + ÷ ÷ ÷ ÷ ÷ ÷

Study	Statistical significant outcome									
	Quality of life as outcome	ADL as outcome	Guidance/support to couples	Guidance/support to relatives	Psychological and existential support	Nutrition	Technological aids	Language and communication	Cognitive interventions ⁹	Physical activity and exercise
Tanaka et al., 2017 (64)										
Tay et al., 2016 (65)	÷	+	+	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷
Thivierge et al., 2013 (66)	+	÷	÷	+	÷	÷	÷	÷	÷	÷
Toba et al., 2014 (67)	÷	÷	+	+	+	÷	÷	÷	÷	÷

Study	Statistical significant outcome													
	Quality of life as outcome			ADL as outcome			Guidance/support to couples			Guidance/support to relatives				
Tsuchiya et al., 2016 (68)														analysis in the HDS-R, NM scale and marginally in DBD.
Van Paasschen et al., 2013 (69)														RG resulted in a statistical significant effect on MOSES subscales for disorientation ($p = 0.041$) and withdrawl ($p = 0.030$) at the end of the study compared to CG. RG resulted in a statistical significant group x time effect on performance and satisfaction ratings on COPM ($p = 0.001$) from baseline to after treatment compared to CG. RG resulted in a statistical significant effect on performance ($p = 0.009$) and satisfaction ($p = 0.013$) with no changes in CG.
Viola et al., 2011 (70)	+ ÷	+ ÷	+ ÷	+ ÷	+ ÷	+ ÷	+ ÷	+ ÷	+ ÷	+ ÷	+ ÷	+ ÷	RG resulted in a statistical significant effect on QoL-AD score ($p = 0.004$), GDS score ($p = 0.001$), and NPI distress subscore ($p = 0.02$) after 12 weeks of intervention. CG resulted in a statistical significant reduction in total SKT ($p = 0.05$) and attention SKT subscale (0.001) after 12 weeks.	
Werheid et al., 2015 (71)	÷ ÷	÷ ÷	÷ ÷	+	+	+	÷ ÷	÷ ÷	÷ ÷	÷ ÷	+	+	RG resulted in a statistical significant reduction on GDS in female participants ($P = 0.011$) but not in male participants ($p = 0.60$) during the intervention. RG resulted in a statistical significant between the group in the gender effect ($p = 0.003$) indicating a group by gender interaction.	
I alt	11	7	6	2 1	7	2	0	1	6	9	13	15		

(Studier der ikke indeholder komponenten er markeret med ÷, studier der indeholder komponenten er markeret med +).

Vestergade 17
5800 Nyborg
21 81 10 11
rehpap@rsyd.dk
www.rehpap.dk

 www.facebook.com/REHPA.DK

 www.twitter.com/rehpap_dk

 www.linkedin.com/company/rehpap