
Kognitiv stimulering for personer med demens

Rapporten «[Psykososiale tiltak for personer med demens: en oversikt over systematiske oversikter](#)» ble publisert på Folkehelseinstituttets nettsider i desember 2022 (1). For 15 psykososiale tiltak beskriver rapporten resultatene fra den mest oppdaterte systematiske oversikten av høy eller moderat kvalitet som ble funnet i et litteratursøk utført i juni 2022. For tiltaket kognitiv stimulering var den mest oppdaterte systematiske oversikten Wang 2022 (2). Wang 2022 fant ingen studier om kognitiv stimulering for personer med Alzheimers sykdom.

31. januar 2023 publiserte Woods og medarbeidere en systematisk oversikt om kognitiv stimulering for personer med demens (alle typer demens inkludert Alzheimers sykdom) (3). Den nye oversikten inkluderte 37 randomiserte studier med til sammen 2766 deltakere. I dette tillegget beskriver vi den nye oversikten på samme måte som vi omtalte de andre systematiske oversiktene i rapporten vår.

Kognitiv stimulering i Woods 2023

Den systematiske oversikten Woods 2023 har høy kvalitet ifølge vurdering med sjekklisten AMSTAR 2 (vedlegg), og er basert på et litteratursøk utført i mars 2022. I vår opprinnelige rapport beskrev vi resultater for syv hovedutfall. Woods 2023 dekket fem av disse hovedutfallene (generell kognisjon, depresjonssymptomer, atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens (APSD), daglig funksjon og livskvalitet). Woods 2023 vurderte tilliten til resultatene med GRADE-verktøyet (4). I dette tillegget gjengir vi forfatternes GRADE vurderinger (oversatt til norsk).

Woods 2023 vurderte effekten av kognitiv stimulering for personer med demens, og inkluderte også personer med Alzheimer sykdom. Forfatterne definerte kognitiv stimulering som lystbetonte aktiviteter som gir generell stimulering av tankevirksomhet, konsentrasjon og hukommelse, ofte gitt i en sosial setting. Tiltaket ble gitt alene eller sammen med andre tiltak (kognitiv stimulering måtte likevel være hovedtiltaket), og ble sammenlignet med ingen kognitiv stimulering (ingen behandling, standard behandling eller placebo). Kognitiv stimulering ble gjennomført i grupper eller som individuell behandling. Tiltaket ble gitt i 30 til 120 minutter, en til seks ganger per uke, og i tidsperioder som varierte fra fire uker til to år (median 10 uker).

Generell kognisjon

Woods 2023 fant at kognitiv stimulering sammenlignet med ingen kognitiv stimulering trolig gir en liten bedring i generell kognisjon (SMD 0,4 høyere, 95 % KI 0,25 høyere til 0,55 høyere). Effektestimatet er basert på 34 randomiserte studier med til sammen 2340 deltakere. Vi har middels tillit til resultatet (Tabell 1).

Depresjonssymptomer

Woods 2023 fant at kognitiv stimulering sammenlignet med ingen kognitiv stimulering gir liten eller ingen reduksjon i selvrapporterte depresjonssymptomer (SMD 0,11 høyere, 95 % KI 0,08 lavere til 0,31 høyere). Effektestimatet er basert på 10 randomiserte studier med til sammen 787 deltakere. Vi har høy tillit til resultatet (Tabell 1).

Atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens (APSD)

Woods 2023 fant at kognitiv stimulering sammenlignet med ingen kognitiv stimulering trolig gir liten eller ingen bedring i APSD (SMD 0,18 høyere, 95 % KI 0,01 lavere til 0,38 høyere). Effektestimatet er basert på 12 randomiserte studier med til sammen 1340 deltakere. Vi har middels tillit til resultatet (Tabell 1).

Daglig funksjon

Woods 2023 fant at kognitiv stimulering sammenlignet med ingen kognitiv stimulering gir en liten eller ingen bedring i daglig funksjon (SMD 0,15 høyere, 95 % KI 0,04 høyere til 0,26 høyere). Effektestimatet er basert på 13 randomiserte studier med til sammen 1318 deltakere. Vi har høy tillit til resultatet (Tabell 1).

Livskvalitet

Woods 2023 fant at kognitiv stimulering sammenlignet med ingen kognitiv stimulering trolig gir en liten bedring i selvrapportert livskvalitet (SMD 0,25 høyere, 95 % KI 0,07 høyere til 0,42 høyere). Effektestimatet er basert på 18 randomiserte studier med til sammen 1584 deltakere. Vi har middels tillit til resultatet (Tabell 1).

Behov for heldøgnsomsorg og pårørendes omsorgsbyrde

Woods 2023 rapporterte ikke effekt av kognitiv stimulering for utfallene behov for heldøgnsomsorg eller pårørendes omsorgsbyrde. Vi vet derfor ikke hvordan kognitiv stimulering på virker disse utfallene.

Oppsummert:

Kognitiv stimulering sammenlignet med ingen kognitiv stimulering gir

- Liten eller ingen endring i selvrapporterte depresjonssymptomer
- Liten eller ingen bedring i daglig funksjon

Kognitiv stimulering sammenlignet med ingen kognitiv stimulering gir trolig

- En liten bedring i generell kognisjon
- Liten eller ingen endring i APSD
- Liten bedring i selvrapportert livskvalitet

Vi vet ikke hvordan kognitiv stimulering påvirker utfallene heldøgnsomsorg og pårørendes omsorgsbyrde.

Tabell 1. Kognitiv stimulering sammenlignet med ingen kognitiv stimulering for personer med demens

Populasjon: Personer med demens
Setting: Hjemme eller på institusjon
Tiltak: Kognitiv stimulering
Sammenligning: Ingen kognitiv stimulering

Utfall	Forventede absolutte effekter (95 % KI)		Relativ effekt (95 % KI)	Antall deltakere (# studier)	Tillit til effekt-estimatet (GRADE)
	Kontroll-gruppe	Kognitiv stimulering			
Generell kognisjon Målt ved tiltaksslutt, tiltakene varte fra 4 uker til 2 år Målt med ADAS-Cog, MMSE, Global Cognitive Score, Mattis Dementia Rating Scale, MOCA, ACE-III, CAM-COG DS og ENB2 <i>Høyere skår betyr bedre kognisjon</i>	-	SMD 0,4 SD høyere (0,25 høyere til 0,55 høyere)	-	2340 (34 RCTer)	⊕⊕⊕⊕ ○ MIDDELS ^a
Depresjonssymptomer Målt ved tiltaksslutt, tiltakene varte fra 4 uker til 2 år Målt med GDS (14, 15 og 30 versjoner), HADS Depression Scale, CESD-R og CSD <i>Høyere skår betyr reduksjon i depresjons-symptomer</i>	-	SMD 0,11 SD høyere (0,08 lavere til 0,31 høyere)	-	787 (10 RCTer)	⊕⊕⊕⊕ HØY
APSD Målt ved tiltaksslutt, tiltakene varte fra 7 uker til 1 år Målt med NPI, NPI Agitation Subscale, NOSGER-Challenging Behaviour subscale, BEHAVE-AD, Dementia Behaviour Disturbance Scale <i>Høyere skår betyr reduksjon i APSD</i>	-	SMD 0,18 høyere (0,01 lavere til 0,38 høyere)	-	1340 (12 RCT)	⊕⊕⊕⊕ ○ MIDDELS ^b
Daglig funksjon Målt ved tiltaksslutt, tiltakene varte fra 7 uker til 1 år Målt med Lawton Brody IADL scale, Disability Assessment for Dementia, NOSGER IADL subscale, Bristol Activities of Daily Living Scale, ADCS-ADL scale og Rapid Disability Rating Scale <i>Høyere skår betyr bedre daglig funksjon</i>	-	SMD 0,15 høyere (0,04 høyere til 0,26 høyere)	-	1318 (13 RCTer)	⊕⊕⊕⊕ HØY
Livskvalitet Målt ved tiltaksslutt, tiltakene varte fra 7 uker til 48 uker Målt med QoL-AD (17 studier) og EQ-5D (1 studie) <i>Høyere skår betyr bedre livskvalitet</i>	-	SMD 0,25 SD høyere (0,07 høyere til 0,42 høyere)	-	1584 (18 RCTer)	⊕⊕⊕⊕ ○ MIDDELS ^a
Behov for heldøgnsomsorg	Dette utfallet var ikke rapportert				
Pårørendes omsorgsbyrde	Dette utfallet var ikke rapportert				

a. Nedgradert ett nivå for moderat inkonsistens (heterogenitet).

b. Nedgradert ett nivå for stor inkonsistens (heterogenitet).

ACE-III: Addenbrooke's cognitive examination, ADCS-ADL: Alzheimer's Dementia Cooperative Study - Activities of Daily Living Inventory, ADL: Activities of Daily Living; ADAS-Cog, Alzheimer's Disease Assessment Scale - Cognitive Subscale, Behave-AD: Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale, CAM-COG: Cambridge Cognition Examination, CESD-R: Center for Epidemiologic Studies Depression Scale-Revised, CSDD: Cornell Scale for Depression in Dementia, ENB2: Esame Neuropsicologico Breve 2, EQ-5D(-3L): EuroQol 5 dimension scale (-3 level), GDS: Geriatric Depression Scale, HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale, IADL: Instrumental Activities of Daily Living, MADRS: Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, MD: Mean Difference, MMSE: Mini-Mental State Examination, MOCA: Montreal cognitive assessment, MODA: Milan Overall Dementia Assessment, MOSES: Multi-dimensional Observation Scales for Elderly Subjects,

Effekt i undergrupper (subgruppeanalyse)

Woods 2023 undersøkte også effekten av kognitiv stimulering i undergrupper. Effekten av kognitiv stimulering så ut til å være større for personer med mild demens enn for personer med moderat demens, og effekten så ut til å være større dersom tiltaket ble gitt hyppig (to eller flere ganger i uken ga større effekt enn en gang i uken). Woods 2023 fant ikke forskjellig effekt avhengig av om tiltaket ble gjennomført i grupper eller individuelt, i hjemmet eller på institusjon. Det totale antallet behandlinger så heller ikke ut til å påvirke effekten av kognitiv stimulering.

Referanser:

1. Vist GE, Gaustad JV, Hval G, Underland V. Effekt av psykososiale tiltak for personer med demens: oversikt over systematiske oversikter. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2022/effekt-av-psykososiale-tiltak-for-personer-med-demens-rapport-2022.pdf>
2. Wang Y-Y, Yang L, Zhang J, Zeng X-T, Wang Y, Jin Y-H. The effect of cognitive intervention on cognitive function in older adults with Alzheimer's disease: A systematic review and meta-analysis. *Neuropsychology Review* 2022;32(2):247-73.
3. [Woods B, Rai HK, Elliott E, Aguirre E, Orrell M, Spector A. Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2023, Issue 1. Art. No.: CD005562.](#)
4. GRADEpro Guideline Development Tool [Software]: McMaster University and Evidence Prime Inc [lest februar 2023]. Tilgjengelig fra: www.gradepro.org

Vedlegg:

AMSTAR 2 checklist, critical questions				
Woods B, Rai HK, Elliott E, Aguirre E, Orrell M, Spector A. Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2023, Issue 1. Art. No.: CD005562.				
1. Did the research questions and inclusion criteria for the review include the components of PICO?				
For Yes		Optional (recommended)		
x	Population	x	Timeframe for follow up	x Yes
x	Intervention			No
x	Comparator group			
x	Outcome			
2. Did the report of the review contain an explicit statement that the review methods were established prior to the conduct of the review and did the report justify any significant deviations from the protocol?				
For Partial Yes: The authors state that they had a written protocol or guide that included ALL the following:		For Yes: As for partial yes, plus the protocol should be registered and should also have specified:		
x	review question(s)	x	a meta-analysis/ synthesis plan, if appropriate, and	x Yes
x	a search strategy	x	a plan for investigating causes of heterogeneity	Partial Yes
x	inclusion/exclusion criteria	x	justification for any deviations from the protocol	No
x	a risk of bias assessment			
3. Did the review authors explain their selection of the study designs for inclusion in the review?				
For Yes, the review should satisfy ONE of the following:				x Yes
x	Explanation for including only RCTs			No
	OR Explanation for including only NRSI			
	OR Explanation for including both RCTs and NRSI			
4. Did the review authors use a comprehensive literature search strategy?				
For Partial Yes (all the following):		For Yes, should also have (all the following):		x Yes
x	searched at least 2 databases (relevant to research question)	x	searched the reference lists / bibliographies of included studies	Partial Yes
x	provided key word and/or search strategy	x	searched trial/study registries	No
x	justified publication restrictions (e.g. language)	x	included/consulted content experts in the field	
		x	where relevant, searched for grey literature	
		x	conducted search within 24 months of completion of the review	
5. Did the review authors perform study selection in duplicate?				
For Yes, either ONE of the following:				
x	at least two reviewers independently agreed on selection of eligible studies and achieved consensus on which studies to include			x Yes

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

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

For Yes			
x	The authors reported no competing interests OR	x	Yes
	The authors described their funding sources and how they managed potential conflicts of interest		No
Your overall assessment of the risk of bias of this systematic review			
Overall, only one non-critical weakness and thus low risk of bias. The quality is deemed High .			

- **High:** *No or one non-critical weakness:* the systematic review provides an accurate and comprehensive summary of the results of the available studies that address the question of interest
- **Moderate:** *More than one non-critical weakness*:* the systematic review has more than one weakness but no critical flaws. It may provide an accurate summary of the results of the available studies that were included in the review
- **Low:** *One critical flaw with or without non-critical weaknesses:* the review has a critical flaw and may not provide an accurate and comprehensive summary of the available studies that address the question of interest
- **Critically low;** *More than one critical flaw with or without non-critical weaknesses:* the review has more than one critical flaw and should not be relied on to provide an accurate and comprehensive summary of the available studies

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