

Kokeellisten tai kvasikokeellisten tutkimusten järjestelmälliset katsaukset

Sukunimi ^{lähde} , vuosi	Tutkimus- asetelma ja menetelmä	Näytön vahvuus ^a	Toiminta- ympäristö	Potilasryhmä (P)	Interventio (I)	Vertailu (C)	Lopputulospu- uttajat (O)	Tulokset*
Anderiesen ym. 2014	Järjestelmälli- nen katsaus, narratiivinen	1b	Erilaiset hoiva- ympäristöt	Muistisairautta sairastavat (lievä- keskivaikea muistisairaus / vaikeusaste ei tiedossa)	1. Musiikki - Elävän ja nauhoitetun taustamusiikin soittaminen 2. Ympäristön muutokset - Ympäristön yksilölliset muutokset (esim. kuvalliset ohjeet, värien ja kontrastien hyödyntäminen, esineiden nimikointi, häiriötekijöiden ja esteiden poistaminen) - Kodikkuus: mm. keittiön yhdistäminen ruokailutilaan, muistisairaiden omien huoneiden sisustaminen tutuilla tavaroilla ja läheisten valokuvilla, vapaan ulos pääsyn mahdollistaminen -pienet ryhmäkoot (6–12 henkilöä / ryhmä) - avoin pohja yhteisissä tiloissa	Ei tiedossa	1. Aktiivisuuden havainnointi 2. Aktiivisuuden havainnointi, haastattelu, Functional independence measure, functional assessment measure	1. Musiikin hyödyntäminen lisäsi muistisairaiden osallistumista mielekkäisiin aktiviteetteihin. Yhdessä tutkimuksessa osallistumisaktiivisuus lisääntyi tilastollisesti merkitsevästi soitettaessa elävää musiikkia (muutos 12,5 % -> 69 %). Muutos nauhoitettua musiikkia soitettaessa ei ollut tilastollisesti merkitsevä (muutos 12,5 % -> 25 %). (3 tutkimusta; pseudo-RCT, kvasikokeellinen ja tapaussarja, n = 67, laatu kohtalainen–heikko) Musiikin soittaminen ja laulaminen myös tuki vuorovaikutusta muistisairaahan ja omaisen välillä aamutoimien aikana (kvasikokeellinen tutkimus, laatu kohtalainen). 2. Muistisairaahan asumisympäristön yksilölliset muokkaukset, joilla pyritään tukemaan muistisairaahan kykyä suoriutua päivittäistoiminnoista, tuki yhdessä sanallisten ohjeiden kanssa muistisairautta sairastavien päivittäisistä toiminnoista suoriutumista (mm. itsenäinen suunhoidon suorittaminen, ajanhallinta)

								<p>(2 tapaussarjatutkimusta, n = 11, laatu heikko).</p> <p>Kodikas ympäristö tuki muistisairaahan omatoimista aktiivisuutta. Omaiset myös kokivat sen tukevan muistisairaahan liikkumisen vapautta. (2 tutkimusta, joista toinen kvasikokeellinen, n = 36, toisen n-määrä ei tiedossa, laatu heikko-kohtalainen)</p> <p>Pienryhmämuotoinen asuminen, jossa asukkailla on yhteiset oleskelutilat, tuki osin muistisairautta sairastavien itsenäistä toimintaa ja aktiivisuutta. Tulokset kuitenkin ristiriitaiset. (2 kvasikokeellista tutkimusta ja 2 pseudo-RCT, n = 1684, laatu hyvä-heikko).</p> <p>Avoimet pohjaratkaisut (yhteiset tilat) lisäsi muistisairaiden aktiivisuutta ja tuki päivittäisistä toiminnoista suoriutumista (2 kvasikokeellista tutkimusta, n = 93 + toisen n-määrä ei tiedossa, laatu kohtalainen-heikko)</p>
Bauer ym. 2018	Järjestelmällinen katsaus, narratiivinen	1a	Hoitokodit	Koko katsauksen osalta 75 % osallistujista oli diagnosoitu muistisairaus, keski-ikä oli 80 vuotta. Tutkittavien määrä ADL osalta n = 270	Katsauksessa tarkastellut interventiot koostuivat erilaisista hoitohenkilökunnan koulutusinterventioista; Hoitohenkilökunnan koulutusta muistisairauksista ja sairauteen liittyvästä käyttäytymisen	Kontrolliryhmä ilman interventiot a/tavanomainen hoito	London Psychogeriatric Rating Scale, Katz indeksi	<p>Hoitohenkilökunnan kouluttamisella oli positiivista vaikutusta muistisairaiden omatoimisuuteen siirtymisissä (p < 0,01), pukeutumisessa (p < 0,05) ja wc-käynneissä (p < 0,05) sekä muistisairaiden pidätyskykyyn (p < 0,01) Katz indeksillä mitattuna neljän viikko intervention jälkeen alkutilanteeseen verrattuna. Positiiviset muutokset pysyivät myös kolmen kuukauden seurannassa pukeutumista lukuun</p>

					muutoksesta sekä niiden lääkkeettömistä hoitomuodoista sekä näihin liittyvää harjoittelua (viikoittainen koulutus, 4 tuntia kerta kuukauden ajan); hoitohenkilökunnan koulutusta (sisältäen myös roolipelejä ja pelejä) muistisairauden vaikutuksista sosiaaliseen kanssakäymiseen ja omahoitoon sekä niiden arviointiin ja menetelmiin, joilla tukea muistisairaahan toimintakykyä (kesto 20–30 min kerta, yhteensä viisi kertaa)			ottamatta. Vastaavia muutoksia ei havaittu kontrolliryhmässä. Toisella koulutusinterventiolla oli positiivinen vaikutus muistisairaiden suoriutumiseen aamutoimissa LPRS-mittarilla mitattuna ($F = 3,84$; $df 2,37$; $p = 0,03$) kontrolliryhmään verrattuna. Muutokset säilyivät myös 6 kk seurannassa. (n = 2 RCT-tutkimusta)
Folkerts ym. 2017	Järjestelmällinen katsaus, meta-analyysi	1c	Pitkäaikaishoito	Kaikkien katsauksessa mukana olevien keski-ikä oli 80 vuotta, ja ikä vaihteli 69,8 ja 87,8 vuoden välillä.	Kognitiiviset harjoitteet, kognitiivinen stimulaatio, usean intervention yhdistelmä (=multimodaalinen interventio)	n = 3 passiivinen kontrolliryhmä n = 2 aktiivinen kontrolliryhmä	DLAOF, Katz ADL, MDS. Stewart's ADL, Barthel, PSBADL, E-ADL	1. Verrattaessa passiiviseen kontrolliin, - kognitiivisilla interventioilla (ryhmämuotoinen muistelulla, kognitiivisella stimulaatiolla) ja yhdistelmäinterventioilla (liikunta + kognitiivinen interventio) kokonaisuutena havaittiin kohtalainen positiivinen vaikutus muistisairaahan päivittäistoiminnoista suoriutumiseen, mutta tulos ei ollut tilastollisesti merkitsevä (SMD 0,28;

								<p>95% CI -0,02–0,58, p-arvo 0,06; n = 3 tutkimusta).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erikseen tarkasteltuina kognitiivisilla harjoitteilla ei ollut tilastollisesti merkitsevää vaikutusta muistisairaahan päivittäistoiminnoista suoriutumiseen (SMD 0,11; 95 % CI -0,51–0,74; p-arvo 0,72; 1 RCT, n = 40). - Multimodaalisella interventiolla (kognitiiviset menetelmät + motorinen stimulaatio ja päivittäistoimintojen harjoittelu) todettiin pieni positiivinen tilastollisesti merkitsevä vaikutus muistisairaahan päivittäistoiminnoista suoriutumiseen (SMD = 0,41; 95 % CI 0,05–0,77; p-arvo 0,02; 1 RCT, n = 122). - Kognitiivisella stimulaatiolla ei todettu vaikutusta (SMD -0,40; 95 % CI -1,49–0,69; p-arvo 0,47; 1 RCT, n = 15). <p>2. Verrattaessa aktiiviseen kontrolliin,</p> <ul style="list-style-type: none"> - kognitiivisilla interventioilla kokonaisuutena ei todettu vaikutusta muistisairaahan päivittäistoiminnoista suoriutumiseen (SMD -0,02; 95 % CI -0,73–0,69; p-arvo 0,96; n = 2 tutkimusta). - Myöskään kognitiivisilla harjoitteilla (SMD 0,19; 95 % CI -0,89–1,26; p-arvo 0,73; 1 RCT, n = 15) eikä kognitiivisella stimulaatiolla (SMD -0,18; 95 % CI -1,13–0,77; p-arvo 0,71; 1 RCT, n = 18) erikseen ei
--	--	--	--	--	--	--	--	---

								todettu tilastollisesti merkitsevää vaikutusta.
García-Casal ym. 2017	Järjestelmällinen katsaus, meta-analyysi	1a		Muistisairautta tai lievää kognitiivista heikentymää sairastavat (kontrolliryhmässä osin mukana myös terveitä), n = 367	Tietokonepohjaisia (myös kosketusnäytöllä) kognition harjoitteita, kuntoutusta ja stimulaatiota, kaiken kaikkiaan interventiot vaihtelivat keskimäärin 10–72 session välillä, 1–4 kertaan viikossa.	Yhdessä tutkimussa aktiivinen kontrolliryhmä ja toisessa sekä aktiivinen että passiivinen kontrolliryhmä	B-ADLS, AADL, RDRS, Barthel	Kognitiivisilla tietokonepohjaisilla harjoitteilla ei ollut tilastollisesti merkitsevää vaikutusta muistisairaahan päivittäistoiminnoista suoriutumiseen (SMD 0,26; 95 % CI 0,59–0,06; p-arvo 0,11; 2 RCT-tutkimusta, n = 367).
Garrido-Pedrosa ym. 2017	Järjestelmällinen katsaus, narratiivinen	1a	Hoitoyhteisöt	Yli 65-vuotiaat, joilla diagnosoitu lievä tai keskivaikea muistisairaus, n = 1259	1. Kognitiivinen stimulaatio interventiot sisälsivät työmuistiin liittyviä ja suorittavaan toimintaan liittyviä harjoitteita sekä ryhmämuotoisia tapaamisia, jossa jokaisessa tapaamisessa oli oma teema tai aktiviteetti. Kokonaiskestot 24 viikko–6 kk, 1 x vko, 45 min. 2. Ryhmässä toteutettu muistisairaahan ja omaisen kanssa yhdessä muistelu. Kokonaiskesto 12 vko, 2 h x vko. tai muistelu	Tavanomainen hoito sekä mm. ei-spesifiä kognitiivista hoitoa, strukturoidun keskustelu ja terveysaiheinen video, neuvonta	(Activities of Daily Living Scale (ADLS), the Erlangen Test of ADL (E-ADL test), the Instrumental ADL Scale (IADL), the Multidimensional Observation Scale for Elderly Subjects (MOSES), specifically the Self-Care Scale, the Bristol ADL Scale and the Alzheimer's Disease Cooperative Study-ADL (ADCS-ADL).	1. Kognitiivisilla stimulaatioilla (CS) oli positiivisia vaikutuksia muistisairaahan päivittäisistä toiminnoista selviytymisen ylläpitämiseen (2 RCT-tutkimusta, n = 278 lievää-keskivaikeaa muistisairautta sairastavaa) 2. Muistelulla ei ollut vaikutuksia muistisairaahan (päivittäisistä toiminnoista selviytymiseen (1 RCT, n = 487 lievää-keskivaikeaa muistisairautta sairastavaa), mutta muistelu yhdistettynä konkreettisiin päivittäistoimintoihin ja aktiiviseen työskentelyyn yhdessä muistisairaahan kanssa oli positiivinen vaikutus päivittäisten toimintojen ylläpitämiseen (1 RCT, n = 54 muistisairautta sairastavaa) tavanomaista hoitoa saavaan kontrolliryhmään verrattuna.

					<p>yhdistettynä aktiiviseen yhdessä tekemiseen. Kokonaiskesto 12 vko, 1h x 2 kertaa viikossa</p> <p>3. Kognitiiviset harjoitteet sisälsivät kynällä ja paperilla tehtäviä harjoitteita muistamiseen, keskittymiseen ja tunteiden tunnistamiseen liittyen.</p> <p>Kognitiiviset harjoitteet 5 vko–1 vuosi 1–5 x vko, 1–2 tuntia. Kertojen määrä vaihteli 6–100.</p> <p>4. Yhdistelmä-interventio: sisälsivät aikaan ja paikkaan liittyvää orientaatiota, jossa käytettiin apuna kalentereita ja päiväkirjaa, harjoitteita tehdä ostoksia, tehdä ostoslista, maksaa laskuja sekä ulkoisilla vierailuilla, kuten elokuvissa tai museossa vierailu. mm. päivittäistoimintojen harjoittelua, liikuntaa ja kognitiivisia</p>		<p>3. Kahden RCT-tutkimuksen tulosten mukaan, kognitiivisilla harjoittelulla ei ollut vaikutuksia muistisairaahan päivittäistoiminnoista suoriutumiseen (n = 90 muistisairautta/todennäköistä muistisairautta sairastavaa) ja yhden RCT-tutkimuksen mukaan vaikutus oli positiivinen (n = 32 lievää-keskivaikeaa muistisairautta sairastavaa).</p> <p>4. Yhdistelmäinterventioilla oli positiivisia vaikutuksia muistisairaahan päivittäistoiminnoista suoriutumisen ylläpitämiseen ja parantamiseen (4 RCT-tutkimusta, n = 317 lievää/todennäköistä/ muistisairautta sairastavaa)</p>
--	--	--	--	--	--	--	--

					harjoitteita, muistelua. Interventioiden kesto vaihteli kokonaisuudessaan 5 vk–12 kk. Kerrallaan interventiot kestivät 45–120 min ja niitä järjestettiin 1–6 kertaan viikossa.			
Ginis ym. 2017	Katsausten katsaus, jonka pohjalta laadittu asiantuntija-lausunto	1b	Ei tietoa	Muistisairautta sairastavat	Fyysinen aktiivisuus (mm. kävelyä tai muita aerobisia harjoitteita, tasapainoharjoitteita tai muita monimuotoisia liikuntaharjoitteita tai fyysistä aktiivisuutta)	Ei tietoa	Ei tietoa käytetyistä ADL-mittareista	Neljä laadukasta meta-analyysiä raportoi fyysisen aktiivisuuden keskinkertaisesta merkittävään vaikutuksesta muistisairaahan päivittäisistä toiminnoista suoriutumisessa. Myös muiden katsausten (n = 3) tulokset osoittivat monipuolisen fyysisen aktiivisuuden joko parantavan muistisairaahan päivittäistoiminnoista suoriutumista tai hidastavan sen heikkenemistä. Asiantuntijaryhmä lausui tutkimusnäytön perusteella, että säännöllinen fyysinen aktiivisuus voi parantaa muistisairautta sairastavan henkilön päivittäisistä toiminnoista suoriutumista.
Heikkinen ym. 2019	Järjestelmällinen katsaus, narratiivinen	1a	Kotiympäristö	Muistisairautta sairastavat 71–74-vuotiaat, MMSE keskimäärin 20,6–22 (lievä muistisairaus)	Liikuntainterventiot (polkupyöräergometria 3 x vko, 30 min kerta, 3 kk; voima-, tasapaino- ja kävelyharjoitukset 7 x vko, 30 min kerta, 4 kk)	Ei tietoa	ADS ADL, ADL, IADL, Bathelin indeksi	Liikuntainterventiot tukivat muistisairaiden päivittäistoiminnoista suoriutumista (2 RCT-tutkimusta, joissa varmuudella ADL-mittari). Toisessa tutkimuksessa kontrolliryhmän päivittäistoiminnoista suoriutuminen heikkeni 3 kk:n seurannassa interventioryhmään verrattuna, joilla tulos pysyi ennallaan (95 % CI T2 5,01–10,51).

								Toisessa tutkimuksessa tutkittavien päivittäisistä perustoiminnoista suoriutuminen (ADL) ($p = 0,047$) ja kyky hoitaa päivittäisiä asioita (IADL) ($p = 0,007$) paranivat 4 kk:n seurannassa.
Hill ym. 2017	Järjestelmällinen katsaus, meta-analyysi	1a		lääkkää lievää kognitiivista heikentymää tai muistisairautta sairastavat; Katsauksessa mukana 17 tutkimusta, mutta ei eritelty, mitkä näistä koskivat IADL-muuttujaa. Yhteensä osallistujia oli 686, keski-ikä 67–81 ja näistä naisia 51,88 %. Dementia diagnoosi 389:lla.	Tietokonepohjaisia kognition harjoitteita, kuntoutusta ja stimulaatiota. Interventiot vaihtelivat keskimäärin 10–72 session välillä, 1–4 kertaan viikossa.	70 %:sta aktiivinen kontrolliryhmä	IADL	Kognitiivisilla tietokonepohjaisilla harjoitteilla ei ollut tilastollisesti merkitsevää vaikutusta lievää kognitiivista heikentymää sairastavien kykyyn hoitaa asioita (IADL) ($g = 0,21$, 95 % CI = -0,18–0,61; 6 tutkimusta).
Hu ym. 2018	Järjestelmällinen katsaus, meta-analyysi	1b	Kotihoito, hoitokoti, päivähoitokeskus	Muistisairautta sairastavat, $n = 105$, lievä tai keskivaikea muistisairaus	Eläinavusteiset interventiot (koira-avusteinen interventio, koira- tai kissaterapia). Interventiot pitivät sisällään aktiviteetteja eläinten kanssa, joilla pyrittiin stimuloimaan muistisairaahan kognitiivista toimintakykyä, kommunikaatiota ja manuaalisia taitoja. Aktiviteetit pitivät	Tavanomainen hoito, muisteluterapia	Barthelin indeksi, Nishimura's Activities of Daily Living	Eläinavusteisella interventiolla ei ollut tilastollisesti merkitsevää vaikutusta muistisairaiden päivittäistoiminnoista suoriutumiseen kontrolliin verrattuna (SMD = 0,26; 95 % CI -0,18–0,71; $p = 0,24$; "fixed-effects model" ja SMD = 0,24; 95 % CI -0,31–0,79; $p = 0,39$; "random-effects model"). Tulokset olivat melko homogeeniset ($p = 0,22$; $I^2 = 34$ %). (mukana 3 tutkimusta, joista 2 RCT-tutkimusta ja 1 kvasikokeellinen tutkimus)

					sisällään mm. eläimiin liittyvää muistelua, muistisairaiden toteuttamaa eläinten kouluttamista, koiralajien ja eläimen kehonkielen tunnistamista sekä koiran hoitotoimenpiteitä, joilla pyrittiin aktivoimaan muistisairasta päivittäistoimintoihin. Harjoitteita toteutettiin keskimäärin 2 x viikossa tai joka toinen viikko, 3–8kk ajan, 60–90 min kerrallaan.			
Karssemeijer ym. 2017	Järjestelmällinen katsaus, meta-analyysi	1a	Ei tietoa	Lievää kognitiivista heikentymää tai muistisairautta sairastavat, n = 302	Interventiot sisälsivät erilaisia kognitiivisia harjoitteita tietokoneella ja muutoin toteutettuna sekä liikuntaharjoitteita, kuten kuntopyöräilyä, keilausta ja fysioterapiaa. Osassa tutkimuksista mukana oli lisäksi musiikkia, luovia harjoitteita ja puutarhanhoitoa. Interventoiden kesto vaihteli 8–52	Tavanomainen hoito, näennäiset liikuntaharjoitteet tai kognitiiviset harjoitteet	ADCS ADL, DAD-ADL, Erlangen ADL, Bayer ADL	Kognitiivisten harjoitteiden ja liikuntaharjoitteiden yhdistelmällä todettiin kohtalainen–suuri positiivinen vaikutus muistisairaahan päivittäistoiminnoista suoriutumiseen kontrolliin verrattuna (SMD = 0,65; 95 % CI 0,09–1,21; p < 0,01; n = 4 RCT). Tuloksissa havaittiin heterogeenisuutta. Kahden tutkimuksen poistamisen jälkeen heterogeenisuus poistui, mutta tulos pysyi samansuuntaisena.

					viikkoon. Interventiot toteutettiin osin yksilönä ja osin ryhmässä.			
Laver ym. 2016	Katsausten katsaus, meta-analyysi	1a	Ei tietoa 2. Kotiympäristöössään asuvat	<p>Muistisairautta sairastavat yli 65-vuotiaat</p> <p>2. Pareille toteutettu interventio (dyadic interventio): mukana 8 tutkimusta, joissa 988 osallistujaa. Lievä tai keskivaikea muistisairaus</p> <p>6. Kognitiiviset menetelmät 6.1 Kognitiivinen stimulaatio: 4 tutkimusta 260 osallistujaa, 6.2 kognitiivinen harjoittelu 4 tutkimusta, joissa 107 osallistujaa. Enintään keskivaikea diagnosoitu muistisairaus</p>	<p>1. Liikuntaharjoitteet</p> <p>2. Psykososiaalisten menetelmien lisäksi pareille mielekästä toimintaa, päivittäisiä toimintoja ja ympäristön muokkaamista, joiden tavoitteena oli maksimoida elämänlaatua</p> <p>3. Validaatioterapia, joka on henkilön uskomusten ja kokemusten vahvistamista.</p> <p>4. Psykologiset menetelmät liittyen muistisairautta sairastavan masentuneisuuden ja ahdistuneisuuden vähentämiseen</p> <p>5. Musiikkiterapeutin toteuttama musiikkiterapia</p> <p>6. 6.1.Kognitiivinen stimulaatio kohdistettuna kognitiiviseen ja</p>	<p>1.Tavanomainen hoito / sosiaalinen kanssakäyminen</p> <p>2. Ei määritelty</p> <p>3. Tavanomainen hoito tai sosiaalisen ryhmän tuki</p> <p>4.Tavanomainen hoito</p> <p>5.Ei mainintaa</p> <p>6. Ei hoitoa tai tavanomainen hoito (Woods 2011, Bahar 2012)</p>	<p>1. Barthelin indeksi, Katz ADL indeksi, Changes in Advanced Dementia Scale</p> <p>2. Barthelin indeksi</p> <p>3. MOSES</p> <p>4. ADSC-ADL, Bristol Activities of Daily Living</p> <p>5. Barthelin indeksi</p> <p>6. Barthelin indeksi, IADL, Steward ADL Scale (Woods), BADL, IADL, Physical Self Mintanance Scale, Bayer ADL mittari (Bahar ym.)</p> <p>7. Nurse- Informant Activities of Daily Living Measure</p>	<p>1. Liikunta hidastaa tilastollisesti merkitsevästi muistisairautta sairastavan päivittäisistä toiminnoista suoriutumisen heikkenemistä kontrolliin verrattuna (SMD 0,68; 95 % 0,08–1,27), yht. 6 RCT-tutkimusta (n = 289), näytön aste matala (GRADE). Vaikuttaviksi todetut liikuntainterventiot toteutettiin 2–5 kertaa viikossa ja vähintään 7 viikon ajan. Positiiviset tulokset edellyttivät säännöllistä osallistumista harjoitteisiin.</p> <p>2. Pareille toteutetuilla interventiolla oli tilastollisesti merkitsevä vaikutus muistisairautta sairastavien päivittäisistä toiminnoista selviytymiseen (SMD 0,37; 95 % CI 0,05–0,69). Yhteensä 8 tutkimusta, joissa oli 988 osallistujaa. Näytönaste matala (GRADE).</p> <p>3. Validaatioterapialla ei ollut vaikutusta muistisairaiden päivittäistoiminnoista suoriutumiseen tavanomaiseen hoitoon verrattuna (-0,02 vs. 1,07; p = 0,46) eikä sosiaalisen kontaktiin verrattuna (2,22 vs. 1,34; p = 0,68) vuoden seurannassa. Mukana 1 RCT-tutkimus, jossa 88 osallistujaa. Näytön aste matala (GRADE).</p>

					<p>sosiaaliseen toimintaan (Woods 2011), 6.2.kognitiivinen harjoittelu ja kuntoutus</p> <p>7. Valoterapiassa valaistus säädettiin ± 1000 luksiin aamu yhdeksästä iltakuuteen.</p>	<p>7. Kontrolliryhmien valaistus pidettiin ± 400 luksissa tai sitä heikompana.</p>	<p>4. Psykologisilla menetelmillä ei tilastollisesti merkitsevää vaikutusta muistisairaiden päivittäistoiminnoista suoriutumiseen tavanomaiseen hoitoon tai psykososiaaliseen terapiaan verrattuna (SMD -0,13; 95 % CI -0,35–0,09; p = 0,25), yht. 2 RCT-tutkimusta, n = 313, näytön aste matala (GRADE).</p> <p>5. Musiikkiterapialla oli positiivinen, mutta ei tilastollisesti merkitsevä vaikutus muistisairaiden päivittäistoiminnoista suoriutumiseen kontrolliryhmään verrattuna SMD 0,05, 95 % CI -0,23–0,34; p = 0,93). Yhteensä 6 RCT-tutkimusta, n = 195, näytön aste matala (GRADE).</p> <p>6. Kognitiiviset menetelmät: 6.1 Kognitiivisella stimulaatiolla ei ollut tilastollisesti merkitsevää vaikutusta muistisairautta sairastavien päivittäisistä toiminnoista suoriutumiseen verrattuna kontrolliryhmään (SMD 0,21; 95 % CI -0,05–0,47). Yhteensä 4 tutkimusta, joissa 260 osallistujaa. (Woods ym. 2011.) Näytönaste matala. 6.2 Kognitiivisella harjoittelulla ei ollut tilastollisesti merkitsevää vaikutusta muistisairautta sairastavien päivittäisistä toiminnoista suoriutumiseen verrattuna kontrolliryhmään (SMD 0, 95 % CI -0,38–0,38). Yhteensä 4 tutkimusta,</p>
--	--	--	--	--	--	---	---

								joissa 107 osallistujaa (Bahar, Fuchs 2012). Näytönaste matala (GRADE). 7. Valoterapian todettiin kuuden viikon mittauspisteessä hidastavan muistisairaahan päivittäistoiminnoista suoriutumisen heikentymistä (MD -5,00; 95 % CI -9,87–0,13; P = 0,04; n = 87). Vuoden kohdalla ei todettu tilastollisesti merkitsevää vaikutusta (MD -5,00; 95 % CI -11,16 to 1,16; P = 0,11; n = 55), mutta kahden vuoden mittauspisteessä vaikutus oli taas merkitsevä (MD -16,00; 95 % CI -26,21 to -5,79, P = 0,002, n = 26). Mukana 1 RCT-tutkimus, jossa alkujaan 94 tutkittavaa, näytön aste matala (GRADE).
Lam ym. 2018	Järjestelmällinen katsaus, meta-analyysi	1a	Hoivakoti ja kotiympäristö	Kognitiivista heikentymää ja muistisairautta sairastavat, meta-analyyseissä mukana, n = 237	Liikuntainterventio, kestot vaihtelivat 20–150 minuuttista ja ne toistuivat vähintään kaksi kertaa viikossa 12 viikon–15 kuukauden ajan. Vaikuttavat interventiot vaihtelivat aerobisista harjoitteista monimuotoisiin ja päivittäisistä toiminnoista selviytymistä tukeviin harjoitteisiin.	Ei tietoa	Barthelin indeksi	Kaikista tutkimuksista (n = 22) yhteensä 16 havaittiin merkitseviä tuloksia ADL-muuttujissa. Meta-analyyseissä tulosten mukaan liikuntaharjoitteet paransivat päivittäisistä perustoiminnoista suoriutumista tilastollisesti merkitsevästi keskimäärin 10 pisteen verran Barthelin asteikolla (95 % CI 3–16, n = 4 tutkimusta). Tulokset olivat heterogeeniset (I ² suurempi tai yhtä suuri kuin 72 %). Katsauksen tekijät arvioivat näytön asteen matalaksi.
Lewis ym. 2017	Järjestelmällinen katsaus, meta-analyysi	1a	Kotiympäristö	Henkilöt, joilla kognitiivista alentumaa ja osalla	Ohjattu liikuntaharjoittelua, joka oli kokonaiskestoltaan	Tavanomainen hoito tai	Ei tietoa	Yli 3 kk kokonaiskestoltaan kestävä liikuntaharjoittelu lisää kohtalaisesti, mutta tilastollisesti merkitsevästi

Muistisairaahan henkilön päivittäistoiminnoista suoriutumisen tukeminen – lääkkeettömät menetelmät -hoitosuositus
Liite 2: Suosituksen taustalla olevat tutkimukset

				muistisairaus ADL: n = 180 osallistujaa, n = 3 RCT- tutkimusta; IADL: n = 255 osallistujaa, n = 2 RCT- tutkimusta)	yli 3 kk sisältäen esim. 1) Istumaharjoitusta 30–40 minuuttia kerran viikossa 12 kk, 2) Yksilöllisesti suunniteltu monipuolinen harjoite 60 minuuttia 2 x viikossa, 12 kk, 3) Monipuolista liikuntaa, lihasvoimaa, tasapaino, kävely 30 min 7 kertaa viikossa 4 kk ajan.	sosiaaliset aktiviteetit		päivittäisissä perustoiminnoissa suoriutumista (ADL) (SMD 0,77; 95 % CI 0,17–1,37, n = 3 RCT- tutkimusta). Tulokset olivat jonkin verran heterogeeniset ($I^2 = 67\%$). Yhden heikkolaatuisimman ja pienimmällä otoksella tehdyn tutkimuksen poistamisen jälkeen heterogeenisyys poistui, tulos pysyi edelleen tilastollisesti merkitsevä. Pitkäkestoisella liikuntainterventiolla on hieman, mutta tilastollisesti merkitsevästi vaikutusta (verrattuna passiiviseen interventioon) muistisairaahan kykyyn hoitaa päivittäisiä asioita (IADL) (SMD 0,44; 95 % CI 0,03–0,86; $I^2 = 42\%$, n = 2 RCT-tutkimusta). Tulokset olivat jonkin verran heterogeeniset ($I^2 = 42\%$). Tuloksen kliininen merkittävyys on epäselvä. Katsauksen tekijät ovat arvioineet näytön asteen matalaksi.
Littbrand ym. 2011	Järjestelmälli- nen katsaus, narratiivinen, n = 4 RCT- tutkimusta	1a	Pitkäaikais- hoito	Muistisairautta sairastavat (yleisimmin Alzheimer), MMSE keskimäärin 6– 20, liikkumiskyky vaihteli itsenäisestä liikkumisesta avustettuun, keski-ikä 76–83, n-määrä 12–134 per tutkimus	Liikuntainterventiot ryhmissä tai pareina. Interventiot pitivät sisällään tasapainoharjoitteita , kävelyä, ylä- ja alaraajojen lihasvoimaa vahvistavia, koordinaatiokykyä tukevia ja liikkuvuutta lisääviä harjoitteita. Kesto vaihteli	Tavan- omainen hoito tai keskustelu tai videon katsominen	Katz ADL indeksi, Barthelin indeksi	Yksilöllisesti räätälöidyt liikuntaharjoitteet, jotka sisältävät kävelyä, tasapainoharjoitteita, alaraajojen lihasvoimaa vahvistavia harjoitteita ja liikkuvuutta tukevia harjoitteita, ja jotka toteutetaan ryhmämuotoisena kohtalaisella intensiteetillä 12 kuukauden ajan hidastaa päivittäisissä toiminnoissa suoriutumisen heikentymistä (näyttö osin puutteellista, laatu kohtalainen- heikko).

					2–5 x vko, 20–75 min kerta, yhteensä 7–16 kk.			
Olazarán ym. 2010	Järjestelmällinen katsaus ja meta-analyysi	1a	Hoito-kodeissa tai kotona		1. Kognitio stimulaatio yhdistettiin muistelun, liikunnan tai päivittäisistä toiminnoista selviytymisen harjoittelun kanssa. 90–210 min, 1–2 x vko, 10–52 vko. 2. Yksilöinterventiot 30 min, 3 x vko Ryhmämuotoinen 2,5 h, 5 x vko, kokonaiskesto 3 pvä–20 vko.		Ei mainintaa käytetyistä mittareista	1. Ryhmämuotoisella useista menetelmistä koostuvat interventiot (kognitio stimulaatio yhdistettiin muistelun, liikunnan tai päivittäistoimintojen harjoittelun kanssa) lisäsivät muistisairaahan päivittäistoiminnoista suoriutumista (effect size 0,369; 95 % CI 0,062–0,676; tulokset homogeeniset Q = 1,25 ja p = 0,535; 3 RCT-tutkimusta, n = 167). 2. Ohjatulla päivittäistoimintojen harjoittelulla oli positiivinen vaikutus muistisairaahan päivittäistoiminnoista suoriutumiseen verrattuna tavanomaiseen hoitoon (0,412; 95 % CI 0,003–0,821; tulokset homogeeniset Q = 1,33; ja p = 0,514; 3 RCT-tutkimusta, n = 95).
Oltra-Cucarella 2018	Järjestelmällinen katsaus, meta-analyysi	1a		Muistisairautta sairastavat 1. Lievää tai keskivaikeaa muistisairautta sairastavat, n = 9–22, ikäjakauma ka 76–80 vuotta 2. Lievää tai keskivaikeaa muistisairautta sairastavat, n = 5–62, ikäjakauma ka 73–83 vuotta	Kognitiiviset interventiot 1. Kognitiivinen kuntoutus, 8 kertaa 2. Kognitiiviset harjoitteet, 6–100 kertaa 3. Kognitiiviset stimulaatiot, 12–48 kertaa 4. Ei-kognitiiviset menetelmät, 6–60 kertaa		IADL, Batrhel, Lawton & Brody's IADL scale, Functional Living Skills Assessment), Bayer Scale for Activities of Daily Living; FLSA: Functional Living Skills Assessment; RDRS-2; Rapid Disability Rating Scale–Version 2; Mod-BI; Modified Barthel	1. Kahden RCT-tutkimusten tulosten mukaan kognitiivinen kuntoutus vaikuttaa (vähäisesti) muistisairaahan päivittäisistä toiminnoista suoriutumiseen verrattuna ei kognitiiviseen menetelmään. (d = 0,34; p = 0,001; 2 RCT-tutkimusta). 2. Kognitiivisilla harjoitteilla ei ollut vaikutusta tilastollisesti merkitsevästi muistisairaahan päivittäisistä toiminnoista suoriutumiseen (d = 0,003; p = 0,403; 16 RCT-tutkimusta) 3. Kognitiivisilla stimulaatiolla ei ollut tilastollisesti merkitsevää vaikutusta muistisairaahan päivittäisistä

				<p>3. Lievää muistisairautta sairastavia 7 tutkimuksessa ja 2 tutkimuksessa lievää ja keskivaikeaa muistisairautta sairastavia, n = 4–20, ikäjakauma ka 68–82 vuotta</p> <p>4. Lievää ja keskivaikeaa muistisairautta sairastavia, n = 6–38, ikäjakauma ka 70–79 vuotta</p>			<p>Index; HKLIADL; HongKong Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale; TFLS; Texas Functional Living Scale.</p>	<p>toiminnoista selviytymiseen (d = -0,12; p = 0,206; 9 RCT-tutkimusta)</p> <p>4) Ei-kognitiivisilla menetelmillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää vaikutusta muistisairaahan päivittäisistä toiminnoista selviytymiseen. Pieni negatiivinen muutos kuitenkin havaittiin. (d = -0,16; p = 0,074; 9 RCT-tutkimusta)</p>
Orgeta ym. 2014	Järjestelmällinen katsaus, meta-analyysi	1a	Koti-ympäristö	Muistisairautta sairastavat (lievä muistisairaus) n = 313	Psykologiset interventiot sisältäen puolistrukturoitua ohjausta ja tukea muistisairaalle ja läheiselle tai psykodynaamista terapiaa toteutettuna yksilö- tai ryhmäinterventiona	Tavanomainen hoito / neuvonta	Bristol Activities of Daily Living (BADLS) Alzheimer's Disease Cooperative Study Activities of Daily Living Scale (ADSC-ADL)	Psykologisilla interventioilla ei tilastollisesti merkitsevää vaikutusta päivittäisissä toiminnoissa suoriutumiseen (SMD -0,13; 95 % CI -0,35 to 0,09, p = 0,25, 2 RCT-tutkimusta). Alkuperäistutkimusten laatu hyvä, kohtalainen.
Pitkälä ym. 2013	Järjestelmällinen katsaus, narratiivinen	1a	Hoivayksiköt	Muistisairautta sairastavat (mm. Alzheimer), 76–83-vuotiaita, n = 150, MMSE-piste ka 8 ja 20 eri tutkimuksissa (vaikea–	Liikuntainterventiot (kävely, kestävyys, tasapaino), toteutettu ryhmämuotoisena 60–75 min, 2–3 x vko, 12 vko–12 kk ajan	Ei tietoa	Katz ADL indeksi, Barthelin indeksi	Korkealaatuisessa tutkimuksessa (Rolland ym. 2007, n = 134, MMSE 8) liikuntainterventioyryhmän päivittäisistä perustoiminnoista suoriutuminen heikentyi hitaammin kuin kontrolliryhmällä 12 kk intervention aikana (1 h x 2/vko).

				keskivaikea muistisairaus)				Kaatumisten, murtumien ja kuolemien osalta ei ollut eroa ryhmien välillä, mutta interventoryhmäläiset joutuivat sairaalaan kontrolliryhmää useammin. Toisessa (Santana-Sosa ym. 2008) tutkimuksessa muistisairaiden päivittäisistä perustoiminnoista suoriutuminen parani kontrolliryhmään verrattuna. (n = 2 RCT-tutkimusta, joissa varmuudella ADL-mittari)
Scott ym. 2019	Järjestelmällinen katsaus, narratiivinen	1a		Muistisairautta sairastavat, n = 934	Liikuntainterventiot pitivät sisällään osin kohtalaisen–korkean intensiteetin liikuntaharjoitteita sekä mm. kestävyys-, tasapaino- ja voimaharjoitteita ja Nintendo Wii™ Fit -videopelillä toteutettuja harjoitteita. Harjoitteet toteutettiin osin ryhmässä ja osin itsenäisesti kotona. Harjoitteiden kesto vaihteli 20 min–1,5 tuntiin ja ne toteutettiin 2–5 kertaa viikossa yhteensä 8 viikon–1 vuoden ajan.		ADCS-ADL, BADL, FIM, ADL. IADL	Yhden satunnaistetun kontrolloidun tutkimuksen mukaan yksilöllisesti kotona toteutetuilla liikuntaharjoitteilla oli positiivinen vaikutus muistisairaiden päivittäistoiminnoista suoriutumiseen tavanomaiseen hoitoon verrattuna (6 kk: p = 0,001, interventoryhmä -6,5 (95 % CI -4,4; -8,6); kontrolliryhmä -11,8 (95 % CI -9,7; -14,0); 12 kk: p = 0,004; interventoryhmä -7,1 (95 % CI -3,7; -10,5), kontrolliryhmä -14,4 (95 % CI -10,9; -18,0)). Ryhmämuotoisilla liikuntaharjoitteilla ei todettu vaikutusta (6 kk: p = 0,07; interventoryhmä -8,9 (95 % CI -6,7; -11,2), kontrolliryhmä -11,8 (-9,7; -14,0); 12 kk: p = 0,12; interventoryhmä -10,3 (95 % CI -6,7; -13,9); kontrolliryhmä -14,4 (95 % CI -10,9; -18,0)). Lisäksi kolmen muun satunnaistetun kontrolloidun tutkimuksen mukaan ryhmämuotoisilla liikuntaharjoitteilla ei ollut vaikutusta muistisairaiden päivittäistoiminnoista suoriutumiseen tavanomaiseen hoitoon tai lumeinterventioon verrattuna.

								(n = 4 liikuntainterventioita ja ADL/IADL tarkastelevaa RCT-tutkimusta)
Silva ym. 2018	Järjestelmällinen katsaus, narratiivinen	1a	Pitkäaikaishoito	Muistisairautta sairastavat, n = 70, keski-ikä 78,4–87,3 vuotta, 70–90 % naisia	Moniaististimulaatio (sis. maku-, haju-, tunto-, näkö-, kuulo- ja kognitiivisia ärsykeitä sekä aistien aktivointia). Mukana myös realiteettiorientaatioita ja rentoutusta. Yhteensä 30 sessiosta, toteutus 3 x vko, 30–40 min kerta. Toisessa tutkimuksessa käytettiin huonetta, joka sisälsi mm. erilaisia vesielementtejä, peilipallon, videoprojektorin, musiikkia, aromaattisia tuoksuja ja erilaisia pintoja sisältävän seinän. Huone räätälöitiin yksilöllisesti. Kokonaisuudessaan 32 sessiota, 2 x vko, 30 min kerta.	Kognitiivisia aktiviteetteja tai tavanomainen hoito	Psychogeriatric Scale of Basic Activities of Daily Living, Barthelin indeksi	Psychogeriatric Scale of Basic Activities of Daily Living: Interventoryhmän tulokset paranivat tilastollisesti merkitsevästi (t = 2,91; p = 0,009). Vastaavaa tilastollisesti merkitsevää muutosta ei havaittu kontrolliryhmässä. Barthel: Ainoastaan moniaististimulaatioryhmän tulos parani, kognitiivisten aktiviteettiryhmän tai passiivisen kontrolliryhmän ei. Moniaististimulaatioryhmässä havaittiin myös suuntaa antavaa positiivista muutosta pitkäaikaisseurannassa (24 vko), mutta muutos ei ollut tilastollisesti merkitsevää. Katsauksen tekijät arvioivat näytön asteeksi B (GRADE), alkuperäistutkimusten laatu kohtalainen. (n = 2 RCT-tutkimusta)
Van't Leven ym. 2013	Järjestelmällinen katsaus, narratiivinen	1a	Kotiympäristö	Yli 65-vuotiaat muistisairautta sairastavat (yhdessä omaisen kanssa)	Ammattilaisten ohjaamat, muistisairaalle ja omaiselle yhdessä parina toteutetut interventiot (molempia aktivoivat). Sis. päivittäisten toimintojen	Tavanomainen hoito, puhelin-yhteys, ohjelehtiset ym.	IADL Barthel index	Kymmenestä tutkimuksesta viidestä muutokset tilastollisesti merkitseviä ja positiivisia (4 IADL ja 1 Barthel). Näistä neljässä tutkimuksesta interventioiden kesto lyhyt. Yhdessä pitkäkestoisessa interventiossa myös tulosten suunta positiivinen (Barthel).

					harjoitteita, mielekkäiden harjoitteiden valintaa, apuvälineiden käyttöä, ympäristön muokkausta muistisairaahan tarpeet huomioiden (sekä omaisen ohjausta ja taitojen harjoittelua). Interventioiden kesto 6 vko–24 kk.		Lopuissa neljässä ei tilastollisesti merkitseviä muutoksia tai muutokset epäselvät. Katsauksen tekijät arvioivat näytön laadun kohtalaiseksi.
Woods ym. 2018	Järjestelmällinen katsaus ja meta-analyysi	1a	Hoitokodit ja avopalvelut esim. päiväkeskukset	Muistisairautta sairastavat, n = 1030	Muisteluterapiaa toteutettiin sekä yksilö- että ryhmämuotoisena. Muisteluterapia oli kohdennettu joko yksinomaan muistisairaille henkilöille tai sekä muistisairaille henkilöille että heidän omaisilleen/läheisilleen. Muisteluterapiaa toteutettiin 1–2 kertaa viikossa 6–12 viikon ajan, ja muisteluterapiakerran pituus vaihteli 30–120 minuutin välillä. Viikoittaisten sessioiden jälkeen muisteluterapiaa jatkettiin pisimmillään kerran kuukaudessa 7 kk:n ajan.	ADCS-ADL, BADLS, ADL, MDS-ADL, DAD, FIM	Muisteluterapian vaikutuksista havaittiin suuntaa antavaa positiivista näyttöä muistisairaahan päivittäisistä toiminnoista selviytymiseen heti intervention jälkeen (SMD -0,24, 95 % CI -0,69–0,21; I2 = 90 %, n = 6 tutkimusta) ja pidemmässä seurannassa (SMD -0,31, 95 % CI -0,66–0,03; I2 = 83 %, n = 5 tutkimusta). Luottamus tulokseen on kuitenkin heikko näytön heikon laadun ja tulosten epäjohdonmukaisuuden vuoksi.

Alkuperäistutkimukset (kokeelliset tai kvasikokeelliset tutkimukset, kohorttitutkimukset tai poikkileikkaustutkimukset)

Sukunimi lähde, vuosi	Tutkimus-asetelma ja menetelmä	Näytön vah- vuus ^a	Toiminta- ympäristö	Potilasryhmä (P)	Interventio (I)	Vertailu (C)	Lopputulospuuttajat (O)	Tulokset*
Baird & Thompson 2018	Case-tutkimus	4d	Kotiympäristö	Yksi muistisairautta sairastava henkilö (Alzheimerin tautia sairastava nainen, 77 vuotta, vaikeasteinen muistisairaus) ja omaishoitaja (mies). Muistisairautta sairastavalla ei musiikkiin liittyvää koulutustaustaa, mutta pitänyt musisoinnista.	Musiikin hyödyntäminen muistisairaahan hoidossa	-	Havainnointi (lehtiartikkelin lukeminen, tutun sävelmän sanoituksen lukeminen, tutun sävelmän laulaminen, alkuperäisen tutun sävelmän soittaminen), musiikin hyödyntämistä kartoittava kysely ja haastattelu (omaisen)	Omaishoitajana toiminut mies hyödynsi musiikkia päivittäin (laulaminen, musiikin kuuntelu) ja muistisairaahan puolison kanssa tanssimista viikoittain. Miehen kertoman mukaan musiikki oli avuksi päivittäisissä toiminnoissa avustamisessa ja se auttoi saamaan muistisairasta puolisoa liikkeelle aamuisin tai rauhoittumaan iltaisin. Tutun sävelmän laulaminen auttoi myös muistisairasta orientoitumaan ja tunnistamaan puolisonsa hetkillä, jolloin muistisairas ei muutoin tunnistanut puolisoaan.
Cavallo ym. 2015	Case-tutkimus	4d	Kotiympäristö	n = 45 muistisairautta sairastavaa, joista 14 kohdalla tarkempi analyysi testattavan teknologian käytöstä (10 naisia [ikä 84 + 5,31 vuotta], 4 miehiä)	Langaton paikannus- ja tukilaite, joka oli suunniteltu tukemaan muistisairaahan päivittäisiä toimintoja ja kotona pärjäämistä. Toiminnallisuudet sisälsivät muistisairaahan toimintojen ja paikannuksen etäseurannan,	-	Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluntarjoajien (n =15) arvio laitteen hyödyllisyydestä, haitallisuudesta, saavutettavuudesta,	Tulokset olivat positiiviset. Laitteen hyödyllisyysarvio oli ennen käyttöönottoa 2,86 ja käyttöönoton jälkeen 4,18 (maks. 5), haitallisuus ennen 3,25 ja jälkeen 3,40 sekä hyväksyttävyyden arvio ennen 2,22 ja jälkeen 3,26. Käytettävyyden arvio (3,40) ja

				[83,5 + 5,8 vuotta]).	riskitilanteista hälyttämisen, muistutteen antamisen (mm. lääkkeiden otto), sosiaalisen vuorovaikutuksen ja kognitiivisia harjoitteita.		käytettävyydestä ja tehokkuudesta.	tehokkuus (3,77) arvioitiin käyttöönoton jälkeen hyväksi.
Ceccato ym. 2012	RCT	1c	Ei tietoa	Muistisairautta sairastavat n = 51 (MMSE ka 16,39–16,93)	STAM-Dem (Sound Training for Attention and Memory Protocol) sisältää eteneviä musiikkiharjoitteita, joissa yhdistetään musiikkia ja liikettä, rytmiharjoituksia ja ääninauhuja, joiden tavoitteena on stimuloida huomiokykyä ja muistia. 12 viikon aikana tutkittavat osallistuivat harjoitteisiin 2 x vko, 45 min kerta. Intervention toteuttajana musiikkiterapeutit.	Tavanomainen hoito	Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL)	Päivittäistoiminnoista suoriutuminen parani tilastollisesti merkitsevästi interventoryhmässä (-0,47, SD 0,90) tavanomaiseen hoitoon (0,20, SD 0,68) verrattuna (p = 0,022).
Galik ym. 2008	Kvasikokeellinen	2d	Hoitokoti	Keskivaikeaa tai vaikeaa muistisairautta sairastavat (n = 46, keski-ikä 82,61 vuotta, MMSE ka 3,17)	Res-Care-CI -toimintapa koostui hoitotyöntekijöiden ja muistisairaiden koulutuksesta, muistisairautta sairastavien kannustamisesta aktiivisuuteen päivittäistoiminnoissa, yksilöllisten tavoitteiden	Ei kontrollia	Barthelin indeksi	Ei tilastollisesti merkitsevää muutosta muistisairaiden päivittäistoiminnoista suoriutumiseen 6 kk:n seurannassa (F = 0,897, P = 0,43)

					asettamista ja hoitotyöntekijöille suunnattua tukea kuntouttavan työotteen toteuttamisessa sekä sen seurantaa.			
Galik ym. 2015	Ryppäittäin satunnaistettu kontrolloitu tutkimus	1c	Hoitokoti tai avustettu asuminen	Vaikea-asteista muistisairautta sairastavat n = 96 koeryhmässä keski-ikä 84,3 vuotta ja MMSE ka 5,6 sekä kontrolliryhmässä keski-ikä 83,0 vuotta ja MMSE ka 6,1 ja henkilökuntaa n = 77	The Function Focused Care Interventio, joka piti sisällään ympäristön soveltuvuuden arvioinnin suhteessa muistisairaahan (n = 48) toimintakykyyn, henkilökunnan, omaisten ja muistisairaiden koulutusta, muistisairaahan aktiivisuuteen ja arkitoihintoihin liittyvien tavoitteiden asettamisen ja sen toteutumisessa kannustamista.	Kontrolliryhmälle (n = 48) toteutettiin ainoastaan koulutuskomponentti ilman ympäristön soveltuvuuden arviointia, yksilöllisten tavoitteiden asettamista ja toimintatapaa n liittyvää mentorointia ja seurantaa	Barthelin indeksi	Interventio- ja kontrolliryhmän välillä ei havaittu tilastollisesti merkitsevää eroa 6 kk:n seurannassa muistisairaiden päivittäistoiminnoista suoriutumisessa (59,37 vs. 60,87; p = 0,79).
Giebel ym. 2019	Poikkileikkaus-tutkimus	4b	Kotiympäristö	581 muistisairaahan omaishoitajaa tai läheistä ja muistisairasta parina. Muistisairaista n = 272 lievä, n = 170 keskivaikea ja n = 139 vaikea muistisairaus. Omaisten/läheisten keski-ikä 68 vuotta (naisia	Päivittäisissä perustoiminnoissa (ADL) avustaminen, välinetoiminnoissa (IADL) avustaminen ja seuranta/valvonta	Ei kontrollia	Revised interview for deteriorations in daily activities in dementia 2 (R-IDDD2), ko. Mittarista tarkastelun kohteeksi valittu 6 aktiviteettia: - Sosiaaliin aktiviteetteihin osallistuminen ja sosiaalisen	Omaisen/läheisen toteuttama muistisairaahan välinetoiminnoissa avustaminen ei ollut yhteydessä muistisairaahan yhteenkään aktiviteeteista suoriutumiseen. Omaisen/läheisen toteuttama muistisairaahan valvonnan määrä selitti tilastollisesti merkitsevästi kuuman juoman valmistamiseen (p = 0,001) ja puhelimeen

Muistisairaankäytön päivittäistoiminnoista suoriutumisen tukeminen – lääkkeettömät menetelmät -hoitosuositus
Liite 2: Suosituksen taustalla olevat tutkimukset

				67,0 %) ja muistisairaiden 76 vuotta (miehiä 53,4 %)			<p>elämän ylläpitäminen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Siivoaminen - Kuuman juoman valmistaminen - Kaupassa käynti - Puhelimen käyttö - Kylmän ruoan valmistaminen <p>Päivittäisissä perustoiminnoissa (ADL) avustaminen, välinetoiminnoissa (IADL) avustaminen ja seuranta/valvonta (kaikkien määrä tunneissa)</p>	<p>käyttöön (p = 0,002) itsenäisesti kykenemistä. Valvonnan määrä oli yhteydessä suurempaan variaatioon välinetoiminnoissa kuin välinetoiminnoissa avustamisen määrä. Myös muistisairauden vaikeusaste selitti välinetoiminnoissa suoriutumista. Tulosten perusteella muistisairaankäytön valvominen päivittäisissä toiminnoissa ja omatoimisuuteen kannustaminen on parempi muistisairaankäytön päivittäisistä toiminnoista suoriutumisen näkökulmasta kuin muistisairaankäytön avustaminen ja asioiden tekeminen muistisairaankäytön puolesta.</p>
Henskens ym. 2017	Kvasikokeellinen	2c	Psykiatriset osastot	<p>Diagnosoitua muistisairautta sairastavat (n = 61, suurimmalla osalla Alzheimerin tauti, keski-ikä 86,51 interventioryhmässä ja 84,21 kontrolliryhmässä), keskimääräinen MMSE 9,75 interventioryhmässä ja 6,52 kontrolliryhmässä</p>	<p>Muistisairaiden (n = 37) fyysiseen aktiivisuuteen ja omatoimisuuteen päivittäistoiminnoissa kannustava, hoitokotiympäristöön tarkoitettu toimintatapa (Movement-oriented restorative care). Toimintatapa sisältää yksilöllisten tavoitteiden asettamista, yksilöllisen</p>	Tavallinen hoito (n = 24)	Barthelin indeksi	<p>Interventiolla ei ollut tilastollisesti merkitsevää vaikutusta muistisairautta sairastavien päivittäisistä toiminnoista suoriutumiseen seurannan aikana 3 kk:n (0,30; 95 % CI -0,99–1,60; p = 0,81); 6 kk:n (-0,29; 95 % CI -1,65–1,07; p = 0,67) 9 kk:n (0,29; 95 % CI -1,11–1,68; p = 0,69) tai 12 kk:n (1,31; 95 % CI -0,15–2,78; p = 0,08) kohdalla.</p>

				(vaikea-asteinen muistisairaus)	toimintasuunnitelman laatimisen (omatoimisesti toteutettavat askareet ja fyysinen aktiivisuus), hoitohenkilökunnan ja omaisten koulutusta, moniammatillista toimintaa sekä toimintatapaan sitoutumisen seuranta. Hoitajat koulutettiin toimintatapaan 3 x 3h asiantuntijan pitämällä koulutuksella. Muistisairaiden asukkaiden kohdalla mittaukset toteutettiin ennen sekä 3, 6, 9 ja 12 kuukautta koulutuksen ja käyttöönoton jälkeen.			
Hsu ym. 2017.	Kvasikokeellinen (retrospektiivinen kohorttitutkimus)	2d	Hoitokoti (Taiwan)	Muistisairautta sairastavat (n = 141), joista 80 % keskivaikea, 11,1 % vaikea ja 8,9 % lievä muistisairaus (keski-ikä 86,4 vuotta, kaikki miehiä)	Yhdistelmäinterventio, joka piti sisällään liikuntaharjoitteita, musiikkiterapiaa, realiteettiorientaatiota, taideterapiaa, muisteluterapiaa ja puutarhaterapiaa. Interventiota toteutettiin kerran viikossa 50 minuuttia kerrallaan 6 kk:n ajan. Toteuttajina toimintaterapeutit.	Ei kontrollia	Barthelin indeksi, Lawton–Brody Instrumental Activities of Daily Living Scale (IADL)	Muistisairaiden päivittäisistä perustoiminnoista suoriutuminen heikkeni 6 kk:n seurannassa tilastollisesti merkitsevästi (Barthelin indeksi ennen interventiota 79,2 +/- 18,3 ja intervention jälkeen 70,3 +/-24,6; p < 0,001). Muistisairaiden kyyvyssä hoitaa päivittäisiä asioita ei havaittu muutosta 6 kk:n seurannan aikana (IADL ennen interventiota 1,47 +/- 1,13 ja jälkeen 1,42 +/- 1,05; p = 0,637)

Muistisairaahan henkilön päivittäistoiminnoista suoriutumisen tukeminen – lääkkeettömät menetelmät -hoitosuositus
Liite 2: Suosituksen taustalla olevat tutkimukset

Lancioni ym. 2009	Kvasikokeellinen (sis. 4 erillistä koetta)	2d	Muistisairaiden kuntoutusyksikkö	<p>Koe 1: n = 4 lievää tai keskivaikeaa muistisairautta sairastavaa, ikä 59–85 vuotta</p> <p>Koe 2: n = 2, keskivaikeaa muistisairautta sairastavaa, ikä 81–88 vuotta</p> <p>Koe 3: n = 3 keskivaikeaa muistisairautta sairastavaa, ikä 73–81 vuotta</p> <p>Koe 4: n = 1 keskivaikeaa muistisairautta sairastava, ikä 82 vuotta</p>	<p>Laite, joka reagoi muistisairaahan liikkeisiin ja ääninauhoitteet, jotka sisälsivät sanallisia toimintaohjeita. Laitteen on tarkoitus tukea muistisairasta toimimaan itsenäisesti erilaisissa päivittäisissä toiminnoissa. Koe 1 toteutettiin kylpyhuoneessa sisältäen wc-käynnit, hampaiden pesun, hygienian hoidon.</p> <p>Koe 2 toteutettiin ruokailusalissa, jossa tehtävänä oli kattaa pöytä.</p> <p>Koe 3 toteutettiin ruokailusalissa, jossa tehtävänä oli valmistaa kahvia.</p> <p>Koe 4 toteutettiin kylpy- ja makuuhuoneessa, joissa tarkoituksena oli hoitaa aamutoimet ja pukeutua.</p>	Ei kontrollia	Itsenäisesti oikein suoritettujen eri päivittäisiin toimintoihin liittyvien vaiheiden määrä	<p>Koe 1: Keskimääräinen itsenäisesti oikein suoritettujen vaiheiden määrä vaihteli 34–40 välillä ilman laitetta. Laitteen kanssa vastaava keskimääräinen luku oli kaikilla yli 90. Muutos oli tilastollisesti merkitsevä kaikilla tutkittavilla ($p > 0,01$).</p> <p>Koe 2: Keskimääräinen itsenäisesti oikein suoritettujen vaiheiden määrä ilman laitetta oli 39 tai 25 tutkittavasta riippuen. Laitteen kanssa vastaava keskimääräinen luku oli tutkittavasta riippuen 90 tai 80. Muutos oli tilastollisesti merkitsevä molemmilla tutkittavilla ($p > 0,01$).</p> <p>Koe 3: Keskimääräinen itsenäisesti oikein suoritettujen vaiheiden määrä vaihteli 25–43 välillä ilman laitetta. Laitteen kanssa vastaava keskimääräinen luku oli kaikilla yli 85. Muutos oli tilastollisesti merkitsevä kaikilla tutkittavilla ($p > 0,01$).</p> <p>Koe 4: Itsenäisesti oikein suoritettujen vaiheiden määrä vaihteli 16–41</p>
-------------------	--	----	----------------------------------	---	--	---------------	---	--

								välillä ilman laitetta. Laitteen kanssa vastaava keskimääräinen luku oli yli 90. Viiden kuukauden seurannassa arvo pysyi yli 90:ssä.
Lazarou ym. 2016	Case-tutkimus (4 erillistä)	4d	Muistisairaiden päivätoimintakeskus	n = 4 henkilöä, joista 2 muistisairaus ja 2 lievää kognitiivista heikentymää	Avustava teknologia kotihoitoon, joka hyödyntää sensoreita, mobiililaitteita ja tiedon analysointia. Laite etämonitoroi muistisairaahan päivittäisiä toimintoja, antaa palautetta niistä ja ehdottaa yksilöllisiä lääkkeettömiä interventioita toimintojen parantamiseksi. Erilliset käyttöliittymät ammattilaiselle ja muistisairaalle/omaiselle. Seuranta-aika 12–16 viikkoa.	Ei kontrollia	Laitteen tuottama data päivittäisten toimintojen suorittamisaktiivisuudesta (esim. keittiössä oloaika, ruoan valmistukseen tai siivoamiseen käytetty aika tunneissa) (sekä liikehtimisintensiteetti)	<p>Tutkittava 2 (lievä muistisairaus): Vietti vähemmän aikaa kylpyhuoneessa teknologista laitetta hyödynnettäessä alkutilanteeseen verrattuna (ennen M = 19,9 min, SD = 9,36; jälkeen M = 14,01 min, SD = 1,51; p = 0,03). Myös TV:n katselu väheni, mutta tulos ei ollut tilastollisesti merkitsevää.</p> <p>Tutkittava 4 (Alzheimerin tauti): TV:n katselu lisääntyi teknologista laitetta hyödynnettäessä verrattuna lähtötilanteeseen (ennen M = 4,13; SD = 4,42; jälkeen M = 11,4; SD = 4,19; p = 0,000). Kylpyhuoneessa oloaika ja hygieniasta huolehtimiseen käytetty aika lisääntyi seurannassa (ennen M = 13,2; SD = 9,77; jälkeen M = 32,1; SD = 22,7; p = 0,001).</p>

Lexis ym. 2013	Kvasikokeellinen	2c	Kotiympäristö	Ikääntyneet, keski-ikä 83,7 vuotta, n = 39, joista 15 muistisairautta sairastavaa (joista vain 6 oli mukana tutkimuksen loppuun saakka)	Kotiin tuotu etäseurantalaite (Quiet Care system), joka havaitsee liikkeitä ja jonka avulla omaiset voivat saada tietoa muistisairaahan toiminnasta kotona. Laite analysoi päivittäisiä toimintoja ja antaa tarvittaessa hälytyksen toimintojen ollessa poikkeavia.	Ei kontrollia	Groninger Activity Restriction Scale (GARS)	Kuuden kuukauden seurannan aikana ei tapahtunut tilastollisesti merkitsevää muutosta päivittäisistä toiminnoista (ADL ja IADL) suoriutumisessa GARS-mittarilla arvioituna (ka 40,16 vs. ka 40,32; p-arvo 0,88). Omaisten subjektiivinen kuormitus (Caregiver Strain Index) kuitenkin väheni seurannan aikana (p = 0,03).
Mihailidis ym. 2008	Kvasikokeellinen	2c	Pitkäaikaishoito	Keskivaikeaa (n = 5) tai vaikeaa muistisairautta (n = 1) sairastavat, n = 6, 73–92 vuotta	Teknologiaa (ml. Keinoälyä) hyödyntävä laite (COACH), jonka tarkoitus on tukea muistisairaahan päivittäisistä toiminnoista suoriutumista sanallisten (kaiuttimet) ja visuaalisten (videokuva) muistutusten avulla. Arviointi kohdistui käsien pesusta suoriutumiseen itsenäisesti. Seurannan kesto 8 viikkoa.	Ei kontrollia	Functional assessment score (FAS), itsenäisesti suoritettujen vaiheiden määrä, omaisten puuttumisten määrä tehtävästä suoriutumiseen	Osallistujien itsenäinen suoriutuminen parani COACH-laitetta käytettäessä verrattuna ilman laitetta toteutettuun käsien pesuun. COACH laitteen kanssa osallistujat suorittivat enemmän vaiheita itsenäisesti (parannus keskimäärin 11 %), omaiset puuttuivat vähemmän toimintaan (keskimäärin 6,6 % vähemmän) ja FAS arvo nousi (keskimäärin 2,4 %). Analyysi toteutettiin keskivaikeaa muistisairautta sairastavien datasta.
Pitkänen ym. 2019	Havainnoiva kvasikokeellinen interventiotutkimus	2c	Akuutti psykiatrian osasto	Muistisairautta sairastavat (n = 175)	Moniammatillisen ryhmän (sairaanhoitaja, lähihoitaja, fysioterapeutti, liikunnanohjaaja)	Pienryhmissä hoitajan vetämänä toteutettuja aktiviteetteja kiinnostuksen	Alzheimer's Disease Cooperative Study–Activities of Daily Living	ADCS-ADL: Interventioyöryhmässä päivittäisistä perustoiminnoista suoriutuminen heikkeni seurannan aikana (31,3 ->

					vetämänä toteutettu liikuntaa ja musiikkia yhdistävä interventio. Interventioon kuului tasapaino-, liikkuvuus- ja voimaharjoituksia seisten tai istuen sekä rentoutusta kaikki musiikin kanssa tai ilman. Lisäksi toteutettiin kävelyä. Musisointia toteutettiin laulaen, musiikkia kuunnellen, soittaen tai tanssien sekä keskustellen musiikin aikaansaamista tunteista ja muistoista. Harjoitteita toteutettiin joko yksin tai ryhmässä. Sekä liikuntaa että musisointia toteutettiin 2 x vko, 45 min kerta. Lisäksi 30 min päivä tutkittavat toteuttivat itsenäisiä harjoitteita.	mukaan (mm. pelejä, maalausta, musiikin kuuntelua)	(ADCS-ADL), Barthelin indeksi	20,0; $p < 0,001$). Vastaavasti päivittäisistä perustoiminnoista suoriutumisen heikkeni myös kontrolliryhmässä (32,2 -> 21,7; $p < 0,001$). Barthel: Tilastollisesti merkitseviä muutoksia ei havaittu kummankaan ryhmän osalta muistisairaiden päivittäisissä perustoiminnoista suoriutumisessa.
Resnick ym. 2009	Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus	1c	Hoitokoti	MMSE-pisteiden mukaan lievää tai keskivaikeaa muistisairautta sairastavat (MMSE ka 20,4 +/- 5,3), n = 486, keski-ikä 83,8 vuotta	Res-Care -toimintatapa, jossa hyödynnetään kuntouttavaa työtettä ja vahvistetaan yksilön uskoa omaan kykyihinsä. Toimintatavan keskiössä on hoitohenkilökunnan motivoiminen kuntouttavan työtteen toteuttamiseen. Res-Care -toimintatapa	Tavanomainen hoito ilman Res-Care -toimintatavan kolutusta hoitohenkilökunnalle (vain yksi koulutuskertaa haasteelliseksi koetun käyttäytymisen hoidosta)	Barthelin indeksi	Asukkaiden päivittäistoiminnoista suoriutumisessa kokonaisuutena ei havaittu tilastollisesti merkitsevää muutosta koe- eikä kontrolliryhmässä. Tarkasteltaessa tuloksia yksittäisten toimintojen osalta havaittiin tilastollisesti merkitsevä ($p = 0,048$) muutos peseytymisessä itsenäisesti

					<p>sisältää hoitokodin asukkaiden suullista kannustamista, omiin kykyihin luottamuksen vahvistamista ja yhdessä sovituihin päivittäistoimintoihin liittyvistä tavoitteista muistuttamista. Lisäksi siihen sisältyy fysiologisen palautteen komponentin, jossa jokaisessa vuorovaikutustilanteessa asukkailla kysytään toimintojen yhteydessä ilmenevästä kivusta, pelosta, hengästyneisyydestä tai muista epämiellyttävistä tuntemuksista, jotka toimivat aktiivisuuden esteenä. Epämiellyttävät tuntemukset huomioidaan hoidossa ja niihin tarjotaan apua. Toimintojen ja niiden arvioinnin kirjaaminen on myös osa toimintamallia. Toimintatavan käyttöönoton alussa hoitohenkilöstölle tarjottiin siihen liittyvää koulutusta.</p>			<p>suoriutumisessa 4 kuukauden kohdalla (koeryhmä ennen 2,07 ja 4 kk 2,29 vs. kontrolli ennen 1,98 ja 4 kk 1,75). Myös kyvyssä kävellä (p = 0,003) ja nousta portaita (p = 0,008) itsenäisesti havaittiin 12 kk:n kohdalla tilastollisesti merkitsevä parannus koeryhmässä kontrolliryhmään verrattuna.</p>
--	--	--	--	--	---	--	--	---

Laadulliset tutkimukset ja järjestelmälliset katsaukset

Sukunimi ^{lähde} , vuosi	Tutkimusasetelma ja aineistonkeruu- menetelmä	Näytön vahvuus	Toiminta- ympäristö	Potilasryhmä/ informantit (P)	Tarkasteltava ilmiö (I)	Konteksti (Co)	Tulokset*
Farran ym. 2003	Laadullinen kuvaileva tutkimus, aineistona ryhmäkeskustelujen kirjalliset muistiinpanot	Taso 3	Inter- ventioon kuuluvat ryhmä- keskustelut	Interventioon osallistuneet muisti- sairaiden omaiset n = 177, keski-ikä 64 vuotta	Mitä tarpeita esiintyy ja taitoja tarvitaan omaisen tukiessa muistisairaahan päivittäisistä toiminnoista suoriutumista	Ryhmäkeskustelut liittyivät interventioon, jossa tuettiin muistisairaahan omaisen taitoja ja tietoja muistisairaahan omaishoitoon liittyen. Ryhmäkeskustelut toteutettiin ryhmätapaamisissa 6 ja 12 kuukautta intervention aloituksesta.	Kaksi pääkategoriaa: 1) haastavien tilanteiden hallinta muistisairaahan päivittäisissä toiminnoissa suoriutumisen tukemisessa ja 2) Omaisen toteuttaman hoidon vaikutusten havaitseminen. 1. Haasteet vaihtelivat muistisairaahan kieltäytymisestä tarjottuun apuun aina kiihtyneisyyteen ja aggressiivisuuteen saakka. Tilanteet liittyivät useimmin wc- käynteihin ja inkontinenssiin. Omaisat kokivat myös haastavaksi tunnistaa, milloin muistisairas tarvitsi apua ja milloin oli parempi antaa hänen suoritua itse perustoimintoihin liittyvästä askareestaan. Joskus muistisairas kieltäytyi ns. omaishoitajan tarjoamasta avusta, mutta hyväksyi jonkun muun läheisen avun. 2. Omaisten tunteet vaihtelivat avun antamisessa ml. musertuneisuutta, turhautumista ja vihaisuutta. He kokivat tärkeänä tunnistaa muistisairaahan käyttäytymistä. Omaisten kokemukset liittyivät yleensä lähinnä perustoimintoihin, ei välinetoimintoihin mahdollisesti johtuen muistisairaahan vaiheesta. Muistisairaahan osallistumaan kannustaminen välinetoimintoihin, kuten taloudenhoitoon, ruoanlaittoon tai siivoamiseen, koettiin tärkeänä osoituksena muistisairaalle hänen olemassa olevista voimavaroista.
Olsen ym. 2015	Laadullinen kuvaileva tutkimus, aineistona	Taso 3	Hoivakoti	Lievää tai keskivaikeaa	Kokemukset korkean intensiteetin	Korkean intensiteetin liikuntainterventioon	Viisi pääkategoriaa: 1) Rajojen rikkominen, 2) Minuun panostaminen, 3) Vuorovaikutussuhteet edistivät

	<p>puolistrukturoidut yksilöhaastattelut</p>			<p>muistisairautta sairastavat, n = 8</p>	<p>liikunta-interventioon osallistumisesta</p>	<p>osallistuneet, intervention kesto 10 viikkoa. Interventio piti sisällään haastavia alaraajojen lihaskuntoharjoitteita ja tasapainoharjoitteita, joiden vaikeusaste lisääntyi vähitellen ja jotka toteutettiin pienryhmissä. Yhden harjoittelukerran kesto oli 50–60 minuuttia, Haastattelut toteutettiin viikko intervention päättymisestä. Intervention tavoitteena tukea mm. päivittäisissä toiminnoissa suoriutumista.</p>	<p>osallistumista, 4) Liikunnan myönteiset vaikutukset kehoon, omatoimisuuteen ja itsetuntoon, ja 5) Fyysinen aktiivisuus on ihmisen perustarve - käytä sitä tai menetä se!</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Osallistujat kuvasivat myönteisiä kokemuksia interventioon osallistumisesta. He eivät pitäneet harjoitteita liian raskaina, vaan haastavina ja hauskoina. He kokivat, että oli tärkeää, että osallistuminen oli vapaaehtoista eikä ketään tulisi pakottaa mukaan. 2. Haastateltavat kuvasivat, kuinka he kokivat, että heihin panostettiin intervention myötä ja heille osoitettiin huomiota. He kokivat osallistumisen ja hyödyksi olemisen tunteen tärkeänä. He myös kokivat sen tärkeänä oman terveyden ja toimintakyvyn edistämisen kannalta. Harjoitteista suoriutuminen sai aikaan heissä voimavaraistumisen tunnetta. 3. He kokivat yhdessä tekemisen positiivisena. Toisten seuraaminen ja kanssakäyminen olivat motivoivaa ja he toimivat positiivisena roolimallina toisilleen. Osallistujat myös arvostivat ryhmää vetäneen fysioterapeutin kykyä säädellä ja mukauttaa harjoitteita yksilöllisesti osallistujien mukaan. Vuorovaikutus vetäjän kanssa ja hänen osaamisensa iäkkäiden ohjaamisesta oli myös tärkeää osallistujille. Tämä loi turvallisuuden ja luottamuksen tunnetta. He myös arvostivat vetäjältä saamaansa tietoa harjoitteista. 4. Osallistujat kokivat, että harjoitteet vaikuttivat positiivisesti heidän
--	--	--	--	---	--	--	---

							<p>mielialaansa ja itsetuntoonsa ja minäpystyvyyteensä sekä kehoonsa. He kokivat myös omatoimisuutensa kohentuneen harjoitteiden myötä.</p> <p>5. Useat osallistujat toivat esille, että he kokevat liikkumisen tärkeänä. He tiedostivat, että mahdollisuudet osallistua aktiviteetteihin ovat rajalliset fyysisten rajoitteiden ja hoivakodin rutiinien vuoksi. Näistä huolimatta he kokivat fyysisen aktiivisuuden tärkeänä. He toivat myös esille, että henkilökunnan tulisi kiinnittää enemmän huomiota aktiiviseen toimintaan ja tunnistaa kunkin asukkaan yksilölliset kyvyt. He toivoivat myös liikunnan tärkeyden huomioitavan hoivakodeissa ja että henkilökunta toimisi tässä roolimallina.</p>
--	--	--	--	--	--	--	---