



## **Stöd för en minnessjuk person att utföra dagliga aktiviteter**

- **Icke-farmakologiska metoder i vården**

## ARBETSGRUPPEN OCH BINDNING

### Ordföranden

**HEIDI PARISOD**, distrikts-/sjukskötare, HVD, forskare, Hoitotyön tutkimussäätiö; post doc - forskare, enheten för vårdvetenskap, Åbo Universitet

### Medlemmarna

**OLLI HAAPALA**, sjukskötare, HVK, biträdande avdelningsskötare, HUS Psykiatri

**JAANA KOSKENNIEMI**, sjukskötare, HVM, Åbo Stadsjukhus; doktorand, enheten för vårdvetenskap, Åbo Universitet

**EILA OKKONEN**, sjukskötare, FD, specialist och forskare

**REETTA SAARNIO**, sjukskötare, HVD, överlärare, Uleåborgs Yrkehögskola

**ANNUKKA TUOMIKOSKI**, sjukskötare, HVD, forskare, Hoitotyön tutkimussäätiö; lärare, Uleåborgs Yrkehögskola

**BINDNING:** I samband med rekommendationsämnet har medlemmarna i rekommendationsgruppen ingen bindning som de kunde ha ekonomisk nytta av eller som kunde påverka en rekommendations tillförlitlighet.

### Arbetsgruppen tackar följande experter:

**TIINA AUTIO**, SVL, PeM, NaK, specialistplanerare, GeroMetro-nätverket, Huvustadsregionens socialområdets kompetenscenter, Socca, HUS

**PETRI LAMPINEN**, erfarenhetsexpert

**ANITA POHJANVUORI**, sjukskötare, minnesskötare, specialist, Minnesförbundet

**PETTER PULKKINEN**, erfarenhetsexpert

**ARI ROSENVALL**, ML, specialist av allmänmedicin, skicklighet av minnessjukdomar, Mehiläinen

**JOHANNA SÖDERSTRÖM**, sjukskötare, Åbo stad

# Innehåll

ARBETSGRUPPEN OCH BINDNING	2
Inledning	5
Rekommendationens mål och centrala begrepp	6
Rekommendationens syfte och mål	6
Målgrupper	6
Centrala begrepp	6
Metoder	8
Informationssökning	8
Val av informationskällor	9
Evidensbedömning	10
Rekommendationer	12
1. Interaktion som uppmärksammar den minnessjuka	12
1.1 Närvaro och lotsning i dagliga aktiviteter	12
1.2 Musik till stöd för interaktionen	12
2. Ledd aktivitet	13
2.1 Kombinationer av aktiviteter	13
2.2 Rörelseaktiviteter	14
2.3 Musikaktiviteter	15
2.4 Övningar av dagliga aktiviteter	16
2.5 Att minnas	16
3. Lösningar på den minnessjukets boendemiljö	17
3.1 Hjälpmedel och stödlösningar	17
3.2 Belysning	18
3.3 Sinnesrum	18
3.4 Utrymmeskoncept och typ av boende	18
4. Beaktande av anhöriga och närstående i samband med vården av personer med minnessjukdom	19
5. Vårdpersonals kompetens och utbildning om minnessjukdomar och icke-farmakologiska metoder	20

Ibruktagande av rekommendationen	20
Uppdatering av rekommendationen	24
Temor för vidare forskning	24
Källor	25

## Inledning

Minnessjukdomar är allmänt förekommande sjukdomar och kommer mellan tredje och femte plats i jämförelse med de vanligaste kroniska sjukdomarna i västvärlden<sup>1</sup>. År 2013 fanns det cirka 93 000 personer med svår eller medelsvår minnessjukdom. Därutöver uppskattades antalet personer med lindrig minnessjukdom<sup>2</sup> till cirka 100 000. Förutom äldre personer finns det uppskattningsvis 7 000 personer i arbetsför ålder, 30–65-åringar, med minnessjukdom. Man uppskattar att prevalensen av minnessjukdomarna kommer att öka ännu mer i framtiden på grund av den åldrande befolkningen. Enligt prognoserna kommer det att finnas cirka 240 000<sup>1</sup> personer med svår eller medelsvår minnessjukdom år 2060.

En minnessjukdom är en framskridande hjärnsjukdom som försämrar minnet och andra områden som behandlar information, såsom språkliga funktioner, visuell perception och handlingar<sup>2</sup>. De vanligaste minnessjukdomarna är Alzheimers sjukdom (65–70 % av alla minnessjukdomar), Lewy Body demens (cirka 15 %), blodkärlsdemens (cirka 15 %) och pannlobsdemens (5 %)<sup>1</sup>. När minnessjukdomen framskrider förändras den minnessjukes funktionsförmåga och förmågan att självständigt utföra dagliga aktiviteter, såsom att klä på sig och laga mat. Delområden som anknyter till utförande av dagliga aktiviteter är förutom kognitiv och fysisk funktionsförmåga även psykisk, social och rättslig handlingsförmåga<sup>3</sup>.

Målet för vården av minnessjuka är att den minnessjuka trots sin sjukdom, på sitt eget sätt inom ramen för sina resurser<sup>4</sup> kan leva sitt liv så fullt ut som möjligt. Ett mål är även att göra det möjligt för den minnessjuka att kunna bo hemma så länge som möjligt<sup>5</sup>. En viktig del av vården av minnessjuka är bedömning och uppföljning av den minnessjukes funktionsförmåga samt stöd i utförande av dagliga aktiviteter. Eftersom funktionsförmågan med anledning av sjukdomen försvagas, ökar behovet av vård dygnet runt. Av äldre personer inom långtidsvården har 75 procent en minnessjukdom och av alla minnessjuka vårdas 40 procent på inrättningar och andra enheter<sup>1</sup> med serviceboende för äldre dygnet runt. Institutionsvården av äldre har under de senaste åren minskat då fokus på dygnet-runt-vården flyttats till effektiverat serviceboende<sup>6</sup>.

Syftet med vårdrekommendationen är att ge bevis för betydelsefulla icke-farmakologiska metoder som inverkar på minnessjuka och som grundar sig på kritiskt utvärderade studier. Dessa metoder kan användas i vården för att individuellt stöda en minnessjuk persons förmåga att utföra dagliga aktiviteter med beaktande av hens funktionsförmåga, behov och önsknings. Icke-farmakologiska metoder som behandlas i vårdrekommendationen är avsedda att användas parallellt med läkemedelsbehandling och som en del av interprofessionell och övergripande omsorg, vård och rehabilitering av den minnessjuka. Rekommendationer beträffande vården av minnessjuka har också givits 2017 då Finska Läkarföreningen Duodecim publicerade Minnessjukdomar, god medicinsk praxis-rekommendationen som behandlar förebyggande, diagnostik och läkemedelsbehandling av minnessjukdomar<sup>2</sup>. Näringsbehandling<sup>7</sup> för minnessjuka och näring för äldre behandlas i rekommendationer<sup>7, 8</sup> som utarbetats av Statens näringskommitté.

## Rekommendationens mål och centrala begrepp

### Rekommendationens syfte och mål

Syftet med vårdrekommendationen är att ge evidens för betydelsefulla icke-farmakologiska metoder som har effekt på minnessjuka och som grundar sig på kritiskt utvärderade studier. Dessa metoder kan användas i vården för att stöda en minnessjuk persons förmåga att utföra dagliga aktiviteter.

Vårdrekommendationens slutliga mål är att främja möjligheten för minnessjuka att leva ett fullvärdigt liv inom ramen för sin funktionsförmåga och det stöd de får. Ett mål är även att standardisera vårdpraxisen och främja användningen av icke-farmakologiska metoder som har en positiv effekt på minnessjuka och som för dem är betydelsefulla i samband med stödet till minnessjuka att utföra dagliga aktiviteter, som en del av vårdens rehabiliterande grepp i arbetet.

### Målgrupper

Den nationella vårdrekommendationen har utarbetats för anställda inom vården som sköter personer med minnessjukdom i olika miljöer, såsom hemvård och dygnet-runt-vård. Vårdrekommendationen behandlar inte akut sjukvård och palliativ vård. I tillämpliga delar passar vårdrekommendationen även för minnessjuka, deras anhöriga och närstående och andra som har med minnessjukdom att göra.

### Centrala begrepp

#### En minnessjuk person (minnessjuk)

Med en minnessjuk anses i denna vårdrekommendation en person som har diagnostiserats med en framskridande minnessjukdom. Vårdrekommendationen behandlar inte personer som har en lindrig kognitiv försämring utan diagnostiserad minnessjukdom och inte heller minnessjuka i palliativ vård. Minnessjukdomen graderas ofta i lindrig, medelsvår och svår minnessjukdom. En bedömning av sjukdomens svårighetsgrad kan göras med hjälp av mätinstrumenten DDR- (eng. *Clinical Dementia Rating*) och GDS/FAST (eng. *Global Deterioration Scale / Functional Assessment and Staging*)<sup>2</sup>. I de studier om minnessjukas svårighetsgrad som ingår i vårdrekommendationen används emellertid det vanligare mätinstrumentet MMSE (eng. *Mini-Mental State Examination*), som även anses ge hänvisningar om sjukdomens framskridande<sup>2</sup>.

#### Stödjande att utföra dagliga aktiviteter

Med utförande av dagliga aktiviteter avser vårdrekommendationen en minnessjuk persons förmåga att utföra dagliga aktiviteter och bemöta utmaningar i den miljö där hen lever. Utförandet av dagliga aktiviteter kan delas upp i grundläggande dagliga aktiviteter (eng. *activities of daily living, ADL*, eller *basic activities of daily living, BADL*) och instrumentella dagliga aktiviteter (eng. *instrumental activities of daily living, IADL*). Med grundläggande dagliga aktiviteter avses vanliga grundläggande sysslor såsom att äta, klä på sig och tvätta sig. Instrumentella aktiviteter avser mer

komplicerade aktiviteter såsom att tvätta kläder eller sköta om ärenden som gäller pengar.<sup>3</sup> För att en minnessjuk ska kunna utföra dagliga aktiviteter krävs förutom kognitiv och fysisk funktionsförmåga även psykisk, social och rättslig handlingsfunktion.<sup>3</sup> När minnessjukdomen framskrider och funktionsförmågan försvagas försvåras den minnessjukes förmåga att utföra instrumentella aktiviteter i allmänhet snabbare än förmågan att utföra grundläggande dagliga aktiviteter, vilka kvarstår under en längre tidsperiod.<sup>9</sup> Funktionsförmågan hos en person med minnessjukdom kan undersökas med hjälp av klassifikationen ICF som gör det möjligt att beskriva en persons funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (eng. *International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF*), och klassifikationen kan även användas som stöd för dokumentation av funktionsförmågan<sup>10, 11</sup>. I vårdrekommendationen undersöks stöd av den minnessjuka att utföra dagliga aktiviteter som en helhet vilket innebär både utförande av grundläggande dagliga aktiviteter (ADL) och utförande av instrumentella aktiviteter (IADL).

Av de avancerade dagliga aktiviteterna (eng. *advanced activities of daily living, AADL*), till exempel ordnande av kalas, deltagande i samhället och aktiv motion är de förmågor som först upphör i takt med sjukdomens framskridande<sup>12</sup>. Stöd av sådana avancerade dagliga aktiviteter behandlas inte i vårdrekommendationen.

I och med att minnessjukdomen framskrider kan en försvagning av den minnessjukes funktionsnivå och förmåga att utföra dagliga aktiviteter observeras. I ett lindrigt stadium av Alzheimers sjukdom (MMSE 18–26, GDS/FAST 3–4, CDR 0,5–1) kan man observera att den minnessjuka bland annat har svårare att följa med en diskussion, problem med att sköta om sin medicinering och svårigheter att sköta om hushållet och att handla i butiken. I ett medelsvårt stadium av Alzheimers sjukdom (MMSE 10–22, GDS 4–6, CDR 1–2) kan den minnessjuka ha behov att bli påmind om alla grundläggande dagliga aktiviteter och ha svårigheter att klä sig ändamålsenligt samt kan tappa bort sig på bekanta platser. Vid svår Alzheimersjukdom (MMSE 0–12, GDS/FAST 6–7, CDR 2–3) klarar den minnessjuka inte av att utföra grundläggande dagliga aktiviteter utan hjälp, även inkontinens kan eventuellt förekomma.<sup>2</sup>

I vårdrekommendationen avses med stöd för utförande av dagliga aktiviteter användningen av sådana metoder och stödformer som

- upprätthåller den minnessjukes förmåga att självständigt utföra dagliga aktiviteter så länge som möjligt,
- fördröjer försämringen av den på grund av minnessjukdomen orsakade förmågan att utföra dagliga aktiviteter, eller
- stöder den minnessjukes utförande av dagliga aktiviteter.

### **Icke-farmakologiska metoder**

I vårdrekommendationen avses med icke-farmakologiska metoder psykosociala, psykofysiska och andra läkemedelsfria metoder och stödformer som kan användas i vården som en del av vården av personer med minnessjukdom. De är metoder som kan användas vid sidan av icke-farmakologiska och andra behandlingsmetoder, men de är inte ersättande metoder. I vårdrekommendationen behandlas inte läkemedelsvården som utförs av professionella inom vården och inte heller faktorer som vid sidan av minnessjukdomen kan försvaga den minnessjukes funktionsför-



måga (bl.a. smärta, sämre humör och undernäring). Näringsbehandling<sup>7</sup> för minnessjuka och näring för äldre behandlas i rekommendationerna<sup>8</sup> som utarbetats av Statens näringskommitté.

Vårdrekommendationerna undersöker vilka metoder som är relevanta för vården. Sålunda har en del av metoderna som kräver kompetens hos legitimerade personer eller personer med skyddad yrkesbeteckning (t.ex. fysioterapeuter, psykologer, psykoterapeuter) inte inkluderats i vårdrekommendationen. Vårdrekommendationen behandlar inte heller vitaminer, spårämnen, kosttillskott och näringsämnen och inte preparat i kinesisk medicin.

## Metoder

### Informationssökning

Informationssökningen för vårdrekommendationen gjordes i samarbete med informatikern vid Uleåborgs universitet. Informatikern utarbetade sökfraser för vårdrekommendationens informationssökning i följande databaser: PubMed (Medline), CINAHL®, PsycArticles och Medic. PubMed innehöll även Cochranes och JBI:s översikter, så en separat sökning i dessa databaser gjordes inte. Sökningarna gjordes med hjälp av frågeställningar enligt PICO och PICO. Sökningarna utfördes i två skeden.

I det första skedet i juni 2018 avgränsades sökningen till översikter, systematiska översikter och metaanalyser (Bilaga 1). Då fann man i de preliminära sökningarna en översikt av systematiska översikter som undersökte icke-farmakologiska metoder och minnessjukas förmåga att utföra dagliga aktiviteter som omfattade litteraturoversikter ända från 2015. Den inkluderades i vårdrekommendationen. Den egentliga sökningen avgränsades från den nämnda tidpunkten framöver, dvs. 2015–2018. Informationssökningen gav totalt 2072 referenser.

I det andra skedet hösten 2019 uppdaterades sökningen av systematiska översikter och metaanalyser från tiden efter juni 2018. Samtidig uppdaterades sökfraserna för att få fram sökresultat som omfattade ämnet i större utsträckning än tidigare. Den uppdaterade informationssökningen gav totalt 1917 referenser. (Bilaga 1) Hösten 2019 utfördes därutöver sökningar efter ursprungliga studier (Bilaga 1) om sådana icke-farmakologiska metoder beträffande vilka det inte hittades litteraturoversikter eller beträffande vilka det fanns knappa uppgifter att få i form av översikter. Sökningen i andra skedet gjordes utan avgränsning av tid och utformning.

Litteratursökningarna sparades på konton som hade skapats i olika databaser. Sökresultaten granskades först på rubriknivå och utifrån detta sparades för fortsatt granskning valda översiktsartiklar och enskilda forskningsartiklar enligt innehåll i mappen SharePoint. Därpå lästes artiklarnas sammanfattningar och därefter lästes de valda artiklarna i sin helhet. I samband med urvalet användes på förhand bestämda inklusions- och exklusionskriterier.



## Val av informationskällor

### Inklusions- och exklusionskriterier

I vårdrekommendationen inkluderades primärt systematiska översikter och sekundärt översikter utan sådan begränsning som gäller studieutformningen och kvantitativa och kvalitativa ursprungliga studier som uppfyllde följande kriterier:

- undersökta personer med diagnostiserad minnessjukdom utan åldersgräns,
  - även sådana studier inkluderades där en del av de undersökta hade en kognitiv försämring, men förutsatt att den huvudsakliga målgruppen bestod av personer med minnessjukdom
- resultatvariabeln eller det undersökta fenomenet var stöd att utföra dagliga aktiviteter (ADL och/eller IADL) som en helhet, och
- interventionerna var icke-farmakologiska metoder som den vårdpersonalen kan använda i vården
  - studier som undersökte metoder som kan utnyttjas i vården utifrån kompletterande utbildning (t.ex. validering) inkluderades också
  - även studier som undersökte metoder som i tillämpliga delar kan användas i vården inkluderades, trots att de som genomförde interventionerna i den granskade studien inte var vårdpersonal

Vårdrekommendationen inkluderade inte studier med följande innehåll:

- enbart personer med försvagad kognitiv förmåga utan en diagnos på minnessjukdom och separat enskilda delområden om funktionsförmågan (t.ex. separat kognitiv och fysisk funktionsförmåga),
- metoder med syfte att stöda enskilda dagliga aktiviteter (exempelvis att äta) eller att utföra krävande dagliga aktiviteter (AADL),
- andra faktorer som vid sidan av minnessjukdomen påverkar förmågan att utföra dagliga aktiviteter (bl.a. undernäring, smärta och humör),
- läkemedelsvård, vitaminer, spårämnen, kosttillskott och näringsämnen och preparat i kinesisk medicin,
- metoder som kräver sådan specialkompetens som innehas av till exempel fysioterapeut, psykolog eller annan legitimerad yrkesutbildad person eller yrkesutbildad person med skyddad yrkesbeteckning, eller
- studier som gjorts i samband med akutsjukvård eller palliativ vård.

### Kvalitetsbedömning av materialunderlaget

Utifrån tidigare beskrivna kriterier bedömdes den metodologiska (Bilaga 2, på finska) kvaliteten på de artiklar över studier som valts enligt kriterierna för respektive studieutformning (Joanna Briggs Institutets (JBI) checklistor för kritisk bedömning av studieutformningar). Kvaliteten bedömdes alltid självständigt av två medlemmar av arbetsgruppen varefter bedömningarna jämfördes, varvid avvikande punkter diskuterades. Gränsen för godkännande var ett utfall om 50 procent av kriterierna. I den systematiska översikten användes som kriterium för

godkännande även att två forskare hade självständigt bedömt kvaliteten på de ursprungliga studier som valdes för översikten. Blanketterna för kvalitetsbedömning sparades för respektive artikel och bedömare i skilda filer. I den muntliga beskrivningen av kvalitetsbedömningens resultat användes följande gränsvärden: 90–100 % utfall av kriterierna: hög; 70–80 %: god; 50–60 %: befogad; under 50 %: icke godkänd.

### **Analys av materialet**

Innehåll som granskade icke-farmakologiska metoder indelades av rekommendationsgruppen i smågrupper som valde studieartiklarna med hjälp av inklusions- och exklusionskriterierna, utvärderade kvaliteten och skrev in resultaten i sammanfattande resultattabeller. En genomgång av de sammanfattande resultattabellerna över studierna gjordes gemensamt av hela arbetsgruppen i initialskedet av utarbetningen av evidenssammandrag.

## **Evidensbedömning**

Rekommendationsfraserna i vårdrekommendationen grundar sig på evidenssammandrag (Bilaga 3–7). Evidenssammandragen skrevs i enlighet med Hoitotyön tutkimussäätiös handbok om utarbetning av vårdrekommendationer<sup>13</sup>. I evidenssammandraget beskrevs de viktigaste resultaten från varje granskad studie om icke-farmakologiska metoder, en sammanfattning om studiens utförande, resultatet från kvalitetsbedömningen, evidensstyrkan som grundar sig på studieutformningen och studieresultatens relevans för den finländska befolkningen. Vårdrekommendationernas preliminära evidenssammandragen utarbetades i små grupper inom arbetsgruppen för vårdrekommendationen och de slutfördes av hela gruppen.

### **Utarbetning av rekommendationerna**

Rekommendationsfraserna skrevs utifrån evidenssammandragen. De grundar sig på befintlig evidens. Evidensgraden i respektive rekommendationsfras fastställdes på skalan A–D (Tabell 1). På fastställandet av evidensen i rekommendationsfrasen inverkar hur hög och konsekvent evidensen var i de studier som evidenssammandraget granskade med beaktande av studiens kvalitet, evidensstyrkan och andra observationer såsom studiens sampelstorlek. Rekommendationsfraserna och beslutet om evidensgraden fattades utifrån en diskussion i arbetsgruppen. Expertgruppen för vårdrekommendationen fungerade därutöver som ett stöd för arbetsgruppen för vårdrekommendationen. Expertgruppens medlemmar konsulterades i planeringsskedet av vårdrekommendationen och i samband med skrivandet av rekommendationsfraserna, t.ex. utformningen av dessa. Vårdrekommendationens innehåll slutfördes utifrån inhämtade utlåtanden.

Tabell 1. Angivande av evidensen i vårdrekommendationerna i enlighet med <sup>13-16</sup>

A	Hög evidens: vi litar på att den verkliga effekten ligger nära den uppskattade effekten.	Flera metodologiskt högklassiga <sup>1</sup> studier med liknande resultat.
B	Måttliga evidens: vi är någorlunda säkra på att den verkliga effekten ligger nära den uppskattade effekten.	Åtminstone en metodologiskt högklassig <sup>1</sup> studie eller flera högklassiga <sup>1</sup> studier, vars forskningsresultat enbart är aningen motstridiga, eller flera befogade <sup>2</sup> studier, vars resultat är liknande.
C	Svag evidens: förtroendet för bedömningen av effekten är begränsad: den verkliga effekten kan vara något annat än den uppskattade.	Flera högklassiga <sup>1</sup> studier med resultat som påvisar avsevärt motstridiga resultat, eller åtminstone en befogad <sup>2</sup> studie.
D	Mycket svag evidens: mycket svagt förtroende för bedömningen av effekten: den verkliga effekten kan avvika avsevärt från bedömningarna.	Metodologiskt svaga studier, emellertid uppfylls det lägsta kravet på kvalitet.
<sup>1</sup> Metodologiskt högklassig = använt det bästa studieupplägget utgående från studieobjektet och studiens genomförande är metodologiskt högklassigt		
<sup>2</sup> Befogad = den metodologiska kvaliteten är befogad men inte den mest lämpliga med tanke på studieutformningen och -objektet; befolkningen som granskats och den metod som använts är relevanta som grund för vårdrekommendationens ställningstaganden.		

## Rekommendationer

### 1. Interaktion som uppmärksammar den minnessjuka

#### 1.1 Närvaro och lotsning i dagliga aktiviteter

Gör det möjligt för den minnessjuka att vara självständig genom att vara närvarande och genom att lotsa hen i dagliga aktiviteter med beaktande av hens funktionsförmåga,

- eftersom närvaro och lotsning kan stöda den minnessjukens förmåga att bättre klara av instrumentella aktiviteter självständigt i det dagliga livet (såsom att koka kaffe eller använda telefonen) än hjälp som gör dem i stället för den minnessjuka (C).
  - Att göra det möjligt för en minnessjuk att självständigt utföra aktiviteter till nytta i alla svårighetsgrader av minnessjukdomen<sup>17</sup>.

Uppmuntra den minnessjuka till självständighet i dagliga aktiviteter och beakta samtidigt oönskade känslor som hen eventuellt upplever (t.ex. rädsla) och förnimmelser (t.ex. smärta, trötthet),

- eftersom detta handlingsätt kan stöda den minnessjuka att självständigt klara av grundläggande aktiviteter i det dagliga livet (C).
  - Interaktion som uppmuntrar den minnessjuka förutsätter att den vårdpersonal har förtroende med minnessjukdomar och minnessjuka som människor<sup>18</sup>.
  - Tolkning av en minnessjuk persons förnimmelser förutsätter av vårdpersonal förutom muntlig kommunikation även beaktande av den minnessjukens icke-verbala meddelanden<sup>19</sup>.
  - Främjande faktorer i interaktionen som uppmuntrar den minnessjuka till självständig aktivitet är följande:
    - förtroende med den minnessjukens livshistoria och beaktande av faktorer som motiverar den minnessjuka (t.ex. tidigare hobbyer och intressen som gäller arbetslivet),
    - användning av korta och tydliga muntliga anvisningar,
    - upprepande av ärenden vid behov och
    - humor till stöd för interaktionen<sup>18</sup>.
  - Andra faktorer som stöder interaktionen är en multiprofessionell inställning till arbetet, samarbete med anhöriga, flexibla tidscheman i dagliga aktiviteter och tillräcklig personalresurs<sup>18</sup>.

#### 1.2 Musik till stöd för interaktionen

Utnyttja musik i samband med dagliga aktiviteter i interaktionssituationer,

- då i synnerhet att lyssna på musik som sjungs kan stöda interaktionen mellan den minnessjuka och den person som hjälper till med vardagssysslorna (C).

- Färdigheter i anknytning till musik, såsom sång och orientering till musik kan hos den minnessjuka när minnessjukdomen framskrider finnas kvar längre än kommunikationsförmågan<sup>20</sup>.
- Genom att sjunga en bekant sång eller lyssna på favoritmusik kan en minnessjuk ha lättare att känna igen en för hen bekant person och på så vis är det lättare att utföra dagliga aktiviteter tillsammans med den minnessjuka<sup>20</sup>.

➤ **eftersom lyssnande på musik som sjungs eller spelas kan lugna en minnessjuk och få hen att sova om kvällarna, men tillförlitligt bevis saknas (D).**

**I denna vårdrekommendation utifrån de undersökta studierna, har följande metoder ingen inverkan på minnessjukas förmåga att utföra dagliga aktiviteter, men metoderna är inte heller till någon skada:**

Uppställande av mål med anknytning till dagliga aktiviteter och uppmuntrande till dessa påverkar inte ensamma hur minnessjuka klarar av att utföra av dagliga aktiviteter (C).

Validationsterapin har inte ensam effekt på hur minnessjuka klarar av att utföra dagliga aktiviteter (C).

Psykologiska metoder, såsom terapeutiskt stöd har uppenbarligen inte i sig själva effekt på hur minnessjuka klarar av att utföra dagliga aktiviteter (B).

- Otrevliga känslor som den minnessjuka upplever (t.ex. rädsla) och förnimmelser (t.ex. smärta, trötthet) ska emellertid beaktas i samband med stöd av den minnessjukes förmåga att utföra dagliga aktiviteter<sup>19</sup>.
- Uppmärksamhet ska även riktas mot andra faktorer, såsom sämre humör hos den minnessjuka då detta vid sidan av minnessjukdomen kan försvaga funktionsförmågan<sup>2</sup>.

## **2. Ledd aktivitet**

### **2.1 Kombinationer av aktiviteter**

**Ordna olika aktiviteter för minnessjuka genom att främst utnyttja kombinationer av aktiviteter,**

- **eftersom kognitiva övningar kombinerat med motion stöder den minnessjuka att klara av att utföra dagliga aktiviteter (A).**
- **eftersom kognitiva metoder i kombination med andra icke-farmakologiska metoder tydligen stöder minnessjukas förmåga att utföra dagliga aktiviteter (B).**
  - Det är skäl att med den minnessjuka mångsidigt, långsiktigt och regelbundet utnyttja olika kognitiva metoder, såsom kognitiva övningar och stimulans jämte andra metoder<sup>21-26</sup>.
    - Kognitiva övningar kan göras till exempel i samband med motion (t.ex. promenader, motionscykel eller bowling) och med metoder som använder musik (gemensamt musicerande och dans) vid sidan av skapande övningar (t.ex. teckningsuppgifter) eller trädgårdsskötsel<sup>24</sup>.

- Med kognitiva övningar avses ledda och funktionella uppgifter som tränar olika delområden av informationsbehandling, såsom musik, observationsförmåga eller resonemang (t.ex. strykande av en viss bokstav i en text)<sup>22</sup>.
  - Uppgifterna kan utföras individuellt eller i grupp<sup>21, 22, 24</sup>.
  - Övningarna kan utföras med papper och penna, på dator eller med andra verktyg<sup>21, 22, 24</sup>.
  - Uppgifternas svårighetsgrad bör justeras efter den minnessjukes funktionsförmåga<sup>22</sup>.
  - Övningarna i studien kombinerades delvis med dagliga sysslor såsom butiksbesök, uppgörande av inköpslistor eller betalning av räkningar<sup>22</sup>.
- Med kognitiv stimulans avses aktiviteter som stimulerar olika kognitiva eller sociala funktionsförmågor (t.ex. gruppdiskussioner)<sup>22</sup>.
  - Kognitiv stimulans kan även genomföras genom besök på platser utanför boendet, till exempel biografier och museer<sup>22</sup>.
- Kognitiva metoder som användes i studien innefattade även orientering i tid och rum och som hjälpmedel användes kalendrar och dagbok<sup>22</sup>.

## 2.2 Rörelseaktiviteter

### Ordna mångsidiga rörelseaktiviteter för minnessjuka,

- **eftersom motionsövningarna i sig uppenbarligen även stöder den minnessjuka att klara av att utföra dagliga aktiviteter (B).**
- **eftersom möjligheten att delta i motionsövningar för minnessjuka kan vara betydelsefullt och öka hens tro på sin egen förmåga (C).**
  - Bland de motionsaktiviteter som erbjuds minnessjuka är det skäl att välja mångsidigt bland olika motionsformer<sup>27, 28</sup>.
    - Motionsaktiviteterna kan vara promenader, kraft-, uthållighets- och balansövningar, exempelvis att stå upp från stolen och att lyfta av vristtyngder, övningar som tränar upp rörligheten och koordinationen såsom hantering av en boll och kombinationer av dessa<sup>27, 28</sup>.
  - Jämte promenader kan man vid behov även pröva på gymnastikövningar sittande på en stol<sup>29</sup>.
  - Det är skäl att gradvis öka övningarnas svårighetsgrad<sup>30</sup>.
  - Redan övningar av måttlig intensitet stödjer den minnessjukes förmåga att utföra dagliga aktiviteter<sup>29, 31</sup>, men minnessjuka kan även gilla övningar av hög intensitet<sup>32</sup>.
  - Motionen ska vara regelbunden och övningarna ska utföras på lång sikt<sup>28, 31</sup>.
    - I studien genomfördes motionsövningar i snitt 2–5 gånger i veckan, minst 20–30 minuter per gången (t.ex. <sup>31,33</sup>).

### Gör det möjligt för minnessjuka att delta i rörelseaktiviteter i grupp,

- **eftersom en minnessjuk kan se gruppens stöd som viktigt, positivt och motiverande (C).**
  - Evidensgraden stöder utförande av motionsövningar dels individuellt<sup>34</sup>, dels i grupp<sup>31</sup>.

- Emellertid kan gruppens stöd och en positiv rollmodell ha stor betydelse för en minnessjuk person<sup>32</sup>.
- Även att vårdpersonalen fingerar som exempel upplevs av de minnessjuka som viktig när det gäller att uppmuntra till motion<sup>32</sup>.

**Fäst vikt vid att motionsövningarna som utförs i grupp också ska utformas individuellt,**

- **eftersom motionsövningarna i sig tydligen är till stöd för minnessjuka att klara av att utföra dagliga aktiviteter (B).**
- **eftersom en minnessjuk kan uppleva individuellt utformade motionsövningar som trevliga (C).**
  - Minnessjuka personer upplever att det är betydelsefullt att möjligheter till motion även erbjuds i dygnet-runt-vården och att den utformas i enlighet med den minnessjukes funktionsförmåga<sup>32</sup>.

**Se till att den person som leder motionsövningarna är förtrogen med deltagarnas särskilda behov,**

- **eftersom interaktionen med den person som instruerar motionsövningarna och hans förtrogenhet med de äldre och deras särskilda behov kan för de äldre minnessjuka vara betydelsefullt med tanke på deltagande i rörelsegruppen och med tanke på känslan av trygghet (C).**
  - Personer med minnessjukdom anser det viktigt att den person som leder motionsgruppen har en positiv inställning till dem<sup>32</sup>.
  - De värdesätter även den information om olika motionsövningar som de får av personen som leder motionsgruppen<sup>32</sup>.

## **2.3 Musikaktiviteter**

**Ordna musikaktiviteter för minnessjuka vid sidan av andra aktiviteter,**

- **eftersom musikaktiviteter kan stöda den minnessjuka att klara av att utföra dagliga aktiviteter (evidensgrad C).**
  - Med musikövningar avses övningar som utformats för den minnessjuka och som blir svårare med tiden, så syftet är att stimulera den minnessjukes minne och uppmärksamhet<sup>35</sup>.
  - Övningarna som undersöktes i studien bestod av inspelad musik där ljudstimuleringar kombinerades med olika kroppsörelser. För att kunna utföra övningarna krävs det av den minnessjuka att hen koncentrerar sig, utför rätta kroppsörelser och lägger ljudstimuleringarna på minnet. Dessutom kan rytmövningar användas.<sup>35</sup>
  - I studien utfördes övningarna regelbundet två gånger i veckan tillsammans med personer med lindrig eller medelsvår minnessjukdom<sup>35</sup>.
  - I studien användes delvis även musikterapi. Med musikterapi avses en rehabiliterings- och vårdform som utförs av en musikterapeut och där musik och musikelement utnyttjas som ett medel för interaktion för att nå individuella terapeutiska mål. I studiens musikterapi användes bland annat sång eller annan form av musicerande, kombinerat med att minnas, musikimprovisation och känslouttryck.<sup>36</sup>



- eftersom speciellt lyssnande på levande musik kan stödja minnessjukas deltagande i trevliga dagliga aktiviteter (C).

## 2.4 Övningar av dagliga aktiviteter

Lotsa den minnessjuka i övningar av dagliga aktiviteter,

- eftersom övningar i dagliga aktiviteter uppenbarligen stöder den minnessjuka att klara av att utföra dagliga aktiviteter (B).
  - Under den tid dagliga aktiviteter övas, till exempel i samband med måltider eller förflyttning från en plats till en annan är det bra att muntligen uppmuntra och lotsa den minnessjuka i stället för att göra aktiviteterna i hens ställe<sup>25</sup>.

## 2.5 Att minnas

Att minnas utnyttjas i första hand kombinerat med dagliga aktiviteter tillsammans med en minnesjuk,

- eftersom att minnas kombinerat med dagliga aktiviteter kan stötta den minnessjukas förmåga att klara av att utföra dagliga aktiviteter (C).
  - Att minnas kombineras till exempel med matlagning eller handarbete och att minnas kan konkretiseras exempelvis med hjälp av gamla arbetsredskap<sup>22</sup>.
- eftersom att minnas kan stöda den minnessjuka att klara av att utföra dagliga aktiviteter (C).
  - Att minnas kan utövas som en personlig aktivitet, arbete i par dvs. den minnessjuka och en anhörig/närstående eller i grupp<sup>37</sup>.
  - Att minnas utövades regelbundet i studien, i 4–12 veckor från en till två gånger i veckan. En musiksession varade 1–2 timmar<sup>38</sup>.
  - Att minnas kan enkelt utövas genom att erinra sig personliga händelser och berättelser och fritt dela med sig av sina minnen, eller av att minnas en strukturerad livshistoria där personens livshistoria går igenom kronologiskt med innehåll av både positiva och negativa minnen från livet<sup>38</sup>.
  - I studien utnyttjades delvis även musikterapi som används som en terapiform<sup>38</sup>.
  - Det är skäl att beakta att när man utnyttjar metoden att minnas kan det väcka starka minnen hos vissa personer. Man bör förbereda sig på detta och se till att ge ändamålsenligt stöd efter händelsen.<sup>38</sup>

I denna vårdrekommendation, utifrån de granskade studierna, påverkar nedan nämnda metoder inte minnessjukas förmåga att utföra dagliga aktiviteter, men metoderna är inte heller till någon skada:

- Enbart kognitiva övningar har uppenbarligen inte effekt på hur minnessjuka klarar av att utföra dagliga aktiviteter (B).

- Enbart datorassisterade kognitiva övningar har bevisligen inte effekt på hur minnessjuka klarar av att utföra dagliga aktiviteter (B).
- Enbart kognitiv stimulering har synbarligen inte effekt på hur minnessjuka klarar av att utföra dagliga aktiviteter (B).
- Enbart djurassisterade metoder har uppenbarligen inte effekt på hur minnessjuka klarar av att utföra dagliga aktiviteter (B).

### 3. Lösningar på den minnessjukes boendemiljö

#### 3.1 Hjälpmedel och stödlösningar

Utnyttja olika hjälpmedel och stödlösningar som underlättar dagliga aktiviteter i den minnessjukes boendemiljö,

- **eftersom hjälpmedel som används i boendemiljön och individuella stödlösningar i kombination med muntlig lotsning av en minnessjuk kan stödja den minnessjuka att klara av att utföra dagliga aktiviteter (C).**
  - Hjälpmedel som stöder den minnessjukes förmåga att utföra dagliga aktiviteter, stödlösningar och förändringar i boendemiljön kan bestå till exempel av
    - bildinstruktioner som placeras i boendemiljön och som lotsar den minnessjukes aktivitet exempelvis under morgonsysslorna,
    - användning av färger och kontraster i bostäderna och föremålen, såsom kärl och märkning av föremål och dörrar, lådor och skåpdörrar samt
    - avlägsnande av hinder och riskfaktorer från boendemiljön<sup>39</sup>.
- **eftersom teknologiska utrustningar för positionering, distansuppföljning och stöd kan stöda den minnessjukes förmåga att utföra dagliga aktiviteter (C).**
  - Med utrustningar för stöd och positionering till stöd för minnessjukas förmåga att utföra dagliga aktiviteter avses tekniska lösningar med hjälp av vilka det är möjligt att (t.ex. Cavallo et al. 2015<sup>40</sup>)
    - utlösa automatiska larm vid riskfyllda situationer (fallolyckor, brandalarm, dörren lämnats öppen),
    - lotsa minnessjuka muntligen och via videospelade anvisningar till exempel att ta mediciner och utföra dagliga aktiviteter såsom toalettbesök eller morgonsysslor,
    - göra social interaktion möjlig och erbjuda den minnessjuka kognitiva övningar och
    - övervaka på distans den minnessjukes aktiviteter och rörelser.
  - Till stöd för en minnessjuk som bor hemma har man även utvecklat till exempel olika alarmknappar, säng- och golvlarm, aktivitetsarmband, användarvänliga telefoner och dygnskalendrar<sup>41</sup>.
  - Tekniska lösningar kan utnyttjas för att stödja övrig vård i den minnessjukes boendemiljö
    - Förutom att utrustningarna stödjer utförandet av dagliga aktiviteter kan de främja möjligheten för den minnessjuka att rör sig självständigt och öka trygghetskänslan<sup>42</sup>.
  - När tekniska utrustningar tas i bruk till stöd för en minnessjuk person ska särskild vikt fästas vid ibruktagandet.

- I det skede når utrustningen tas i bruk ska fortgående handledning och stöd ges såväl till den minnessjuka som till hans stödnätverk. Handledningen ska upprepas tillräckligt ofta.
- I samband med ibruktageandet av utrustningen ska man beakta hur väl den lämpar sig med tanke på minnessjukdomens svårighetsgrad.
  - Utrustningar som förutsätter att den minnessjuka har en aktiv roll, passar bättre i initialskedet av en minnessjukdom.
  - I takt med att sjukdomen framskrider blir den minnessjukas roll som användare av utrustningen allt mer passiv.<sup>43</sup>
- Det är skäl att börja använda utrustningen för positionering och distansmonitorering i minnessjukdomens begynnelseskede för att få den minnessjukas tillräckliga samtycke och för att undvika etiska problem relaterade till användningen av dessa<sup>42</sup>.
  - I ett tidigt skede av minnessjukdomen kan den minnessjuka i allmänhet känna av sjukdomen och vara motiverad till att utrustningen tas i bruk<sup>42</sup>.

### 3.2 Belysning

Sköt om en god belysning i de minnessjukas boendemiljö,

- **eftersom en effektivare belysning än normalljuset dagtid kan stötta den minnessjuka att klara av att utföra dagliga aktiviteter (C).**
  - Den positiva effekten av effektiv belysning grundar sig vanligtvis på skillnaden mellan natt och dag och stöder således dygnsrytmen gällande sömn och vaket tillstånd<sup>39</sup>.
    - I studien justerades ljusstyrkan till  $\pm 1\ 000$  lux regelbundet från klockan nio på morgonen till sex på kvällen<sup>30</sup>.
  - I samband med justering av ljuseffekten, såsom även i samband med övriga metoder, ska dess effekt på den minnessjuka bedömas individuellt<sup>39</sup>.
    - Ett starkt ljus har i samband med måltidsserveringen observerats leda till en förändring av beteendet hos minnessjuka, såsom oro och upprördhet<sup>44</sup>.

### 3.3 Sinnesrum

Ge minnessjuka möjlighet att besöka ett sinnesrum,

- **eftersom en kortvarig (ca 30 minuter) men regelbunden multisinnesstimulering uppenbarligen stöder förmågan hos minnessjuka att utföra grundläggande dagliga aktiviteter (B).**
  - Med multisinnesstimuleringen avses stimulering av smak-, lukt-, berörings-, syn- och hörselsinnet. I samband med sinnesstimulering kan exempelvis färger, ljus, musik, smaker, aromer, värme och beröring användas.
  - Vid multisinnesstimulering ska rummets ro, stillhet och hemtrevlighet beaktas.
  - Multisinnesstimuleringens effekter på dagliga aktiviteter uppskattas bero bland annat på dess effekt som främjar varseblivning och observation av miljön.<sup>45</sup>

### 3.4 Utrymmeskoncept och typ av boende

Beakta en hemtrevlig boendemiljö för den minnessjuka,

➤ **eftersom en hemtrevlig boendemiljö kan stöda självständig aktivitet hos den minnessjuka att utföra dagliga aktiviteter (C).**

- Hemtrevlighet i dygnet-runt-vård kan förbättras bland annat genom
  - matsalens anknytning till köket och möjligheten att i lokalen delta i hemmets sysslor,
  - inredning av ett eget rum med bekanta möbler och kära föremål,
  - stora fönster och en vy ut samt möjlighet att fritt gå ut på gården och i trädgården,
  - användning av färger i inredningen<sup>39</sup>.

**Delta i den mån det är möjligt i utvecklandet av bostäder och bostadstyper avsedda för personer med minnessjukdom,**

➤ **eftersom öppna planlösningar för gemensamma utrymmen kan förstärka förmågan hos en minnessjuk i dygnet-runt-vård att utföra dagliga aktiviteter (C).**

- Med öppna planlösningar på gemensamma utrymmen avses en enhetlig lokal som består av både matsal och sällskapsrum.
- De gemensamma rummens öppenhet gör det möjligt för den minnessjuka att röra sig fritt och delta i aktiviteter.<sup>39</sup>

➤ **eftersom smågruppsboende (ca 6–12 personer/grupp) kan gynna förmågan hos en minnessjuk person som vårdas dygnet runt att utföra dagliga aktiviteter (C).**

- Med tanke på förmågan att utföra dagliga aktiviteter är man inte ense om vilken gruppstorlek som är bäst för en minnessjuk, men uppgifter om gruppstorlekar som förekommer i studier varierar mellan sex och tolv personer.
  - Det finns stöd för att minnessjuka kan ha nytta av att bo i gruppboende med cirka 12 personer, som bättre än en mindre gruppstorlek ökar den minnessjukes aktivitet och minskar apatiskt beteende.
- För att nå positiva effekter ska man förutom gruppstorleken även beakta hemtrevligheten, vårdpersonalens kompetens och organisationens vårdkultur.<sup>39</sup>

## **4. Beaktande av anhöriga och närstående i samband med vården av personer med minnessjukdom**

**Gör det möjligt för anhöriga och närstående att delta i den minnessjukas vardag även i dygnet-runt-vård,**

➤ **eftersom övningar i dagliga aktiviteter tillsammans med en anhörig som par uppenbarligen stöder den minnessjuka att utföra dagliga aktiviteter (B).**

- Anhörigas och närståendes deltagande kan man stödja till exempel genom
  - att ge möjlighet till individuellt sett trevliga aktiviteter eller genom
  - att omforma boendemiljön så att den främjar deltagande<sup>33</sup>.

**Lotsa och stöda de anhöriga och närstående till en minnessjuk person att stöda utförandet av dagliga aktiviteter,**

- **eftersom anhöriga eventuellt upplever att de behöver mera kunskap och stöd för att utvärdera hjälpbehovet hos en person med minnessjukdom, för att kunna stöda utförandet av dagliga aktiviteter och för att kunna följa upp funktionsförmågan (C).**
  - För anhöriga kan det vara svårt att veta när en minnessjuk behöver hjälp och när det är bättre att låta hen själv utföra grundläggande aktiviteter<sup>46</sup>.
  - Anhöriga kan behöva stöd i synnerhet i situationer då den minnessjuka vägrar att ta emot hjälp eller uppträder upphetsat eller aggressivt<sup>46</sup>.

## **5. Vårdpersonals kompetens och utbildning om minnessjukdomar och icke-farmakologiska metoder**

**Upprätthåll din yrkeskompetens gällande minnessjukdomar, minnessjukas särskilda karaktär och icke-farmakologiska metoder som stöder den minnessjuka att utföra dagliga aktiviteter,**

- **eftersom de vårdpersonals utbildning synbarligen har positiva effekter på förmågan hos minnessjuka att utföra dagliga aktiviteter (B).**
  - Det hör till arbetsgivarens ansvar att skapa förutsättningar för vårdpersonal att delta i nödvändig kompletterande yrkesutbildning. Arbetsgivaren ska även följa med de vårdpersonals kompetens.<sup>47</sup>
  - Utbildningen som riktas till vårdpersonal borde på ett mångsidigt sätt omfatta ämnesområden om minnessjukdomar och icke-farmakologiska metoder såsom
    - beteendeförändringar hos minnessjuka, minnessjukdomarnas konsekvenser för social samvaro och egenvård, bedömning av den minnessjukes funktionsförmåga och utförande av icke-farmakologiska metoder.
  - Jämte föreläsningarna är det bra att utnyttja olika metoder såsom
    - praktiska övningar, rollspel, verkstäder för planering av vården, kamratgruppsamtal, grupparbeten, litteraturhänvisningar och övningsuppgifter.
  - Även mentorskap av erfaren personal och kvalitetsrevision av metoder som används i praktiken kan vara till nytta.<sup>48</sup>

## **Ibrukttagande av rekommendationen**

### **Vården utförs som mångprofessionellt samarbete**

Rekommendationen "Stöd för en minnessjuk person att utföra dagliga aktiviteter – icke-farmakologiska metoder i vården" är avsedd att användas i arbetet med minnessjuka i olika vårdmiljöer, exempelvis i hemvård eller dygnet-runt-vård. Utifrån den evidens som granskats i vårdrekommendationen är icke-farmakologiska metoder trygga när den minnessjuka får stöd i att utföra dagliga aktiviteter eftersom man i studierna inte upptäckt att metoderna är förenade med betydande risker.

Icke-farmakologiska metoder i vården som granskades i vårdrekommendationen ska användas som en del av multiprofessionell vård och rehabilitering i samarbete med den minnessjuka och hans anhöriga och närstående. Dessutom rekommenderas att man i samband med motionsövningar och metoder som involverar musik samt vid planering och genomförande av förändringar i boendemiljön samarbetar med experter inom olika områden såsom fysio-, musik- och ergoterapeuter. I varje organisation rekommenderas att riktlinjer som beaktar relevanta och befintliga resurser i omgivningen och anger ansvarsfördelningen utarbetas utifrån vårdrekommendationen.

### **Användningen av icke-farmakologiska metoder med beaktande av minnessjuka personer som individer**

Stöd för en minnessjuk persons förmåga att utföra dagliga aktiviteter ska vara kontinuerligt och utföras på individplan samt med beaktande av den minnessjukets funktionsförmåga, behov och önsknings. Icke-farmakologiska metoder som behandlas i vårdrekommendationen ska baserat på det fastställda behovet och den individuella planen användas i vården av den minnessjuka (figur 1). Utvärdering och dokumentation av vårdresultaten i alla skeden av vårdprocessen utgör även en viktig del av vården.<sup>49</sup> I samband med dokumentationen kan finländska klassifikationen av vården användas (eng. *Finnish Care Classification, FinCC*)<sup>49</sup> och även den internationella klassifikationen av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF)<sup>10, 11</sup>.

Stöd för en minnessjuk persons förmåga att utföra dagliga aktiviteter förutsätter vid sidan av sjukdomens framskridande och annan uppföljning av vården en utvärdering av förmågan i dagliga aktiviteter<sup>50</sup>. I arbetsgemenskapen är det viktigt att tillsammans komma överens om vilka mätinstrument som används för uppföljningen av förmågan att utföra dagliga aktiviteter. Uppföljningen av en minnessjuk persons dagliga aktiviteter ska ske regelbundet och systematiskt med samma mätinstrument. Ett mätinstrument som passar bra för att utvärdera en minnessjuk persons förmåga att utföra dagliga aktiviteter är ADCS-ADL (eng. *Alzheimer's Disease Cooperative Study Activities of Daily Living Inventory*).<sup>50</sup> Mätinstrumentet används när den minnessjuka intervjuas av en person som känner hen väl. Mätinstrumentet ADCS-ADL finns på finska och svenska.<sup>51</sup> Förutom mätinstrumentet ska även den minnessjukets syn på sin egen funktionsförmåga tas i beaktande. Förutom uppföljningen av sjukdomens framskridande och funktionsförmågan i dagliga aktiviteter ska uppmärksamhet även ägnas åt andra faktorer såsom sämre humör hos den minnessjuka, näringstillstånd och smärta, då dessa vid sidan av minnessjukdomen kan försvaga funktionsförmågan<sup>2</sup>. Sällning av risken för undernäring hos en minnessjuk och rekommendationer gällande detta behandlas i en rekommendation som författats av Statens näringsdelegation<sup>8</sup>.

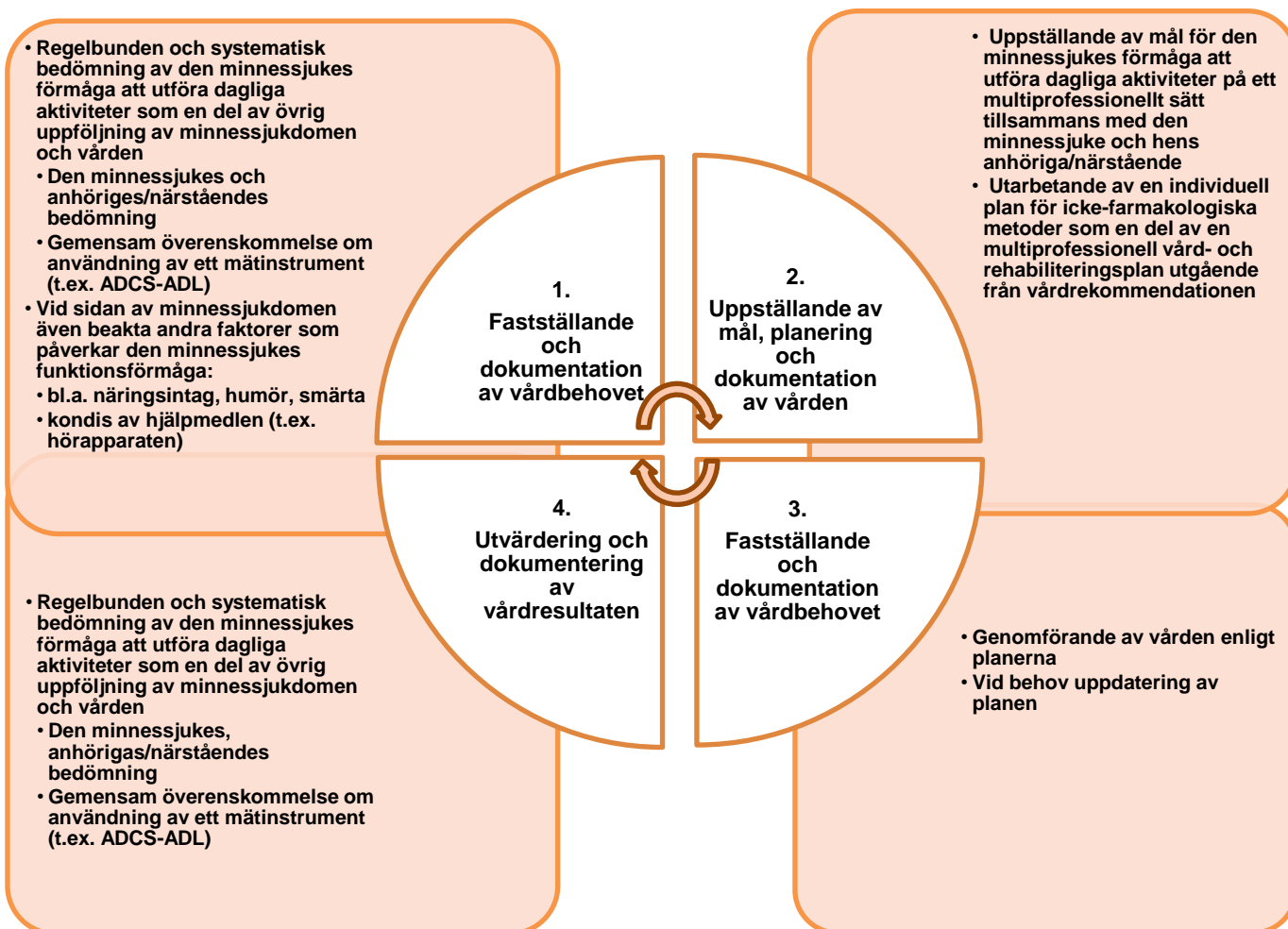
### **Arbetsgivarens ansvar vid ibruktagandet**

Organisationens ledning och ledarnas skyldighet är att skapa sådana förutsättningar som gör det möjligt att följa de i vårdrekommendationen angivna metoderna som beaktar minnessjukas individuella behov och möjliggör vård av god kvalitet. Det hör även till arbetsgivarens ansvar<sup>47</sup> att följa de vårdpersonals kompetens gällande de icke-farmakologiska metoder som presente-

ras i vådrekommandationen och skapa sådana förutsättningar att vårdpersonal kan upprätthålla och utveckla sin kompetens och färdighet beträffande metoderna.



## STÖDET FÖR DEN MINNESSJUKES FÖRMÅGA ATT UTFÖRA DAGLIGA AKTIVITETER – VÅRDEN SOM EN DEL AV MULTIPROFESSIONELL VÅRD OCH REHABILITERING



Figur 1. Vårdprocessen i samband med stödet för den minnessjukes förmåga att utföra dagliga aktiviteter.

## Uppdatering av rekommendationen

Vårdrekommendationen uppdateras med 3–5 års intervaller i enlighet med Hoitotyön tutkimussäätiön anvisning.

### Teman för vidare forskning

Informationssökningen för vårdrekommendationen visade att det fortfarande ställvis finns brister i vetenskapliga uppgifter som gäller stöd för minnessjuka personers förmåga att utföra dagliga aktiviteter och icke-farmakologiska metoder. Det behövs mer studier om stöd för minnessjuka personers förmåga att utföra dagliga aktiviteter och icke-farmakologiska metoder, i synnerhet med tanke på följande:

- högklassiga studier om minnessjukas upplevelser om olika icke-farmakologiska metoder,
- studier om effekten av olika tekniska hjälpmedel och stödlösningar, kinestetik, validations-terapi och metoder som involverar konst, musik, natur och trädgårdssysslor, och
- noggrant avgränsade systematiska översikter om enskilda icke-farmakologiska metoder och en resultatvariabel för att främja att vetenskapliga uppgifter kan tillämpas i praktiken.

## Källor

1. Viramo P, Sulkava R. 2015. Muistisairauksien epidemiologia. Teoksessa: Erkinjuntti, Remes, Rinne, Soininen (toim.) Muistisairaudet. 2. uudistettu painos. Kustannus oy Duodecim, Helsinki. (på finska)
2. Muistisairaudet. 2017. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/hoi50044> (på finska)
3. Alhainen K & Rosenvall A. 2006. Toimintakyvyn ja vaikeusasteen arviointi. Kirjassa: Erkinjuntti, Alhainen, Rinne, Soininen (toim.). Muistihäiriöt ja dementia. 2. uudistettu painos. Kustannus oy Duodecim, Helsinki. (på finska)
4. Muistiliitto 2016. Hyvän hoidon kriteeristö. Työkirja työyhteisöille muistisairaiden ihmisten hyvän hoidon ja elämänlaadun kehittämiseen ja arviointiin. Muistiliiton julkaisusarja 2/2016. (på finska)
5. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2017. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019. Julkaisuja 2017:6. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki. (på finska)
6. THL. 2019. Kotihoito ja sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut 2018. Tilastoraportti 41/2019. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/ikaantyneet/sosiaalihuollon-laitos-ja-asumispalvelut> (på finska)
7. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2010a. Ravitsemushoito. Suositus sairaaloihin, terveyskeskuksiin, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntoutuskeskuksiin. Edita, Helsinki. Saatavissa: [https://www.ruokavirasto.fi/globalassets/teemat/terveytta-edistava-ruokavalio/ravitsemus--ja-ruokasuositukset/ravitsemushoito\\_net\\_2.painos.pdf](https://www.ruokavirasto.fi/globalassets/teemat/terveytta-edistava-ruokavalio/ravitsemus--ja-ruokasuositukset/ravitsemushoito_net_2.painos.pdf) (på finska)
8. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2010b. Ravitsemussuositukset ikääntyneille. Edita, Helsinki. Saatavissa: <https://www.ruokavirasto.fi/globalassets/teemat/terveytta-edistava-ruokavalio/ravitsemus--ja-ruokasuositukset/ikaantyneet.suositus-3.pdf> (på finska)
9. Remes A, Hallikainen M, Erkinjuntti T. 2015. Alzheimerin taudin kliininen kuva ja taudinmääritys. Teoksessa: Erkinjuntti, Remes, Rinne, Soininen (toim.) Muistisairaudet. 2. uudistettu painos. Kustannus oy Duodecim, Helsinki. (på finska)
10. THL 2019. ICF-luokitus. Saatavissa: <https://thl.fi/web/toimintakyky/icf-luokitus> (på finska)
11. WHO 2019. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Saatavissa: [https://www.who.int/classifications/icf/icf\\_more/en/](https://www.who.int/classifications/icf/icf_more/en/)
12. Pitkälä, K., Valvanne, J. & Huusko, T. 2010. Geriatrien kuntoutus. Teoksessa: Geriatria. R. Tilvis, T. Standberg, R. Sulkava, M. Viitanen (toim.). Porvoo: Duodecim. (på finska)
13. Siltanen H, Heikkilä K, Parisod H, Tuomikoski T, Tuomisto S, Holopainen A. 2019. Hoitosuosituksen laadinta - käsikirja suositustyöryhmille. Versio 1.0. Hoitotyön tutkimussäätiö. Saatavissa: <https://www.hotus.fi/hoitosuositusten-laadinta/> (på finska)
14. Schünemann H, Brożek J, Guyatt G, Oxman A (Toim.). 2013. Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach. Saatavissa: <https://gdt.gradepro.org/app/handbook/handbook.html>
15. Käypä hoito. 2016a. Hoitosuosituksen näytönasteen arviointi GRADE-työryhmän tapaan. Hoitosuositusryhmien käsikirja. Saatavissa: [http://www.terveysportti.fi/dtk/khk/avaa?p\\_artikkeli=khk00036](http://www.terveysportti.fi/dtk/khk/avaa?p_artikkeli=khk00036) (på finska)
16. Käypä hoito. 2016b. Näytön asteen määrittely. Hoitosuositusryhmien käsikirja. Saatavissa: [http://www.terveysportti.fi/dtk/khk/avaa?p\\_artikkeli=khk00031](http://www.terveysportti.fi/dtk/khk/avaa?p_artikkeli=khk00031) (på finska)

17. Giebel C, Zwakhalen S, Louise Sutcliffe C, Verbeek H. 2019. Exploring the abilities of performing complex daily activities in dementia: the effects of supervision on remaining independent. *Aging & Mental Health* 16, 1–7.
18. Galik EM, Resnick B, Pretzer-Aboff I. 2009. 'Knowing what makes them tick': Motivating cognitively impaired older adults to participate in restorative care. *International Journal of Nursing Practice* 15: 48–55.
19. Resnick B, Gruber-Baldini AL, Zimmerman S, Galik E, Pretzer-Aboff I, Russ K, Hebel JR. 2009. Nursing home resident outcomes from the res-care intervention. *Journal of the American Geriatrics Society* 57, 1156–1165.
20. Baird A, Thompson WF. 2018. When music compensates language: a case study of severe aphasia in dementia and the use of music by a spousal caregiver. *Aphasiology* 33(4), 449–465.
21. Folkerts AK, Roheger M, Franklin J, Middelstädt J, Kalbe E. 2017. Cognitive interventions in patients with dementia living in long-term care facilities: Systematic review and meta-analysis. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 73, 204–221.
22. Garrido-Pedrosa J, Sala I, Obradors N. 2017. Effectiveness of cognition-focused interventions in activities of daily living performance in people with dementia: A systematic review. *British Journal of Occupational Therapy* 80(7), 397–408.
23. Hsu TJ, Tsai HT, Hwang AC, Chen LI, Chen LK. 2017. Predictors of non-pharmacological intervention effect of cognitive function and behavioral and psychological symptoms of older people with dementia. *Geriatrics & Gerontology International* 17(1), 28–35.
24. Karssemeijer EGA, Aaronson JA, Bossers WJ, Smits T, Olde Rikkert MGM, Kessels RPC. 2017. Positive effects of combined cognitive and physical exercise training on cognitive function in older adults with mild cognitive impairment or dementia: A meta-analysis. *Ageing Research Reviews* 40, 75–83.
25. Olazarán J, Reisberg B, Clare L, Cruz I, Peña-Casanova J, Del Ser T, Woods B, Beck C, Auer S, Lai C, Spector A, Fazio S, Bond J, Kivipelto M, Brodaty H, Rojo JM, Collins H, Teri L, Mittelman M, Orrell M, Feldman HH, Muñoz R. 2010. Nonpharmacological therapies in Alzheimer's disease: a systematic review of efficacy. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* 30(2), 161–178.
26. Pitkänen A, Alanen HM, Kampman O, Suontaka-Jamalainien K, Leinonen E. 2019. Implementing physical exercise and music interventions for patients suffering from dementia on an acute psychogeriatric inpatient ward. *Nordic Journal of Psychiatry* 73(7), 401–408.
27. Ginis KAM, Heisz J, Spence JC, Clark IB, Antflick J, Ardern CI, Costas-Bradstreet C, Duggan M, Hicks AL, Latimer-Cheung AE, Middleton L, Nylen K, Paterson DH, Peltier C, Rotondi MA. 2017. Formulation of evidence-based messages to promote the use of physical activity to prevent and manage Alzheimer's disease. *BMC Public Health* 17, 209.
28. Lewis M, Peiris CL, Shield N. 2017. Long-term home and community-based exercise programs improve function in community-dwelling older people with cognitive impairment: a systematic review. *Journal of Physiotherapy* 63, 23–29.
29. Brett L, Traynor V, Stapley P. 2016. Effects of Physical Exercise on Health and Well-Being of Individuals Living With a Dementia in Nursing Homes: A Systematic Review. *Journal of the American Medical Directors Association* 17(2), 104–16.
30. Forbes D, Blake CM, Thiessen EJ, Peacock S, Hawranik P. 2014. Light therapy for improving cognition, activities of daily living, sleep, challenging behaviour, and psychiatric disturbances in dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2, CD003946.

31. Littbrand H, Stenvall M, Rosendahlym E. 2011. Applicability and effects of physical exercise on physical and cognitive functions and activities of daily living among people with dementia: a systematic review. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation* 90, 495–518.
32. Olsen CF, Telenius EW, Engedal K, Bergland A. 2015. Increased self-efficacy: the experience of high-intensity exercise of nursing home residents with dementia – a qualitative study. *BMC Health Services Research* 15, 379.
33. Laver K, Dyer S, Whitehead C, Clemson L, Crotty M. 2016 Interventions to delay functional decline in people with dementia: a systematic review of systematic reviews. *BMJ Open* 6, e010767.
34. Scott I, Cooper C, Leverton M, Burton A, Beresford-Dent J, Rockwood K, Butler L, Rapaport P. 2019. Effects of nonpharmacological interventions on functioning of people living with dementia at home: A systematic review of randomised controlled trials. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 34(10), 1386–1402.
35. Ceccato E, Vigato G, Bonetto C, Bevilacqua A, Pizziolo P, Crociani S, Zanfretta E, Polini L, Caneva PA, Baldin L, Frongillo C, Signorini A, Demoro S, Barchi E. 2012. STAM Protocol in Dementia: A Multicenter, Single-Blind, Randomized, and Controlled Trial. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias* 27(5), 301–310.
36. Ueda T, Suzukamo Y, Sato M, Izumi SI. 2013. Effects of music therapy on behavioral and psychological symptoms of dementia: A systematic review and meta-analysis. *Ageing Research Reviews* 12 (2013) 628–641.
37. Woods B, Aguirre E, Spector AE, Orrell M. 2012. Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 15(2). CD005562.
38. Woods B, O'Philbin L, Farrell EM, Spector AE, Orrell M. 2018. Reminiscence therapy for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 3, CD001120.
39. Anderiesen H, Scherder EJA, Goossens RHM, Sonneveld MH. 2014. A systematic review - physical activity in dementia: The influence of the nursing home environment. *Applied Ergonomics* 45, 1678–1686.
40. Cavallo F, Aquilano M, Arvati M. 2015. An Ambient Assisted Living Approach in Designing Domiciliary Services Combined With Innovative Technologies for Patients With Alzheimer's Disease: A Case Study. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias* 30(1), 69–77.
41. Forsberg, K., Stenberg, L. 2017. Arjen älykkäät välineet. Opas ikääntyneiden kotona asumisen tueksi. Vanhus- ja lähimmäispalvelun liitto ry, Ikäteknologiakeskus. (på finska)
42. Riikonen M, Palomäki SL. 2014. Seurantateknologia muistisairaana ihmisen näkökulmasta – autonomiaa vai tunkeilevuutta? *Gerontologia* 28(3), 143–155. (på finska)
43. Riikonen M, Paavilainen E, Salo H. 2013. Factors supporting the use of technology in daily life of home-living people with dementia. *Technology and Disability* 25, 233–243.
44. Jensen L, Padilla R. 2017. Effectiveness of Environment-Based Interventions That Address Behavior, Perception, and Falls in People With Alzheimer's Disease and Related Major Neurocognitive Disorders: A Systematic Review. *American Journal of Occupational Therapy* 71(5), 7105180030p1-7105180030p10.
45. Silva R, Abrunheiro S, Cardoso D, Costa P, Couto F, Agrenha C, Apóstolo J. 2018. Effectiveness of multisensory stimulation in managing neuropsychiatric symptoms in older adults with major neurocognitive disorder: a systematic review. *JBIC Database of Systematic Reviews and Implementation Reports* 16(8), 1663–1708.

46. Farran CJ, Loukissa D, Perraud S Paun O. 2003. Alzheimer's Disease Caregiving Information and Skills. Part I: Care Recipient Issues and Concerns. *Research in Nursing & Health* 26, 366–375.
47. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559. Saatavissa: [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi) (på finska)
48. Bauer M, Fetherstonhaugh D, Haesler E, Elizabeth Beattie E, Hill KD, Poulos CJ. 2018. The impact of nurse and care staff education on the functional ability and quality of life of people living with dementia in aged care: A systematic review. *Nurse Education Today* 67, 27–45.
49. Liljamo P, Kinnunen U-M, Ensio A. 2012. FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöopas. SHTaL 3.0, SHToL 3.0, SHTuL 1.0. Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet sarja 2/2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. (på finska)
50. Suomen Muistitutkimusyksiköiden Asiantuntijatyöryhmä. 2000. Muistihäiriö- ja demen-tiapotilaan toimintakyvyn ja sairauden vaikeusasteen arviointi. *Suomen lääkäri-lehti* 55(21), 2299–2304. (på finska)
51. Rosenvall A. 2016. ADCS-ADL-haastattelu. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/nix00513> (på finska)