



Ett hälsosamt åldrande

Kunskapsöversikt över forskning 2005-2012 om hur
ett hälsosamt åldrande kan främjas på individnivå

Anita Karp
Neda Agahi
Carin Lennartsson
Mårten Lagergren
Sven Erik Wånell

Rapporter/Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2013:05 ISSN 1401-5129

FÖRORD

Hälsoutvecklingen har, sett över det senaste århundradet, varit mycket god, med en kraftigt ökad medellivslängd och allt fler friska levnadsår. Från 1900-talets början fram till idag har den återstående medellivslängden vid födseln ökat med smått otroliga 30 år. Dagens nyblivna pensionär kan vid 65 års ålder se fram emot i snitt 21 år för kvinnor och 18 år för män. Samtidigt är det stora skillnader, mätt i upplevd hälsa och i levnadslängd, som visar på att fler borde kunna få fler friska år, givet att de fick samma chanser i livet. Hälsan på äldre dar beror förstås i hög grad på levnadsvillkoren tidigare i livet, men det är aldrig för sent att påverka hälsan. I denna rapport redovisas en kunskapsöversikt som främst berör vad individen själv kan göra. Forskare i Äldreforskningens hus (Aging Research Center och Äldrecentrum) har gjort en forskningsöversikt över metaanalyser och review-artiklar perioden 2005-2012. Forskningsöversikten finns i tabellform som bilaga till denna rapport. Rapporten är en summering av de viktigaste iakttagelserna, kompletterat med vissa svenska studier kring interventioner.

Syftet med rapporten är att ta fram uppdaterad kunskap om vad som är viktigt för den äldre individen för att främja ett hälsosamt åldrande och belysa var det finns kunskapsluckor. Rapporten kan fungera som ett underlag för prioriteringar av folkhälsoinsatser i kommuner, landsting och organisationer och ge enskilda mer kunskap om hur livsstilen på äldre dar hänger ihop med hälsan.

Forskningsöversikten har gjorts av docenterna Carin Lennartsson och Mårten Lagergren, medicine doktorerna Neda Agahi och Anita Karp samt tidigare chefen vid Äldrecentrum Sven Erik Wånell. Professor Lars Andersson har granskat manuskriptet.

Stockholm 2013-05-17

Chatrin Engbo
Direktör
Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum

Laura Fratiglioni
Professor och föreståndare
Aging Research Center

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING	1
INLEDNING	4
TIDIGARE KUNSKAPSÖVERSIKTER.....	4
ARC/ÄLDRECENTRUMS INTENTIONER	5
<i>Avgränsningar</i>	5
BAKGRUND	6
BEGREPPET HÄLSOSAMT ÅLDRANDE	6
TREDJE OCH FJÄRDE ÅLDERN	6
BEFOLKNINGSUTVECKLING OCH ÄLDRES HÄLSA	7
HÄLSOSKILLNADER.....	8
METODER.....	9
ÄMNESOMRÅDEN.....	9
SÖKSTRATEGIER	9
SÖKORD	11
REDOVISNING AV KUNSKAPSÖVERSIKTEN	13
HÄLSOSAMT ÅLDRANDE	13
Litteratursökningen	13
Livsstil för hälsosamt åldrande	13
Hälsosamt åldrande är en process	14
Summering	14
HÄLSOPROMOTION.....	15
Litteratursökning	15
Insatser för att främja hälsa	15
SOCIALT NÄTVERK OCH DELAKTIGHET.....	16
Litteratursökning	16
Sociala mötesplatser är önskade	17
Olika grupper olika behov	17
Innovativa metoder	18
Några svenska erfarenheter	18
Summering	19
PSYKOSOCIALA INTERVENTIONER FÖR ATT FRÄMJA PSYKISK HÄLSA	21
Litteratursökning	21
Främja hälsa och förebygga depression	21
Summering	23
FYSISK AKTIVITET	24
Litteratursökning	24
Fysisk aktivitet och risk för fall	25
Muskelmassa, funktion och smärta.....	26
Viktreduktion.....	26
Fysisk aktivitet och minne	27
Välbefinnande och hälsa	27
Vilka interventioner är effektiva/kostnadseffektiva?	28
Rekommendationer för fysisk aktivitet i en äldre befolkning.....	29
Summering	30

NÄRING OCH MATVANOR.....	30
Litteratursökning	30
Dieter och kosttillskott för att främja äldres hälsa	31
Kostinterventioner	32
Summering	33
ALKOHOL.....	33
Litteratursökning	33
Komplexa samband	33
Uppmärksamma problemdrickande.....	35
Summering	35
RÖKNING OCH RÖKSTOPP.....	36
Litteratursökning	36
Rökning och rökstopp bland äldre.....	37
Summering	38
KOGNITIV AKTIVITET OCH KOGNITIV TRÄNING	38
Litteratursökning	39
Minnet kan tränas	39
Summering	40
EN MER HÄLSOFRÄMJANDE HÄLSO- OCH SJUKVÅRD	40
<i>Fysisk aktivitet på recept</i>	41
Litteratursökning	41
Artiklar från en svensk kontext.....	41
Summering	42
<i>Förebyggande hembesök</i>	42
Litteratursökning	42
Review och metaanalyser.....	43
Enskilda studier samt rapporter	43
Summering	44
DISKUSSION OCH SLUTSATSER	45
VAD VISAR FORSKNINGEN?	45
<i>Att bibehålla ett socialt sammanhang</i>	45
<i>Fysisk aktivitet</i>	46
<i>Stödja kognitionen</i>	46
<i>Kostens roll</i>	47
<i>Alkohol och tobak</i>	47
<i>Uppsökande verksamhet</i>	47
<i>Främjande faktorer</i>	48
VAD SAKNAS?.....	48
<i>Behov av ökad kunskap för att välja form av interventioner</i>	49
<i>Anpassa interventioner utifrån socioekonomisk tillhörighet</i>	49
<i>Generella och riktade insatser</i>	50
<i>Bostaden och boendemiljön</i>	50
FRAMÅTBlickar	51
REFERENSER.....	52
TABELLBILAGA	65

SAMMANFATTNING

Med frågan vad den enskilde äldre kan göra för att må bra på äldre dar som grund gjorde forskare i Äldreforskningens hus en forskningsöversikt över de meta-analyser och review-artiklar som kommit efter den stora översikt som Statens folkhälsoinstitut tillsammans med aktörer i nio andra EU-länder gjorde och publicerade i Healthy Ageing – a Challenge for Europe 2007. Denna rapport är en summering av de viktigaste iakttagelserna, kompletterat med vissa svenska studier kring interventioner.

Vad är viktigt för att främja ett hälsosamt åldrande?

Vad som främjar hälsan på äldre dar behöver inte skilja sig från vad som är en klok livsstil när man är ung eller medelålders. Åldrandet innebär dock att den enskildes reservkapacitet successivt avtar, att funktionsförmågan reduceras och att olika hälsoproblem uppstår. Ett hälsosamt åldrande kan därför handla om att förutse, hantera och anpassa sig till detta. Faktorer som nämns som viktiga är till exempel att acceptera och utveckla sig själv, ha en positiv relation till andra, vara självbestämmande, och känna meningsfullhet. Framgångsrikt åldrande handlar alltså inte bara om att undvika/skjuta upp en nedgång utan också om utveckling av nya möjligheter.

Åldrandet kan medföra sociala utmaningar för individen. Det kan t.ex. vara att man går miste om sina kollegor från arbetsplatsen. Ju mer åren går, desto fler i ens sociala nätverk går bort eller blir alltför sjuka för att upprätthålla kontakten. Aktiviteter som ger en social gemenskap och också delaktighet kan därför vara viktigare för äldre än för yngre personer.

Det saknas dock studier som kan ge klara belägg för värdet av sociala mötesplatser. De enskilda forskningsstudier och fåtaliga rapporter som kunnat refereras i denna studie antyder att sociala mötesplatser kan ha betydelse för deltagarnas välbefinnande och därmed i förlängningen få en hälsofrämjande roll.

Det område som ägnats mest uppmärksamhet i forskningen är fysisk aktivitet. Vid sökning av review-artiklar och metaanalyser noterades cirka 700 artiklar sedan 2005. Ny forskning har framförallt stärkt tidigare känd kunskap som gäller fallprevention, motverkandet av åldersrelaterad minskning av muskelmassa, främjande av hjärtkärlhälsa och fysisk funktion. Det intressanta och delvis nya är att det också kommit ökande evidens att fysisk aktivitet hos äldre kan ha en positiv inverkan på psykisk hälsa (minskar depressiva symptom och ångest) och kan främja ett kognitivt hälsosamt åldrande, dvs. bevara minne och tankeförmåga när man blir äldre. Här behövs det dock mer forskning.

Äldre människors energibehov är lägre än yngre människors, men deras behov av viktiga näringsämnen är lika högt. Därför bör man ägna extra uppmärksamhet åt balansen mellan energi och näringsinnehåll. Resultaten från tidigare forsknings-

sammanställning om vad som är hälsosam mat för äldre, står sig i stort sett. Sambandet mellan alkohol och hälsa är komplext. Alkoholtoleransen minskar med stigande ålder och det finns också risker förknippade med alkoholkonsumtion bland äldre personer.

Levnadsvanor och ett hälsosamt äldre

Mens sana in corpore sano (en sund själ i en sund kropp) är ett citat med snart 2 000 år på nacken. Människan är en helhet, kropp och själ hör ihop, just så som de "fyra hörnpelarna" pekar på. Den genomgång av de senaste årens forskning som nu gjorts via metaanalyser och review-artiklar, ger inget skäl att ompröva detta. Värdet av att vara fysiskt aktiv, äta rätt, sluta röka, vara måttlig med alkohol är väl belagt. Oavsett vad som behöver förändras – rökning, kosten, alkoholkonsumtionen, stillasittande, psykisk ohälsa, etc. föreslås någon eller några former av sociala aktiviteter. Att umgås och interagera med varandra ger goda förutsättningar för att möjliggöra en förändring i livsstil, vilket i sin tur kan leda till bättre hälsa.

Äldre i tredje åldern, dvs innan man blivit beroende av andra, rekommenderas idag en kombination av fysiska aktiviteter bestående av både aerobisk träning, styrketräning, flexibilitet och balansträning. Gruppbaseade träningsinterventioner uppvisar signifikant positiva effekter när det gäller att förbättra rörligheten hos äldre. Resultaten är varierande när det gäller vilka insatser som är mest effektiva för att få människor att börja röra på sig. Information blir mer effektiv om den ges ansikte mot ansikte. Studier om fysisk aktivitet på recept indikerar att hälso- och sjukvården är väl lämpad att motivera fysisk träning i hälsofrämjande syfte.

Äldre personers matvanor kan påverkas positivt med kostutbildning och rådgivning, där de mest lovande resultaten innehöll aktivt deltagande och social gemenskap. Kostrådgivare kan spela en viktig roll. Interventioner för att förebygga diabetes typ 2 inom primärvården blir mest verksamma om de sker under en längre tidsperiod.

Det finns inte tillräckligt med kunskap om vilken typ av interventioner som mest tilltalar och motiverar äldre personer att sluta röka. Äldre personer uppmanas i mindre utsträckning än yngre personer att sluta röka – detta trots att det lönar sig även för äldre personer att sluta röka. Äldre personer är mottagliga för interventioner och lika benägna som yngre personer att förbli rökfria.

De äldre som riskerar att drabbas av psykisk ohälsa, t.ex. depression, som en följd av att ha förlorat en livspartner, kan behöva specialriktade psykosociala interventioner. Om dessa är anpassade efter individens förutsättningar och preferenser kan de ha effekt, men interventionen bör fortgå under en längre tid. Det är främst sociala aktiviteter som är en effektiv interventionsform för att främja äldres psykiska hälsa.

Vad saknas det kunskap om?

Det finns betydande hälsoskillnader mellan olika socioekonomiska grupper, låg- och högutbildade, mellan kvinnor och män och mellan ensam- och sammanboende. Dessa skillnader kvarstår, och i vissa fall förstärks, i hög ålder. Hur samhällets folkhälsoarbete bäst bör utformas med hänsyn till dessa olikheter är dock dåligt beforskat. Det går inte att med ledning av forskningen besvara vilka interventioner som bäst gynnar t.ex. mindre aktiva äldre och personer med lägre utbildningsnivå.

Samhället kan möjliggöra ett hälsosamt åldrande på många sätt. Utformningen av bostadsområden, service, kollektivtrafik, samlingslokaler är en del, stöd till sociala aktiviteter och mötesplatser en annan, uppsökande verksamhet och förebyggande hembesök en tredje. Vilka faktorer som i en snäv kommunal budget bör prioriteras låter sig dock inte besvaras utifrån dagens forskningsläge. Det saknas forskning som tar ett "helikopterperspektiv" på äldres hälsa, ser den utifrån många olika aspekter – samhällsplanering, livslopp, sociala nätverk, fysisk, social och kulturell aktivitet, fysisk och psykisk hälsa etc.

Fokus för den här översikten har varit frågan om en mer hälsosam livsstil i tredje åldern kan leda till bättre hälsa och funktionsförmåga högre upp i åren. Men "här och nu" är och bör också få vara viktigt i tredje åldern. Ska man ändra sin livsstil måste det vara roligt, ge något värde nu, inte bara i en osäker framtid. Det måste vara meningsfullt för individen, och många olika faktorer bidrar sammantaget. Maten kan också vara måltidsgemenskap, fysisk aktivitet kan också vara social samvaro, kulturupplevelser vara kognitiv träning. Värdet av allt detta är väl belagt, det som nu behöver beforskas mer är bra metoder att inspirera de som har en risk för att utveckla en sämre hälsa till livsstilsförändringar, och hur samhället på olika sätt kan underlätta för de äldre att leva ett aktivt liv och fortsätta att vara delaktiga.

INLEDNING

Äldreforskningens hus (Aging Research Center, ARC, Karolinska Institutet och Stockholms Universitet och Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum) har gjort en översikt över aktuell forskning, för att kunna ge en bild av om det kommit fram ny eller ändrad kunskap efter forskningsöversikten i EU-rapporten Healthy Ageing – a challenge for Europe 2007.

Tidigare kunskapsöversikter

En kunskapsöversikt kom kring millennieskiftet i rapporten Liv till åren (Statens Folkhälsoinstitut, 2000). I Liv till åren beskrivs syftet och tillvägagångssättet som att *”redovisa nationella och internationella erfarenheter och kunskaper om folkhälsoinsatser riktade till befolkningsgrupper 65 år och äldre”*. I slutet av rapporten sammanfattas resultaten: *”Av kunskapsöversikten framgår att insatser som främjar fysisk, psykisk, kulturell aktivitet, bra matvanor, sociala nätverk är betydelsefulla för att bevara hälsan bland äldre. Det är också viktigt att de äldre har meningsfull sysselsättning, anpassad till deras förmåga”*. (sid 184).

När dessa resultat populariserades kommunicerades de ofta som ”fyra hörnpelare”:

- Social gemenskap och socialt stöd
- Meningsfullhet/ delaktighet/ känna sig behövd
- Fysisk aktivitet
- Goda matvanor

ARC/Äldrecentrum gjorde på Folkhälsoinstitutets uppdrag 2005 en kunskaps-sammanställning, Hälsoutveckling och hälsofrämjande insatser på äldre dar (Agahi et al, 2005), där det slås fast att *”dessa hörnpelare framstår framför allt som relevanta för äldre i tredje åldern, då man fortfarande har hälsa och funktionsförmåga, och därmed oberoendet, i behåll...”* (sid 44).

Mellan 2004-2007 arbetade Statens folkhälsoinstitut i projektet Healthy Ageing - a Challenge for Europe, tillsammans med nio andra europeiska länder, Världshälsoorganisationen (WHO), European Older People's Platform (AGE) och EuroHealthNet. Inom ramen för det arbetet gjordes en omfattande forskningsöversikt, som varit en viktig utgångspunkt för det arbete som redovisas i denna rapport.

ARC/Äldrecentrums intentioner

Syftet med sammanställningen är att ta fram uppdaterad kunskap om vad som är viktigt för den enskilde äldre för att främja ett hälsosamt åldrande och belysa var det finns kunskapsluckor.

Avgränsningar

Kunskapsöversikten använder i huvudsak de områden och sökbegrepp EU-projektet Healthy Ageing – a Challenge for Europe hade. Den utgår i första hand från metaanalyser och review-artiklar. Översikten fokuserar främst på individen och livsstilsfaktorer. En prioritering har gjorts av studier som beskriver interventioner, motiverat av att det är väl belagt vilka faktorer som främjar hälsa, medan det inte är lika väl beforskat hur dessa faktorer kan främjas.

BAKGRUND

Begreppet hälsosamt åldrande

Det finns ingen allmänt vedertagen definition av hälsosamt åldrande (healthy aging) eller framgångsrikt åldrande (successful aging). Begreppen används ofta omväxlande och verkar stå för ungefär detsamma. I flera studier används Rowe och Kahns (1998) definition:

- frihet från sjukdom och sjukdomsrelaterat funktionshinder
- bibehållande av fysisk och kognitiv funktionsförmåga
- bibehållande av aktivt engagemang

Vissa författare använder dock en mycket mindre restriktiv definition och framhåller att man kan ha ett "framgångsrikt åldrande" även med sjukdom och funktionshinder. Man lägger då större vikt vid kognitiva och affektiva faktorer.

I Healthy Ageing – a Challenge for Europe beskrivs ett hälsosamt åldrande på följande sätt:

"En process där möjligheterna till fysisk, social och psykisk hälsa optimeras så att äldre människor kan ta aktiv del i samhället och åtnjuta ett självständigt liv med god livskvalitet utan att diskrimineras på grund av ålder." (Statens folkhälsoinstitut, 2006).

Tredje och fjärde åldern

Denna kunskapssammanställning har huvudsakligen äldre i den s.k. tredje åldern i fokus.

Uttrycket den tredje åldern ingår i den brittiske sociologen Peter Lasletts uppdelning av nutidsmänniskans livsförlopp i olika faser (Laslett, 1987).

- Den första åldern – uppväxten som präglas av beroende av andra, skola och utbildning, att bli vuxen.
- Den andra åldern som präglas av arbetsliv, oberoende, socialt och familjemässigt ansvar.
- Den tredje åldern som är den del av pensionärstillvaron som präglas av en arbetsfri ekonomisk grundtrygghet utan nämnvärda begränsningar av aktiviteter på grund av ohälsa och funktionsnedsättning.
- Den fjärde åldern då sjukdomar och funktionsnedsättningar sätter gränser för vad man kan göra och orka med. Man blir återigen beroende av andra.

Befolkningsutveckling och äldres hälsa

Allt fler människor i Sverige får nuförtiden chansen att fylla 65 år. Ungefär nio av tio överlever sin 65-årsdag. I dag kan en person som fyller 65 år förvänta sig att överleva i ytterligare ca 20 år. Andelen äldre ökar i befolkningen. På 60-talet var ca 12 procent av befolkningen 65 år eller äldre, nu utgör gruppen närmare 19 procent av hela befolkningen och om 50 år (2060) beräknas gruppen utgöra en fjärdedel av befolkningen (SCB, 2011).

Det är i huvudsak friska år som lagts till livet, vilket dock inte innebär att man kan räkna med färre år i livets slut då man är beroende av andra för att klara sin vardag, det som har benämnts den fjärde åldern.

Enligt en svensk undersökning från 2005 (Rosén & Haglund, 2005) som analyserade trender i upplevd hälsa och långvarig sjukdom hos äldre, 65-84 år, från 1980 till 2002 framkom en ökning av långvarig sjukdom. För diabetes, hjärtsjukdom och förhöjt blodtryck var ökningen för män 20 procent. Författarna föreslår att nya genombrott i den medicinska forskningen och speciellt interventioner som räddar liv ligger bakom dessa resultat. Intressant nog fann man samtidigt att andelen äldre som uppgav dålig allmän hälsa eller problem med att utföra vanliga dagliga aktiviteter hade minskat, kanske beroende på att medicinsk vård medfört ökat välbefinnande och att man fått t.ex. bättre bostadsanpassning under tidsperioden.

Levnadslängden har ökat, men tiden man är beroende av andra för att klara sin vardag är relativt konstant (Lagergren, ännu ej publicerade data). Det talar för att det visserligen är relativt friska år som lagts till livet, men att det inte inneburit att de sjuka åren blivit färre. Folkhälsoinsatser är gynnsamma för individen, men av det går inte att dra slutsatsen att de också gagnar samhällsekonomin i form av att t.ex. kostnader för äldreomsorg skulle kunna sänkas.

Man vet redan att exempelvis fysisk aktivitet under medelåldern kan förebygga hjärt-kärlsjukdomar och diabetes och att sluta röka är en av de starkaste åtgärderna man kan göra för att förbättra sina hälsochanser. Men hur förhåller det sig för andra hälsofrämjande åtgärder?

När Statens folkhälsoinstituts rapport Liv till åren kom var ett av dess budskap att det aldrig är för sent. Det var då för många en ny kunskap. Att det stämmer är idag väl belagt. Även efter 75-årsåldern finns ett samband mellan livsstilsfaktorer, som att inte röka, vara fysiskt aktiv och ha ett gott socialt nätverk, och överlevnad. Livsstilen spelar roll också på äldre dar (Rizzuto et al, 2012). Utmaningen för forskningen är inte längre att påvisa värdet av t.ex. fysisk aktivitet. Det som nu behöver beforskas är hur samhället på olika sätt kan underlätta och stimulera äldre personer att vara socialt och fysiskt aktiva.

Hälsoskillnader

Det finns betydande hälsoskillnader mellan kvinnor och män, och mellan olika socioekonomiska grupper. Dessa skillnader kvarstår, och förstärks i vissa fall, i hög ålder. Även äldre med utländsk bakgrund kan ha en sämre hälsa, skillnaderna kan dock till stor del förklaras med den socioekonomiska tillhörigheten (Socialstyrelsen, 2007).

Ju högre samhällsklass en person tillhör desto längre kan hon förväntas leva. För människor som lever under sämre sociala och ekonomiska förhållanden är den förväntade livslängden inte alls lika lång (Fors, 2010). De skillnader som kan iakttas hos de äldre sammanhänger med hela livsloppet. Ogynnsamma sociala och socioekonomiska förhållanden under barndomen, låg utbildning och att ha haft ett manuellt arbete som huvudsaklig sysselsättning leder till en ökad risk för att ha en lägre kognitiv förmåga senare i livet (Fors et al, 2009) och levnadsförhållanden under barndomen liksom inkomst under medelåldern och som pensionär har samband med levnadslängd (Fors, 2010).

I en studie från millennieskiftet påvisades att det skilde 15 år i självskattad hälsa mellan olika inkomstgrupper i Stockholms län. Trots att ohälsan ökar med stigande ålder var andelen med svår ohälsa bland män i åldern 80-84 år med inkomst i högsta kvintilen lägre än för män i åldern 60-69 år med inkomst i lägsta kvintilen, sju resp. 12 procent (Hamm et al, 2000).

Skillnaderna i hälsa tycks kvarstå över tid (Schön & Parker, 2009; Fors et al, 2008), trots de nationella målen om ökad jämlikhet i hälsa. Det är således en utmaning för folkhälsoarbetet att finna metoder för att alla ska kunna få samma möjligheter till en god hälsa på äldre dar.

METODER

Fokus för litteratursammanställningen var att se om det kommit fram nya kunskaper om faktorer som kan främja hälsan (frisk- och riskfaktorer) hos personer i tredje åldern; samt hur man kan stödja och främja hälsan (interventioner) hos personer i tredje åldern.

Ämnesområden

Följande områden från kunskapsöversikten *Healthy Ageing – a Challenge for Europe* valdes ut: Socialt nätverk och delaktighet; Psykosociala interventioner för att främja psykisk hälsa; Fysisk aktivitet; Näring och matvanor; Alkohol; samt Rökning och rökstopp. Dessa är alla erkända faktorer som kan påverka hälsan. Det forskas emellertid fortfarande aktivt om dem och avsikten var att hitta uppdaterad kunskap. Dessa områden utökades med sökning på det centrala begreppet Hälsosamt åldrande samt en öppen sökning på området Hälsopromotion/program när det gäller äldre i tredje åldern för att se om andra faktorer än de ovanstående skulle komma fram.

Vissa kompletteringar till några av de ovan nämnda områdena gjordes. Området socialt nätverk och delaktighet utökades med att undersöka värdet av sociala mötesplatser. Under sökningarnas gång framkom att ett hälsosamt kognitivt åldrande röner mycket uppmärksamhet i litteraturen (se tex Daffner et al, 2010) och genererar ett ökande antal interventionsstudier. Efter diskussion beslöt författargruppen att inkludera review-artiklar och metaanalyser om kognitiv stimulans och träning i litteraturoversikten. Dessutom, med tanke på det hälsofrämjande arbete som har startats inom Hälso- och sjukvården för att främja äldres hälsa genom en förändrad livsstil (Statens Folkhälsoinstitut, 2011) inkluderar översikten även två former av insatser/interventioner: Fysisk aktivitet på Recept (FaR) och nya systematiska review-studier och metaanalyser om värdet av förebyggande hembesök.

Sökstrategier

I syfte att åstadkomma en uppdaterad kunskapssammanställning, har ARC/Äldrecentrum använt liknande sökstrategier som användes vid kunskapsöversikten *Healthy Ageing – a Challenge for Europe*. Följande databaser användes: PubMed (Medline), Cochrane Library, Ageline, PsycInfo, Social Science Citation Index och Science Direct. Varje område (se nedan) söktes med begränsningarna 65+ och "systematic reviews" alternativt "meta analyses". Anledningen till begränsningarna "systematic reviews" och "meta analyses" är att antalet enskilda studier som publicerats mellan 2005-2012 om hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande faktorer i tredje åldern är mycket omfattande. Avgränsningen till publicerade, "peer reviewed systematic reviews" och "meta analyses" medför

att forskningsläget kommer att rapporteras ”konservativt” dvs. att de områden som har tillräckligt många publicerade studier för att ge underlag för review-studier och metaanalyser kommer att framhävas och nyare enstaka studieresultat inte kommer att tas med.

Litteratursökningarna har begränsats i tiden fr.o.m. 2005 och fram till första kvartalet av 2012. I de fall då några systematiska review-artiklar eller metaanalyser inte kunnat hittas (t.ex. vad gäller vissa typer av interventioner som sociala mötesplatser och interventioner för rökavvänjning), har även sökningar utan dessa begränsningar genomförts i ovanstående databaser och på nätet och resultaten beskrivits och diskuteras i texten. Det är framför allt enskilda studier och rapporter som är skrivna i en svensk kontext som inkluderats. De har valts ut därför att de är skrivna i en forsknings- eller FoU-kontext och studierna genomförts på ett sätt så att de bedömts på ett trovärdigt sätt spegla intressanta erfarenheter hos de äldre som deltagit i interventionen, en social mötesplats.

Fokus har legat på hela befolkningen och artiklar som studerat interventioner som enbart är utformade för speciella diagnosgrupper som exempelvis personer med demens, stroke eller diabetes, har uteslutits. Artiklar som utvärderar specifika testmetoder, eller studerar effekter på cellnivå har också uteslutits.

Personer i tredje åldern har definierats som personer som är 65 år eller äldre, men utan att ange något övre ålderstak. Det innebär att vissa artiklar ibland rör sig i gränslandet, i en ålder som man skulle kunna benämna ”tre och en halv”. Artiklar som främst handlar om fjärde åldern, som t.ex. sköra äldre eller personer som bor på vård- och omsorgsboende har dock uteslutits.

Författarna har läst abstrakts och artiklar enskilt, men konsulterat varandra vid behov, exempelvis när det gällt artiklars kvalitet. De artiklar som bedömts vara av bristfällig kvalitet har inte inkluderats i litteratursammanställningen. Bedömningsgrunder för inkludering har varit om översiktsartiklarna är systematiska och klart redovisar sökstrategier och urval av studier, samt kvalitetsvärderar studierna. Artiklar som rubriceras som ”brief review” eller ”editorials” har exkluderats (utom när det gäller sökningarna om det centrala begreppet hälsosamt åldrande).

Antalet randomiserade kontrollerade studier (RCT) som ingick i de inkluderade review- eller metaanalyserna har redovisats i resultatdelen när det varit befogat med tanke på ämnet, t.ex. om det rört sig om interventioner med fysisk aktivitet, kosttillskott, rökavvänjning. Olika forskningsområden och frågeställningar kräver olika studiedesign. När det gäller (komplexa) sociala skeenden, processer och förändringar är det sällan realistiskt med RCT-studier. Då handlar det snarare om interventionsstudier eller fältexperiment, där det kan vara svårt att isolera effekter av förebyggande/hälsofrämjande arbete från andra effekter.

Sökord

Hälsosamt åldrande:

Healthy aging, successful aging, health promotion (även editorials)
(ca 580 träffar)

Hälsopromotion:

Health promotion (162 träffar)
Health promotion programs (34 träffar)

Socialt nätverk och delaktighet:

Social support, politics, interpersonal relations, voluntary workers, social capital, social network, social participation, social contacts, social activities, social engagement, senior center, well-being
Sociala mötesplatser, närmiljö, äldre personer (i google scholar)
Living situation, living arrangement, housing (ca 600 träffar)

Psykosociala interventioner för att främja psykisk hälsa:

Interventions, depression, older adults, psychosocial interventions, mental health, coping skills, mental health promotion, prevention of mental illness, promotion of mental well-being (ca 200 träffar)

Fysisk aktivitet:

Physical activity, physical activity and interventions (ca 700 träffar)

Näring och matvanor:

Nutrition, interventions, eating habits, health promotion strategies (drygt 700 träffar)

Alkohol:

Alcohol drinking, alcohol-related disorders, alcohol-induced disorders, alcoholism, alcohol, healthy aging, older/old/elderly/aged (ca 230 träffar)

Rökning och rökstopp:

Smoking cessation, quit smoking, smoking, intervention, older/old/elderly/aged (ca 480 träffar)

Kognitiv aktivitet och kognitiv träning:

Cognitive activity, cognitive training, interventions (40 träffar)

En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård:

Fysisk aktivitet på recept (FaR): Exercise on prescription (15 träffar)

Förebyggande hembesök: Preventive home visits (5 träffar)

REDOVISNING AV KUNSKAPSÖVERSIKTEN

Vi inleder med ett mer övergripande avsnitt rubricerat Hälsosamt åldrande, därefter, Hälsopromotion, Socialt nätverk och delaktighet, Psykosociala interventioner för att främja psykisk hälsa, Fysisk aktivitet, Näring och matvanor, Alkohol, Rökning och rökstopp, Kognitiv aktivitet och kognitiv träning och avslutningsvis En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård (med två exempel från svensk botten, FaR-fysisk aktivitet på recept och förebyggande hembesök). För varje avsnitt redovisar vi först hur litteratursökningen gått till, därefter beskrivs områdets betydelse för hälsan och möjligheterna att genom interventioner främja hälsan inom respektive område och avsnitten avslutas med en kort summering.

Hälsosamt åldrande

Författarna inledde med att göra litteratursökningar på "Healthy aging" och "Successful aging". Definitionerna av ett hälsosamt eller framgångsrikt åldrande uppvisar en betydande variation i litteraturen, alltifrån att vara fri från sjukdom till att människor trots sjukdom kan uppleva och känna att man har hälsa.

Litteratursökningen

Litteratursökningen gav 580 träffar. Flera av dessa utvärderade studier/interventioner riktade till grupper med specifika sjukdomar eller var på annat sätt ej representativa för äldre personer över 65 år. Dessa artiklar uppfyllde inte kriteriet för denna sammanställning och exkluderades därför. Till sist återstod 11 artiklar, varav 3 editorials inkluderades eftersom avsikten med sökningen bl.a. var att själva begreppet "healthy ageing" skulle belysas. En sammanfattning av studierna finns i Tabell 1 i tabellbilagan.

Andelarna av de äldre, som i olika studier anges åtnjuta framgångsrikt åldrande med hälsa, varierar extremt – från 0,4 till 95 procent! I en artikel trycker man på att de äldre själva måste avgöra vad som är ett hälsosamt eller framgångsrikt åldrande. Mycket av detta är också kulturellt bestämt och beroende av värderingarna i det samhälle man befinner sig i. Det handlar därför om ett spel mellan individ och samhälle (Depp & Jeste, 2006).

Livsstil för hälsosamt åldrande

I flera artiklar (Morley, 2009; Depp & Jeste, 2006; Peel et al, 2005) refereras ett antal olika faktorer som anges öka möjligheten till ett åldrande med hälsa. De flesta artiklarna är mycket samstämmiga när det gäller livsstilsfaktorer:

- regelbunden fysisk aktivitet

- ingen rökning
- inte missbruka alkohol
- balanserad diet
- kalori restriktion (ingen övervikt)

Även psykosociala faktorer framhålls:

- stabila relationer (äktenskap)
- hantera livskriser på ett bra sätt
- god sömn
- sociala och kulturella aktiviteter

Hälsosamt åldrande är en process

Flera artiklar (Ouwehand et al, 2007; Stolk et al, 2009; Butler et al, 2011) betonar vikten av att se åldrandet med hälsa som en process med betoning på psykologiska faktorer. Det handlar inte i första hand om att söka undvika förluster utan om att kunna förutse, hantera och anpassa sig till dem (proactive coping). Framgångsrikt åldrande innebär inte bara nedgång utan handlar också om utveckling av nya möjligheter. Det finns ett dynamiskt samband mellan kognitiva och fysiska funktioner. God mental hälsa ger hög motståndskraft, adaptiv förmåga och förmåga att hantera kriser.

En kritisk faktor är individens förmåga och möjligheter att planera, styra och följa upp sitt liv. Personer som har denna förmåga och dessa möjligheter är mer tillfredsställda med livet. Personligheten får därmed en stor betydelse för ett "framgångsrikt" åldrande (Cevenini et al, 2008; Stolk et al, 2009).

I en artikel (Butler et al, 2011) betonar man betydelsen av balans mellan krav och möjligheter i livet. Problemen uppstår vid obalans. Nedsatt förmåga i något avseende behöver inte innebära något problem, om man anpassar sig till situationen och därmed balansen bibehålls. Motståndskraften sammanhänger alltså med förmågan till anpassning till förändrade omständigheter.

Summering

Begreppet hälsosamt åldrande inbegriper både hälsa och välbefinnande, där livsstilsfaktorer och psykosociala faktorer är relevanta. Individens förmåga och möjligheter att planera, styra och följa upp sitt liv är av betydelse för ett hälsosamt och "framgångsrikt" åldrande. Samhällsåtgärder i syfte att öka möjligheterna till ett åldrande med hälsa bör ha ett livsloppsperspektiv. Hälsan hos äldre grundläggs i barndom, uppväxt och medelålder. Men det är heller aldrig för sent! Man bör fokusera på positiva faktorer och möjligheter snarare än negativa faktorer och risker.

Hälsopromotion

Litteratursökning

Det hälsofrämjande perspektivet är centralt i det övergripande folkhälsoarbetet (Statens Folkhälsoinstitut, 2012). Detta gäller inte minst i den tredje åldern, då kroppens reservkapacitet successivt minskar, funktioner försämras och hälsoproblem blir vanligare. Därför gjordes en öppen sökning efter review-artiklar och metaanalyser som behandlar hälsopromotion i tredje åldern.

Runt 200 artiklar återfanns vid sökningar i ovan nämnda databaser. Vid en första genomläsning av titlar och abstracts kunde de artiklar uteslutas som handlade om personer med specifika diagnoser, vaccinationsprogram, cancer-screening, rörde yngre åldersgrupper eller personer i fjärde åldern. De övriga artiklarna införskaffades och utvärderades. De som inte var relevanta, t.ex. bestod av rekommendationer som inte baserats på systematisk artikelgenomgång eller metaanalys, uteslöts. Sammanlagt 10 artiklar har inkluderats i föreliggande översikt.

Insatser för att främja hälsa

Av dessa artiklar handlade två om förebyggande hembesök (Tappenden et al, 2012; Ploeg et al, 2005), en artikel handlade om fallförebyggande arbete (Choi & Hector, 2012), två om fysisk aktivitet (Koeneman et al, 2011; Focht, 2006), två om rökavvänjning för äldre (Zbikowski et al, 2012; Abdullah & Simon, 2006) och en om kostintervention (Kamp et al, 2010). Dessa sökresultat sammanfaller alltså till stor del med de ämnesområden som valts ut för kunskapssammanställningen, vilket bekräftar att dessa områden ses som betydelsefulla av forskarsamhället när det gäller hälsopromotion i tredje åldern. Ovanstående artiklar beskrivs och diskuteras under respektive ämnesområde längre fram i rapporten.

Två artiklar skilde sig från de övriga. Den första var en nordisk artikel som handlade om egenvård (self care) och bestod av en sammanställning av 57 originalartiklar som hade kvantitativ men även kvalitativ eller konceptuell ansats (Høy et al, 2007). Metoderna var allt från grounded theory, fenomenologi, etnografi, till longitudinell design och RCT. Begreppet egenvård som hälsoresurs för äldre undersöktes. Artikelförfattarna såg detta begrepp som tvådimensionellt: dels som riktad mot allmänna behov, mål och hälsoproblem och dels mot meningsfullt sammanhang och personlig utveckling i det dagliga livet.

Den andra artikeln handlade om vidareutbildning av äldre bilförare (Korner-Bitensky et al, 2009) och undersökte hälsofrämjande program med avsikten att bibehålla säker bilkörning. Denna artikel var den enda som behandlade detta ämne i hela litteratursökningen, men inkluderas ändå därför att den handlar om att främja säkerheten och därmed hälsan för äldre utan någon specifik diagnos. Tre RCT-studier ingick i denna systematiska review. Enligt review-studien finns

ökande evidens för att utbildning i kombination med vägträning kan förbättra äldre förarens köregenskaper (kunskap och körbeteende).

Socialt nätverk och delaktighet

Människan är en social varelse. Hon lever i ett samspel med andra, där hälsa och välbefinnande påverkas av hur möjligt det är att vara delaktig och oberoende, att kunna göra sådant som är viktigt för en.

När människor aktiverar sig i föreningar eller organisationer och känner förtroende för andra stärks den sociala sammanhållningen. På ett individuellt plan ökar detta människors känsla av samhörighet och välbefinnande, något som i sin tur kan främja deras hälsa. Socialt nätverk och socialt stöd kan fungera som en buffert vid olika svårigheter i livet (Berkman et al, 2000).

Enligt de tidigare litteratursökningarna i rapporten *Healthy Ageing - a Challenge for Europe* visar forskningsresultat inte oväntat att frivilligarbete ökar det psykiska välbefinnandet både hos de äldre personer som utför tjänsterna och hos dem som tar emot hjälpen. Vidare kan studiecirklar och grupper som erbjuder sociala aktiviteter förebygga social isolering och ensamhet bland äldre människor.

I början av den tredje åldern, runt tiden för pensioneringen, kan behovet av sociala kontakter vara större då nätverket på arbetsplatsen går förlorat (Agahi et al, 2005). Trots att det för en del kan finnas brister i det sociala nätverket, tycks flertalet i denna ålder ha ett bra socialt stöd. Nio av tio personer i åldern 65-74 år upplever att de har någon att prata med om personliga bekymmer (LNU 2000)

Andelen som besväras av ensamhet ökar med stigande ålder (Agahi et al, 2008), framförallt kring 85-årsåldern. Ensamboende känner sig i allmänhet mer ensamma än samboende. Släkt och vänner blir sjuka eller dör och samtidigt kan det bli svårare att göra det man vill på grund av sämre hälsa och funktionsförmåga.

Litteratursökning

Vid sökning av systematiska review-artiklar och metaanalyser som behandlar sociala interventioner för äldre personer i tredje åldern, gick det inte att hitta några relevanta artiklar. Författargruppen breddade därför sökningen och inkluderade även vetenskapliga originalartiklar och relevanta svenska rapporter. Av ca 600 träffar refereras fem studier i denna rapport. En sammanfattning av studierna finns i Tabell 2, tabellbilagan. För att finna studier från Sverige användes bl.a. FoU Valfärds hemsida där rapporter från landets FoU-miljöer kan sökas. De utvalda studiernas fokus ligger i första hand på att skapa mötesplatser som möjliggör för den äldre att vara aktiv, delaktig och knyta nya bekantskaper. Det innebär således att det inom detta område inte finns någon kunskap som kan anses vila på säker vetenskaplig grund, däremot intressanta erfarenheter från olika studier i amerikansk och svensk kontext.

Sociala mötesplatser är önskade

Äldre personer ser ofta som viktigt att det finns mötesplatser i ens närmiljö. I en studie i Göteborg ansåg sex av tio ålderspensionärer att det är viktigt att det finns en träffpunkt där man bor, att jämföra med två av tio i åldern under 30 (Johansson, 2008). I en studie i Malmö uttryckte många att mötesplatserna ger trygghet och fyller behov. Viktigt är att få umgås med andra (Sampognaro-Keljevic & Grönvall-Lindgren, 2010).

Det finns få nordiska studier om sociala mötesplatser, men desto fler från USA. I USA är sedan mitten av 1960-talet s.k. Senior Centers vanliga. De kan vara av mycket olika karaktär, en del inriktade på friska äldre som vill hålla sig i form, andra på äldre med låga inkomster och dålig hälsa som behöver stöd med mat och annat i sin vardag. Vissa Senior Centers har en stor bredd på sitt utbud och en del även en bredd i åldrar. Seniorcentren förväntas särskilt rikta sig till äldre som är socialt eller ekonomiskt sårbara, och som därmed riskerar sämre hälsa och förlorat oberoende.

En studie gör bedömningen att deltagandet i aktiviteter på de studerade seniorcentren ger hälsovinster, särskilt för kvinnor och personer med låga inkomster. Bland det som gav hälsovinster nämns att få betalt för sin insats, närhet till centret och att kunna äta lunch där (Fitzpatrick et al, 2008).

Olika grupper olika behov

I en studie inför öppnandet av ett seniorcenter visade det sig att de som hade ett stort socialt nätverk hade mindre intresse av att delta. De som hade ett svagt socialt nätverk kunde se seniorcentret som en möjlighet att vidga och förstärka sitt sociala nätverk. Dock krävdes att de fick stöd för att börja delta. En slutsats forskarna drog var att seniorcentren måste bli mer attraktiva för äldre personer som inte redan har starka sociala relationer. Det kan t.ex. vara att rikta sig till äldre som har anhöriga som bor långt bort (Ashida & Heaney, 2008).

I en studie med 274 ensamboende kvinnor påvisades att seniorcentret var en utmärkt miljö för att få nya vänner, ett stödjande socialt nätverk. Detta hade betydelse både för den psykiska och fysiska hälsan. Jämfört med en grupp kvinnor som levde med sina män deltog de ensamboende kvinnorna mer i centrets aktiviteter och fick på så sätt ett socialt nätverk som sträckte sig utanför centret (Aday et al, 2006).

En utmaning för seniorcentren är att nå ”yngre äldre”, som kan ha andra anspråk och intressen än tidigare äldregrupper. I en studie redovisas att de yngre äldre önskar Tai Chi, yoga, Pilates, simning, en personlig tränare, spa, dans, musik, böcker, volontärinsatser och kontakt med yngre. Vårda sin hälsa, engagemang snarare än socialt stöd är det de blivande och nyblivna pensionärerna frågar efter enligt denna studie. Samtidigt fanns det intresse att ”bara få sitta runt ett bord, prata och dricka en kopp te”. I studien konstateras också att en majoritet av de intervjuade tänkte delta i det seniorcenter som skulle öppna, men inte ens var

femte hade deltagit när den uppföljande studien gjordes. Forskaren drar slutsatsen att detta visar att centren behöver utveckla interventioner för att få de som är intresserade att faktiskt delta (Marken, 2005).

I några av studierna om seniorcenter i USA påtalas behovet av att särskilt rikta sig till etniska minoriteter, som är underrepresenterade på seniorcentren. De domineras av en vit medelklass. I en studie från Stockholm redovisas positiva erfarenheter av ett projekt att främja hälsan bland äldre arabiskspråkiga. Syriska föreningen i Stockholm fick med medel från Stockholms stad möjlighet att arrangera riktad verksamhet till arabiskspråkiga, kombinerat med olika friskvårdsaktiviteter. Många av Syriska föreningens medlemmar talar bara arabiska, en del är analfabeter. Kunskapen om det svenska samhället är begränsad. Kunskapen om hörnstenarna för en god hälsa är också många gånger begränsad. Att aktiviteterna skedde i en miljö där medlemmarna kände sig trygga och på deras eget språk menade många av deltagarna ledde till en ny kunskap och förändrad livsstil. Det saknas dock långtidsuppföljning som kan ge svar på om livsstilsförändringarna blivit varaktiga (Hallgren et al, 2011).

Innovativa metoder

I en studie av ett stort antal Senior Center identifierades några som bedömdes särskilt "innovativa". I en studie refereras en rad studier om seniorcentra som alla visar dessas betydelse för hälsa och välbefinnande för sina deltagare. Dock menar forskarna att seniorcentren nu står inför utmaningar kring sin finansiering och att anpassa sig till nya grupper äldre, som har annan utbildning, andra livserfarenheter och intressen än tidigare generationer (Pardasani & Thompson, 2012).

Bland framgångsfaktorer nämner forskarna att det på centret även finns yngre deltagare och att man tonar ner att det är *senior* center. Många lockas av aktiviteter som fokuserar på hälsa och välbefinnande (wellness center) menar forskarna. De noterar en rörelse från att seniorcentren främst fokuserat på äldre i en sårbar livssituation till att också rikta sig till mer väletablerade och friska äldre. En faktor som driver utvecklingen är seniorcentrens behov att bredda sin intäktsbas eftersom det samhälleliga stödet inte hängt med inflationen. Den modell som lockar en bredare grupp av äldre är den där kaféet är kärnan. Forskarna påtalar att den typen av mer traditionella seniorcenter är i större behov av offentligt stöd än de som vänder sig till friska och välutbildade äldre. Forskarna konstaterar avslutningsvis att en utmaning för seniorcentren är att få fram mått på deras betydelse, värdet av att delta (Pardasani & Thompson, 2012).

Några svenska erfarenheter

Kommunens roll har belysts i några FoU-rapporter. I en översikt över mötesplatser och förebyggande aktiviteter i Stockholms stad lyfter författarna stadsdelsförvaltningarnas roll som nätverksbyggare och samordnare som en del i det förebyggande och habiliterande arbetet bland äldre personer i ordinärt boende.

Genom att samordna stadsdelsförvaltningens resurser i form av lokaler och personal med frivilligas goda vilja kan en verksamhet som tillgodoser behoven av anpassade aktiviteter byggas upp. En samordnare för frivilliga insatser i stadsdelsförvaltningen kan hjälpa till att formalisera samarbetet mellan kommun och pensionärs- och frivilligorganisationer. Kommunens roll är också att skapa goda förutsättningar för de frivilliga krafterna (Österman & Wånell, 2010).

En utvärdering har skett av träffpunkter i Gävle, Söderhamn och Hudiksvall som startats med stöd av statliga stimulansmedel. Syftet var att genom att öka utbudet av välfungerande sociala mötesplatser förbättra och stimulera äldre människors sociala liv och bidra till att äldre personer lättare kan upprätthålla och ibland även förbättra sina funktionsförmågor. Kvinnorna var de som besökte träffpunkterna mest, och den vanligaste åldersgruppen var 65-74 år, tätt följd av åldersgruppen 75-84 år. Besökarna hade generellt sett god hälsa och många var aktiva även i andra sociala sammanhang. Studien bekräftar den erfarenhet som finns att om inte särskilda insatser görs så når man med en träffpunkt främst kvinnor som redan är aktiva. Utredarna pekar på den utmaning som finns för kommunerna och drar liknande slutsatser som Österman & Wånell (2010), att brist på tid och resurser för t.ex. hemtjänstpersonal och biståndshandläggare gör att de inte hinner motivera fler äldre till att besöka en träffpunkt. Det kan också handla om avsaknad av ledsagning till träffpunkten och stöd under själva vistelsen. Det finns dessutom sannolikt generellt bristande kunskaper om och förståelse för äldres sociala behov (Fasth, 2011).

Summering

Sociala mötesplatser är ett område som låter sig beskrivas, men svårigen mätas. De forskningsartiklar och de fåtaliga FoU-rapporter som finns bekräftar bilden från äldre studier att sociala mötesplatser är viktiga för många äldre, för att ge möjlighet träffa andra, ge ett innehåll i vardagen, en ljusglimt. Att i kontrollerade studier mäta värdet av detta i form av t.ex. ökat välbefinnande, bättre hälsa, ökad livslängd eller liknande är svårt. Det är svårt att konstanthålla just betydelsen av den sociala mötesplatsen, och knappast möjligt att få kontrollgrupper. Det är därför inte oväntat att det saknas studier som kan ge belägg för värdet av sociala mötesplatser, eller ge underlag för hälso- och samhällsekonomiska bedömningar. Ofta frågas efter om en kommuns satsning på att stödja sociala mötesplatser är lönsam. Den frågan torde bli obesvarad. Kanske det kan räcka med berättelserna från de som deltar för att värdera värdet av dessa mötesplatser?

Att familj, släkt och vänner har betydelse för hälsan och ett gott åldrande är väl belagt. Att åldras medför ofta ett krympande socialt nätverk. Att gå i pension innebär förlust av arbetskamrater och av en struktur i vardagen. Ju äldre man blir, desto fler av ens nära har dött, eller drabbats av svåra kroniska sjukdomar. Med stigande ålder besväras fler av ensamhet. En fråga är då om olika former av sociala mötesplatser kan kompensera för dessa förluster?

Det går som nämnts ovan inte att dra säkra slutsatser av den forskning som belyst olika former av sociala mötesplatser. Den forskning som finns är av kvalitativ art, och ger berättelser om t.ex. hur de äldre upplever den sociala mötesplatsen och faktorer som gör att man deltar eller ej. Dessa berättelser stöder uppfattningen att mötesplatserna har en betydelse för deltagarnas välbefinnande, vilket indirekt kan tolkas som att de har en hälsofrämjande betydelse. Samtidigt pekar forskare och utredare, såväl på amerikansk som på svensk botten, på att seniorcentren/träffpunkterna har ett antal utmaningar.

En utmaning är att nå yngre äldre som kan ha andra intressen än tidigare generationer, och ogärna går till en verksamhet för ”gamla”. En annan är att nå äldre med ett svagt socialt nätverk, och att nå fler grupper än de som hör till en förhållandevis väletablerad medelklass. Från USA tas också ytterligare en utmaning fram, finansieringen av seniorcentren. En utmaning som gäller också för mötesplatser i Sverige som kommit till tack vara statliga stimulansmedel som nu dras in.

En av forskningens vita fläckar på detta område är vad man kan göra för att möta dessa utmaningar. Det går därför inte idag att uttala sig om vilka metoder som kan vara framgångsrika. Om målet är att underlätta för äldre som inte är så aktiva och som har ett svagt socialt nätverk att delta i en träffpunkts aktiviteter pekar olika studier på bl.a. vikten av att ta hänsyn till kön, social klass och olika kohorter.

Många träffpunkter domineras av kvinnor, vilket skulle kunna vara en signal att männens intressen inte uppmärksammas tillräckligt, men detta är inte belyst i de studier som redovisas ovan. De som har god ekonomi och är välutbildade är betydligt mer aktiva och har ett starkare socialt nätverk än lågutbildade och personer med låga inkomster. Det är därför rimligt att i förebyggande arbete och kommunalt finansierade träffpunkter prioritera grupper och bostadsområden utifrån denna kunskap. Utöver de individuella skillnader som finns så finns det också kohortskillnader, inom gruppen ”äldre” ryms flera generationer. För äldre med rötter i andra länder kan det vara viktigt att få delta i aktiviteter tillsammans med dem som talar ens eget språk och kan ens egen kultur. Det saknas dock studier där olika metoder prövats och utvärderats systematiskt.

När en kommun har att ta ställning till stöd till olika former av sociala mötesplatser kan man, även om säkra vetenskapliga belägg inte finns, med ledning av vad som sagts ovan resonera utifrån

- sociala mötesplatser/träffpunkter kan för vissa äldre underlätta att ha en roll, vara delaktig, vara aktiv och få nya vänner – allt delar av hörnpelarna för ett hälsosamt åldrande,
- kommunalt finansierade mötesplatser bör ha en tydlig målgrupp, men kanske inte vara uttalat för ”seniorer” eller äldre. De kan komplettera vad frivilligsektorn gör och rikta sig till de grupper som normalt sett inte deltar i sociala och kulturella aktiviteter och

- en del i kommunens ansvar kan vara uppsökande verksamhet och att ge stöd till äldre personer som behöver hjälp för att ta sig till träfflokalen.

Psykosociala interventioner för att främja psykisk hälsa

Att bli äldre kan medföra en ökad risk för psykisk ohälsa på grund av sociala, psykologiska och biologiska förändringar. Risken att förlora en nära anhörig ökar med ökande ålder, något som påverkar alla på olika sätt. För många kan det innebära en ökad risk för depression. Det kan även vara försämrad funktionsförmåga eller en ändrad social identitet som påverkar den psykiska hälsan negativt. Att ha psykiska hälsoproblem kan bland annat yttra sig som sömnsvårigheter, ångslan, oro eller ångest eller psykisk sjukdom som exempelvis depression eller psykos (Socialstyrelsen, 2008).

Depression är ett av de vanligaste psykiska hälsoproblemen och drabbar upp till en av sju personer över 65 år (Statens folkhälsoinstitut, 2006). I och med att andelen äldre i befolkningen ökar bör också detta folkhälsoproblem lyftas fram. Problem med psykisk hälsa är dock inte en oundviklig del av åldrandet. Tidigare forskningsresultat visar att terapeutiska och psykosociala insatser riktade till äldre påtagligt förbättrar deras självrapporterade välbefinnande. WHO har påpekat att det finns interventioner som har varit framgångsrika när det gäller att främja och förbättra den psykiska hälsan i den äldre befolkningen (WHO, 2004). Metoder som reminiscens (en metod som bygger på äldre personers minnen) och "life-review"-baserade interventioner nämns som lovande insatser för att främja psykisk hälsa (WHO, 2004).

Litteratursökning

Litteratursökningen syftade till att få fram översiktsartiklar och metaanalyser om interventionsstudier som haft till uppgift att förebygga psykisk ohälsa/depression eller främja psykiskt välmående bland personer 65 år och äldre. Litteratursökningen samlade knappt 50 artiklar. Flera av dessa utvärderade studier/interventioner riktade till grupper med specifika sjukdomar eller var på annat sätt ej representativa för äldre över 65 år. Dessa artiklar uppfyllde inte kriteriet för denna sammanställning och exkluderades därför. Till sist återstod endast fem artiklar (se Tabell 3 i tabellbilagan).

Främja hälsa och förebygga depression

Forsman, Nordmyr och Wahlbeck (2011) hade för avsikt att studera om psykosociala interventioner kan förebygga depression hos äldre. Enbart prospektiva kontrollerade studier med deltagare över 65 år ingick i studien. Studierna omfattade både äldre personer i allmänhet och äldre personer med risk för depression samt äldre personer som hade depressiva symtom, men inte diagnostiserad depression. Studierna inriktade sig således enbart på insatser med

psykologiska och sociala frågor i fokus istället för medicinska. Flera olika typer av aktiviteter utvärderades: sociala aktiviteter, fysisk träning, träning i bemästringsstrategier, stödgrupper, minnesträning och insatser med kombinerat innehåll.

Den andra översiktsstudien som genomfördes av Forsman, Schierenbeck och Wahlbeck (2011) hade ett bredare perspektiv. I den studien ingick 69 interventionsstudier varav 44 inkluderades i artikelns metaanalys. Interventionsstudier avsedda att förebygga depression och/eller att främja psykisk hälsa ingick. Medelåldern på deltagarna var 78 år. Artikelförfattarnas slutsatser av de två studierna var att sociala aktiviteter tycks vara en effektiv interventionsform i arbetet med att främja äldre personers psykiska hälsa. Sociala aktiviteter visade sig också resultera i en signifikant minskning av depressiva symptom samt hade också signifikanta positiva effekter på psykisk hälsa i allmänhet, livskvalitet och på tillfredsställelse med livet. Kognitiv träning med inslag av utbildning och/eller beteende visade sig ha en positiv effekt för den psykiska hälsan. De andra interventionerna hade liten effekt på de fyra utfallen. Fysisk aktivitet och reminiscens hade ingen effekt på något av utfallen i dessa två studier.

Båda studierna lyfter fram betydelsen av interventionens längd. Sociala aktiviteter som pågår regelbundet i mer än tre månader har större effekt än kortare insatser. Författarna sammanfattar metaanalysen med att framhålla att forskningen om psykosociala interventioner i syfte att främja den psykiska hälsan i den äldre befolkningen är liten men lovande. Det behövs fler studier för att bevisa dess effekt. Baserat på resultaten menar författarna att meningsfulla sociala aktiviteter som är anpassade efter individens förutsättningar och preferenser måste beaktas när syftet är att förbättra den psykiska hälsan hos äldre personer. De framhåller också att interventionerna bör fortgå i minst tre månader.

I metaanalysen som genomfördes av Bohlmeijer m.fl. (2007) inkluderades 15 interventionsstudier med avsikt att studera effekten på välbefinnande eller livskvalitet. Resultaten visade på ett måttligt samband mellan reminiscens och livskvalitet/emotionellt välbefinnande bland äldre. Den mera strukturerade metoden "life-review" som både tar hänsyn till hela livsspannet och fokuserar på positiva och negativa händelser visade sig ha en något starkare positiv effekt än reminiscens. Trots flera begränsningar i de analyserade studierna föreslår författarna att både reminiscens men framförallt "life-review" är värdefulla interventioner för att förbättra den psykosociala hälsan bland äldre.

Cole (2008) genomförde en systematisk översikt av 14 kontrollerade studier för att undersöka möjligheten och effekten av tidsmässigt korta interventioner (<12 veckor) för att förebygga depression hos äldre personer. Resultaten visade att det finns goda förutsättningar för att genomföra tidsmässigt korta psykosociala interventioner. Däremot var effekten av interventionerna svag, bland annat för att studier hade metodologiska begränsningar och resultaten var inkonsekventa. Trots detta föreföll några försök ha potential för att förebygga depression hos äldre personer: enskild terapi för sörjande "i riskzonen" (individual therapy for bereaved, "at risk" subjects) för depression, pedagogiska interventioner för per-

soner med kronisk sjukdom, kognitiv beteendeterapi för att minska negativa tankar och "life review".

Bland äldre personer är negativa tankar ofta förknippade med depression. Beteendeterapi som ges för att minska negativa tankar, kan därför mycket väl minska förekomsten av depression i en äldre population. Slutsatsen av studien var att vissa typer av korta psykosociala interventioner tycks ha en potential för att förebygga depression hos äldre personer. Riktlinjer för att förbättra kvaliteten på framtida studier föreslås av forskarna (Cole, 2008).

Lee med flera (2012) genomförde en systematisk översikt av fem RCT-studier i syfte att studera effekten av psykoterapeutiska interventioner för att reducera depressiva symptom samt förebygga depressioner bland äldre personer med lindrigare symptom. Resultaten visade på att psykoterapi är en säker och kostnadseffektiv metod för att minska den offentliga hälso- och sjukdomsburden av depression bland äldre, som ännu inte diagnostiserats för en allvarligare depression.

Summering

Det är svårt att utifrån de artiklar som här redovisats ge en samlad bild av ny forskning om effekten av preventiva åtgärder eller bekräfta det som WHO lyfte fram 2004. De översikter som har inkluderats skiljer sig åt, ibland studeras effekten på att förebygga depression/psykisk ohälsa, ibland effekten på att mildra symptom av depression/ohälsa. Graden av ohälsa som studeras varierar således samt vilka grupper av äldre som interventionen berör. De två metaanalyserna genomförda av Forsman m.fl. visar att sociala aktiviteter som är anpassade efter individens förutsättningar och preferenser har betydelsefulla effekter, men interventionen bör fortgå under minst 3 månader. Mer forskning behövs om sociala aktiviteter som enligt Forsman m.fl. forskningsresultat tycks vara den mest effektiva interventionsformen.

"Life-review" har också lyfts fram som en tänkbar meningsfull intervention. Dels för att förstärka det psykiska välbefinnandet bland äldre och för att förebygga depression. I en review-artikel (Bohlmeijer m.fl. 2007) finns också visst stöd för att även kortare insatser kan vara förebyggande mot depression. I Forsmans två studier återfanns dock ingen effekt av reminiscens eller "life-review" för att reducera olika former av psykisk ohälsa. Skillnaden i resultat mellan olika studier beror till stor del på att olika utfall studeras och att olika grupper av äldre ingick i studierna samt att olika urvalskriterier används.

Det bör också nämnas att även bland äldre personer är psykoterapi en säker och kostnadseffektiv metod för att minska risken för depression hos personer som befinner sig i riskzonen. Det finns således "potential" i psykosociala interventioner då de kan stödja ett aktivt och hälsosamt åldrande om de används på rätt sätt. Samtliga studier lyfter dock fram att det krävs mer forskning om psykosociala interventioner som vänder sig till äldre personer innan man kan styrka definitiv evidens.

Fysisk aktivitet

Människor blir generellt sett gradvis mindre aktiva när de blir äldre. Det är främst mängden intensiv aktivitet som minskar med åldern, medan måttlig aktivitet och promenader ökar (Statens folkhälsoinstitut, 2007). I kunskaps-sammanställningen *Healthy Ageing – a challenge for Europe* beskrevs flera fördelar av fysisk aktivitet i ålderdomen (Statens folkhälsoinstitut, 2006). Det finns tex en koppling mellan motion och ökad livslängd, respektive förhöjd livskvalitet (Shephard, 2002). Fysisk aktivitet kan minska risken för ett flertal sjukdomar som är vanliga i högre åldrar, exempelvis hjärtkärlsjukdomar, stroke och diabetes (Powel et al, 1987; Wendel-Vos et al, 2004; Borghouts & Keizer, 2000). Fysisk aktivitet kan även ses som en del av det fallskadeförebyggande arbetet (Gillespie et al, 2003). I kunskapssammanställningen *Healthy Ageing – a challenge for Europe* rapporterades dessutom att fysisk aktivitet ökar styrka, syreupptagningsförmåga, rörlighet och balans hos äldre och att styrketräning har en positiv effekt på funktionsbegränsningar (Statens folkhälsoinstitut, 2007).

Att vara fri från sjukdomar och fallskador innebär självklart inte automatiskt ett gott åldrande, men kan öka förutsättningarna för ett liv med god livskvalitet. Därför har vi i litteratursammanställningen även inkluderat studier som fokuserat på den fysiska hälsan, dvs. studier som undersöker hur man minskar risken för de sjukdomar och funktionsnedsättningar som är vanligt förekommande vid åldrandet.

Litteratursökning

Vid genomgång av review-artiklar och metaanalyser noterades att ämnet fysisk aktivitet i tredje åldern fortfarande genererar mycket forskning. Runt 700 artiklar hittades vid sökningarna i ovan nämnda databaser. Vid en första genomläsning av titlar och abstracts kunde de artiklar uteslutas som handlade om patienter som redan hade fått specifika diagnoser, som t.ex. demens, hjärtkärlsjukdom, diabetes, stroke, psykiatriska sjukdomar samt personer i fjärde åldern, t.ex. sköra äldre (frail) och äldre på särskilt boende eller i palliativ vård. Däremot inkluderades artiklar som undersökte om fysisk aktivitet i tredje åldern kunde *minska risken* för någon av ovanstående sjukdomar eller tillstånd. Review-artiklar som inte var s.k. systematiska reviews uteslöts. De övriga artiklarna införskaffades och utvärderades och de som inte var relevanta systematiska review-artiklar eller metaanalyser (t.ex. att de rörde en specifik etnisk population, utvärderade ett specifikt test, huvudsakligen handlade om yngre personer eller studerade effekter på cellnivå) uteslöts. Sammanlagt 66 artiklar har inkluderats i föreliggande översikt. Pga det stora antalet review-artiklar och metaanalyser som ämnet fysisk aktivitet genererat, blir genomgången i text mer summarisk än i de övriga ämnesområdena. För en mer ingående beskrivning av de olika studieresultaten se Tabell 4 i tabellbilagan.

De främsta områdena som framkom i litteratursökningen och som forskningen söker relatera fysisk aktivitet till är: fallrisker, benskörhet, hur man kan mot-

verka försämrade muskelstyrka p.g.a. åldrande (s.k. sarkopeni), bibehålla fysisk funktion, och även kognitiva förmågor (successful cognitive ageing). Välbehållande, livskvalitet och allmän hälsa är också viktiga utfallsvariabler som studeras. Några artiklar behandlar vikttnedgång. Vidare finns några review-artiklar som behandlar huruvida interventioner med fysisk aktivitet kan ha effekt på depressiva symptom hos äldre personer. Slutligen har några artiklar presenterat riktlinjer för vilka typer av fysiska aktiviteter som är lämpliga för äldre personer och hur ofta de bör utföras. Områdena behandlas var för sig under respektive rubriker nedan. (För en referensöversikt, se Tabell 4 i tabellbilagan).

Fysisk aktivitet och risk för fall

Enligt Gillespie et al (2009) är styrka, balans, flexibilitet och uthållighet viktigt när det gäller att reducera fall. Program som innehåller två eller fler av dessa komponenter minskar både antalet fall och antalet äldre som faller. Äldre med god hälsa rekommenderas en kombination av fysiska aktiviteter bestående av både aerobisk träning, styrketräning och balansträning (Rose & Hernandez, 2010). En annan metaanalys (Sherrington et al, 2008) understryker vikten av att balansträning ingår i träningsprogrammet. Utifrån ett s.k. "pooled estimate" av 44 försöksstudier uppskattar författarna att ca 17 procent av alla fall kan förebyggas med väl utformade träningsprogram som också utmanar balansförmågan. I en uppdaterad metaanalys inkluderande sammanlagt 54 RCT-studier drog samma forskargrupp slutsatsen att träningsprogram som innehöll balansträning och en högre dos av fysisk träning gav den största minskningen av fallolyckor. Fallförebyggande fysisk träning bör innehålla måttlig till hög utmaning för balansen och bedrivs åtminstone två timmar/veckan. Promenader kan läggas till som komplement, men personer som har hög risk för att falla bör inte rekommenderas program som innehåller raska promenader (Sherrington et al, 2011).

Choi och Hector (2012) har gjort en metaanalys av 17 RCT-studier som undersökte hur olika fallpreventionsprogram för äldre påverkade den relativa risken för att falla. Sammantaget visade resultaten på en 14-procentig minskning av fallen för de som deltog i interventionerna. Det fanns dock stora olikheter i programmens inriktning och resultat (heterogenitet) så forskarna analyserade tre separata subgrupper och fann 14 procent fallreduktion vid multifaktoriella interventioner jämfört med enkla interventioner (och så mycket som 54 procent fallreduktion för program inom äldreboenden jämfört med eget boende). Att enkla interventioner som exempelvis fokuserar på fysisk träning skulle ha sämre effektivitet motsägs dock i två tidigare metaanalyser (Gates et al, 2008; Campbell & Robertson, 2007). Metasensitivitetsanalys indikerade att fallpreventionsprogram är effektiva och kan reducera fallen med nio procent (Choi & Hector M, 2012).

Tai Chi rekommenderas som ett alternativ av flera forskare (Leung et al, 2011; Rand et al, 2011; Wooton 2010; Gillespie et al, 2009). Några studier rapporterar även att yoga (Roland et al, 2011) och dans (Keogh et al, 2009) är värdefulla aktiviteter för att träna balansen hos äldre personer. Dessa aktiviteter utförs oftast

upprätt och innebär upprepade förskjutningar av kroppstyngden (Keogh et al, 2009).

Några metaanalyser tar specifikt upp frågan om fysisk aktivitet hos medelålders och äldre personer kan ha positiv effekt på bentätheten. Detta är fortfarande oklart enligt vissa (Moayyeri, 2008; Martyn-St James & Carroll, 2008), eller bedöms ha endast mindre effekter (Hamilton et al, 2010). Fler högkvalitativa studier behövs för att belysa detta ämne.

Muskelmassa, funktion och smärta

Ett flertal studier undersöker om åldersrelaterad förlust av muskelmassa, s.k. sarkopeni, kan motverkas med fysisk träning. Resultaten när det gäller fysisk aktivitet, främst styrketräning, är klart positiva. Muskelmassan kan effektivt ökas med styrketräning högt upp i åldrarna (Li & Heber, 2012; Peterson & Gordon, 2011; Peterson et al, 2011; Peterson et al, 2010), även om ökningen inte är lika kraftig som hos yngre personer. Medelålders och äldre personer rekommenderas att från en nybörjarperiod med lågdosträning 1-2 gånger i veckan, successivt öka volym och intensitet till exempelvis 3-4 dagar i veckan (Peterson et al, 2011).

Enligt en review-studie (Focht, 2006) visar en kritisk utvärdering av 18 RCT-studier att aerobisk träning, styrketräning, och en kombination av dessa ger förbättringar av smärta vid artros, något som drabbar cirka en tredjedel av alla äldre. Graden av smärtlindring varierar dock avsevärt mellan studierna. Dessutom har de flesta försöken fokuserat på kortsiktiga (<6 månader) interventioner. Med tanke på variationen i interventionernas effektivitet behövs framtida forskning för att bestämma de individuella skillnader som påverkar äldre med artros. Även mer vardaglig träning, som promenader och att gå i trappor, har betydelse när det gäller att behålla sin fysiska funktion, och kan också minska smärtor vid artros enligt två andra review-studier (Liu & Latham, 2009; Hart et al, 2008).

Interventioner som kombinerar både träning och nutritionsrådgivning (främst när det gäller intag av protein) är betydelsefulla inte minst för att stödja äldre kvinnor att förbättra sin fysiska funktion (Kuczmarski et al, 2010).

Viktreduktion

Det finns en del frågetecken när det gäller äldre och övervikt. Ett problem är att mätning med Body Mass Index (BMI) hos äldre personer ibland inte är en rättvisande mätning av ohälsosam övervikt. Äldre kan ha normal eller till och med låg BMI och ändå ha en hög grad av fett i kroppen. Detta beror på att muskelmassan har minskat (sarkopeni) som en del av åldrandet (Li & Heber, 2012). Ytterligare ett frågetecken gäller den så kallade fetmaparadoxen "obesity paradox". Det finns studier som tyder på att övervikt (BMI 25-29.9 kg/m²) i själva verket kan vara gynnsamt för överlevnaden när man blir äldre, samt att måttlig fetma endast var associerad med en blygsam ökning av risken att dö (Janssen &

Mark, 2007). Detta bekräftas av en nyligen publicerad metaanalys (Flegal et al, 2013) som har funnit att personer med övervikt (BMI 25-29.9 kg/m²) har lägre dödlighet (all-cause mortality) än normalviktiga (BMI 18,5-24.9 kg/m²).

En review (Li & Heber, 2012) pekar på att sarkopeni tillsammans med övervikt (sarcopenic obesity) bland äldre ofta leder till förlust av oberoende och till metaboliska komplikationer. Detta representerar på så sätt ett folkhälsoproblem för personer över 65 år. Forskarna menar att åldersrelaterad förlust av muskelmassa och samtidig ökning av fettmassan i kroppen kan åtgärdas med regelbunden styrketräning kombinerat med adekvat proteinintag för att bevara muskelmassa (Li & Heber, 2012).

Slutligen visar en metaanalys (Witham & Avenell, 2010) på en liten men signifikant viktreduktion som ett resultat av interventioner med fysisk aktivitet och kost bland äldre överviktiga personer. Studien fann dock inga signifikant förbättrade blodfetter av ovanstående interventioner, och data var otillräckliga för att dra några slutsatser när det gäller kardiovaskulära riskfaktorer, fysisk träningskapacitet och livskvalitet.

Fysisk aktivitet och minne

En intressant ny forskningslinje är frågan om fysisk aktivitet kan främja minne och tankeförmåga när man blir äldre. Ett tiotal review-artiklar och metaanalyser har belyst detta ämne, främst utifrån observationsstudier. Flertalet forskare drar slutsatsen att fysisk aktivitet har en skyddande roll när det gäller kognitiv nedsättning (Wang et al, 2012; Ahlskog et al, 2011; Tseng et al, 2011; Sofi et al, 2011; Aarsland et al 2010; Daffner, 2010; Yevchak et al, 2008). Några studier är mer tveksamma (Snowden et al, 2011; Angevaren et al, 2008; Fratiglioni & Wang, 2007; Lautenschlager & Almeida, 2006).

Anledningar till tvekan hos forskarna är bland annat att man menar att det behövs fler randomiserade kontrollerade studier som kan verifiera de positiva resultaten från epidemiologiska uppföljningsstudier samt att framtida RCT-studier bättre bör rapportera hur väl övningsprogrammen följs, använda längre tidsomfång och bedöma den kliniska relevansen av de mått man använder. Dessutom diskuteras svårigheten att isolera effekten av träningsprogrammet från effekten av den sociala stimulansen som kan ingå i t.ex. i gruppträning, och i mentalt stimulerande uppgifter som att föra träningsdagbok.

Välbefinnande och hälsa

Fysisk träning i grupp minst två gånger i veckan med utbildade ledare rapporteras kunna öka det psykiska välbefinnandet i en systematisk review (Windle et al, 2010), som bygger på 13 studier (RCT och interventionsstudier). Måttlig men regelbunden fysisk aktivitet beskrivs som en av de viktigaste icke-farmakologiska insatserna för att öka hälsan och bidra till "successful aging" (Vogel et al, 2009). Denna systematiska review-artikel refererar till 49 studier (både uppföljnings- och RCT-studier) och rapporterar att fysisk aktivitet är kopplat till en rad olika

hälsomått som lägre dödlighet bland äldre, har en positiv effekt på primärprevention av kranskärslssjukdom, ger förbättrad sammansättning av kroppens muskler och fett, medför sänkning av blodtryck, prevention av stroke och typ 2 diabetes.

Varierande typer av fysisk aktivitet behandlas i olika artiklar. Tai Chi och Qigong kan ha effekter inte bara på den fysiska hälsan (funktion, blodtryck, fallrisk) utan även ha en positiv inverkan på den psykiska hälsan (minska depressiva symptom och ångest) enligt en systematisk review-studie (Rogers et al, 2009), som inkluderade 36 kontrollerade försök. En metaanalys av 36 interventionsstudier rapporterar att aerobisk träning på måttlig nivå kan vara en bra metod för att öka äldres välbefinnande, self-efficacy (tilltro till den egna förmågan) samt förbättra kardiovaskulär status, fysisk funktion och styrka (Netz et al, 2005).

Enligt en metaanalys inkluderande 38 interventionsstudier (Conn, 2010a) och en systematisk review av studier med RCT eller kvasiexperimentell design (Blake et al, 2009) kan depressiva symptom hos äldre (med eller utan klinisk depression) förbättras med hjälp av fysisk träning. Positiva effekter kan ses efter några veckors träning enligt en systematisk review av 13 RCT studier (Sjösten & Kivelä, 2006), men författarna påpekar att stadigvarande effekter kanske bara uppnås med kontinuerlig träning. Även oro och ångest kan möjligen minskas med fysisk aktivitet enligt en metaanalys innehållande 19 interventionsstudier, som dock inte enbart gällde äldre personer (Conn, 2010b). Framtida forskning bör jämföra interventioner i randomiserade studier för att undersöka om det föreligger kausalitet. Fler kontrollerade studier efterfrågas också för att fastställa bästa träningsdos, långtidseffekter och kostnadseffektivitet.

Vilka interventioner är effektiva/kostnadseffektiva?

Resultaten är varierande när de gäller vilka insatser som är mest effektiva för att få människor att börja röra på sig. En studie (Conn et al, 2011) rapporterar att interventioner som fungerar på så sätt att den enskilde måste ställa upp mål, stämma av sina resultat, få feedback på sin fysiska aktivitet, följa aktivitet på recept är mer effektiva än enbart hälsoinformation. Information blir å sin sida mer effektiv om den ges "face to face", d.v.s. direkt till den som den är riktad till. Enligt en annan studie (Yeom et al, 2009) är grupp-baserade interventioner bra för att öka äldre personers rörlighet, men måste pågå i minst 12 veckor för att vara verksamma. Att bedriva livsstilsinterventioner inom sjukvården för patienter med hög risk att insjukna i diabetes har effekt, men interventionen verkar dock ha begränsad klinisk betydelse efter ett år (Cardona-Morell et al, 2010).

Hälsofrämjande program där fysisk aktivitet, men även nutritionsrådgivning, rökavvänjning och hälsopromotion ingår kan minska antalet sjukhusinläggningar och sänka sjukvårdskostnader (Coberley et al, 2011) under förutsättning att interventionerna engagerar och förändrar de äldres hälsobeteende. Denna studie inkluderade RCT-studier eller uppföljningsstudier med fler än 1000 deltagare och

fokuserade främst på Medicare program som erbjuder äldre personer träningsmöjligheter.

Kostnadseffektiviteten av fallförebyggande program på nationell nivå i USA utvärderades i en amerikansk studie (Wu et al, 2010). Forskarna konstruerade en ekonomisk modell som utgick från antalet rapporterade fallolyckor under 2008, bland personer som ingår i Medicare. Man använde sedan resultaten från en aktuell metaanalys av 13 RCT-studier (Shekelle et al, 2003) för att skatta hur många fall som skulle kunna undvikas med hjälp av fallpreventiva åtgärdsprogram. Utifrån detta underlag bedömdes att fallprevention är klart kostnadseffektivt.

En svensk studie (Hagberg & Lindholm, 2006) gjorde en genomgång av 26 interventionsstudier som bedömt om hälsointerventioner är kostnadseffektiva. De fann viss evidens för att främjande av fysisk aktivitet kan vara kostnadseffektivt för äldre och för personer med hjärtsjukdom. Men det saknas evidens för vilka specifika metoder som bör användas i specifika populationer.

Koenenman med flera (2011) har gjort en systematisk review angående bestämningsfaktorer för fysisk aktivitet hos personer som är äldre än 55 år. Det är viktigt att ha kunskap om vad som gör att människor ägnar sig åt fysisk aktivitet och träning i syfte att effektivt främja en aktiv livsstil. I review-studien ingick 34 interventionsstudier. En stor variation av bestämningsfaktorer återfanns: ålder, BMI, självförtroende när det gällde träning, socialt stöd är exempel på några. Någon specifik bestämningsfaktor som tillräckligt evidensbaserad kunde dock inte beläggas.

Rekommendationer för fysisk aktivitet i en äldre befolkning

I flera studier (Yeom et al, 2009; Tremblay et al, 2011; Sattelmair et al, 2009; Nelson et al, 2007) inkluderas rekommendationer för personer som är 65 år eller äldre angående vilken typ av fysisk aktivitet och hur mycket som bör ingå för att uppnå hälsovinster. Fyra typer av träning rekommenderas. Först och främst inkluderas måttlig-intensiv *aerobisk träning* runt 150 minuter eller mer per vecka, där intensiteten måste ta hänsyn till den äldres förmåga. *Styrketräning* är också en viktig komponent som behövs för att motverka sarkopeni. Därutöver rekommenderas *flexibilitetsträning* tex stretchövningar. Slutligen ges rådet att äldre (inte minst de med ökad fallrisk) ägnar sig åt någon form av *balansträning*. Följsamhet till rekommendationerna kan stämmas av genom samtal och användandet av olika hjälpmedel som tex träningsdagbok. Det rekommenderas också att program för äldre personer ska innehålla en riskbedömning.

Generellt gäller att ju mer fysisk aktivitet desto högre hälsovinster, upp till en viss gräns då skaderisken är "större" än nyttan. Men högre ålder kan medföra svårigheter att upprätthålla en fysiskt aktiv livsstil. Individualiserade träningsstrategier och upplägg gör det emellertid möjligt även för äldre personer att dra nytta av fysisk aktivitet.

Summering

De senaste årens forskning har stärkt evidensen för att fysisk aktivitet i tredje åldern är fallpreventivt, motverkar muskelsvaghet, främjar hjärt- och kärlhälsa och motverkar fysisk funktionsnedsättning. Fyra typer av träning rekommenderas till äldre i tredje åldern: *aerobisk träning* efter den äldres förmåga, *styrketräning* för att motverka sarkopeni. Därutöver rekommenderas *flexibilitets-träning* tex stretchövningar samt någon form av *balansträning*.

Det intressanta och delvis nya är att det också kommit ökande evidens att fysisk aktivitet hos äldre även kan ha en positiv inverkan på psykisk hälsa (minskar depressiva symptom och ångest) och kan främja ett kognitivt hälsosamt åldrande, dvs. bevara minne och tankeförmåga när man blir äldre. Här behövs det dock mer forskning.

Näring och matvanor

Äldre människors energibehov är lägre än yngre människors, men deras behov av viktiga näringsämnen är lika högt (Statens folkhälsoinstitut, 2007). Därför bör man ägna extra uppmärksamhet åt balansen mellan energi och näringsinnehåll. Övergången till pensionärlivet kan medföra en mer ensidig kost vilket kan leda till övervikt och i förlängningen till ökad risk för sjukdom. I Healthy Ageing – a Challenge for Europe indikerades att tillskott av vitamin D3 och kalcium är ett sätt att förebygga frakturer som kan uppstå när äldre, sköra människor faller. Det framkom även att mycket grönsaker i maten är ett effektivt sätt för 40–80-åringar att avsevärt minska risken för cancer.

Litteratursökning

Runt 150 artiklar hittades vid sökningar i ovan nämnda databaser. Vid en första genomläsning av titlar och abstracts kunde de artiklar uteslutas som handlade om personer med specifika diagnoser, personer i fjärde åldern, handlar om specifik etnisk grupp, eller utvärderar ett test m.m. De övriga artiklarna införskaffades och utvärderades och de som inte var relevanta systematiska review-artiklar eller metaanalyser uteslöts. Sammanlagt 14 artiklar har inkluderats i föreliggande översikt (se Tabell 5, tabellbilagan).

Sökningarna av artiklar om näring och matvanor resulterade främst i två typer av forskningsinriktningar: 1) har olika typer av dieter eller kosttillskott betydelse för äldres hälsa? och 2) är interventioner som ger utbildning och rådgivning om kost till äldre framgångsrika?

Inga review-artiklar eller metaanalyser som behandlade betydelsen av måltidsmiljön eller måltiden som social företeelse återfanns med de söktermer som använts.

Dieter och kosttillskott för att främja äldres hälsa

I en review-artikel baserad på interventionsstudier (Plawecki & Chapman-Novakofski, 2010) som undersöker äldre personers bentäthet pekar forskarna på att vitamin D och kalcium tillsammans med kostbaserad rådgivning kan ha en positiv inverkan på benstommens hälsa (bone health). Författarna reserverar sig dock för möjligheten att "publication bias" föreligger d.v.s. att studier som inte kan påvisa förändringar aldrig blir publicerade och dessa data är därmed ej tillgängliga för review. En tidigare omfattande systematisk review innefattande alla åldersgrupper (Chung et al, 2009) fann endast en studie som rapporterat att vitamin D plus kalciumtillskott resulterat i ökad benmineraltäthet för postmenopausala kvinnor.

I en systematisk review och metaanalys av 28 studier (Parker et al, 2010) finns indikationer att en hög vitamin D-nivå kan minska risken för hjärt-kärlsjukdom och diabetes bland medelålders och äldre. Fler randomiserade kontrollerade studier behövs för att undersöka om dessa samband är kausala, innan interventioner med kosttillskott kan inledas.

Brist på B-vitaminer, omega3-fetter och antioxidanter hos äldre kan påskynda patologiska processer i hjärnan enligt en review-studie (Kamphuis & Scheltens, 2010) inkluderande 17 interventionsstudier. Författarna föreslår en "multi-nutritionell" intervention som inriktar sig på olika aspekter av den degenerativa processen i Alzheimers sjukdom, för personer i riskzonen för sjukdomen.

Möjligen kan proteintillskott tillsammans med styrketräning vara en bra strategi för att förbättra funktionen hos äldre personer (Breen et al, 2007; baserat på sju interventionsstudier). De biologiska mekanismerna är dock inte helt kända än när det gäller att optimera fördelarna med dessa två kombinerade insatser.

Tillskott av soja isoflavoner till postmenopausala kvinnor i syfte att bevara deras bentäthet är tveksamt enligt en metaanalys av 21 RCT-studier (Taku et al, 2011) och flera studier behövs innan säkra slutsatser kan dras.

Inte heller kan tillskott av zink i syfte att förbättra blodfettsnivåer för friska äldre rekommenderas enligt en metaanalys (Foster et al, 2010) som sammanställt resultaten från 33 RCT-studier. Snarare var zinktillskott associerat med en minskning i koncentrationen av HDL-kolesterol (det sk goda kolesterolet) och skulle därmed kunna bidra till en ökad risk för hjärtkärlsjukdom.

Medelhavsdieten, med mycket frukt, grönsaker, spannmål med fullkorn, kyckling, fisk, bönor, nötter, olivolja, mejeriprodukter som t.ex. yoghurt, och små mängder vin har fått uppmärksamhet på senare tid. En metaanalys av sex RCT-studier (Nordmann et al, 2011) indikerar en gynnsam effekt av medelhavskosten jämfört med lågfettdieter, när det gäller kardiovaskulära riskfaktorer och inflammatoriska markörer. Enligt en review-artikel (Tyrovolas & Panagiotakos, 2010), av 14 epidemiologiska studier finns tecken på att medelhavskosten eller liknande

dieter även hos äldre kan minska risken för hjärt- och kärlsjukdom och vissa cancertyper.

Kostinterventioner

Personer över 65 år har tidigare ansetts ha väl etablerade matvanor som inte går att ändra på (Runciman et al, 2006). En review-artikel (Young et al, 2011) som baseras på 23 olika interventionsstudier visar dock att kostutbildning och rådgivning framgångsrikt kan ges till äldre. Deras matvanor kan fortfarande påverkas positivt, och ge effekt på bl.a. fysisk funktionsförmåga. Kombinerade interventioner där kostutbildning ingår som en komponent har även visat sig kunna minska nedstämdhet. Resultat när det gäller viktförändring var dock inte säkerställt enligt denna review. Det fanns ingen evidens när det gällde förbättring av ångesttillstånd, livskvalitet, vårdkostnad eller dödlighet.

De mest lovande resultaten gav de interventioner som även inkluderade aktivt deltagande och gemenskap enligt Bandayrel & Wong (2011) som sammanställt 15 RCT-studier gällande effektiviteten av kostinterventioner riktade till äldre i eget boende. Forskarna tillägger dock att mer forskning behövs för att klarlägga om typ av intervention, sjuklighet och socioekonomiska omständigheter påverkar resultaten, samt vilka interventioner som bäst gynnar mindre aktiva äldre och personer med lägre utbildningsnivå.

Med tanke på att förekomsten av diabetes typ 2 eskalerar över hela världen är livsstilsinterventioner i syfte att förebygga/senarelägga sjukdomen speciellt intressanta för personer i tredje åldern. Steyn med flera (2009), sammanställde 31 interventionsstudier där kostprogram ingick riktade till personer i riskzonen för diabetes. Resultaten visade att de mest framgångsrika åtgärderna kombinerar individuell kostrådgivning med en aktivitetskomponent. Ytterligare faktorer som predicerar framgång är att viktminskning uppnåtts, varaktighet och intensitet av insatsen samt att dietföreskrifterna följs.

Att översätta resultat från forskningsförsök till rutinpraktik i vården kan vara en utmaning enligt en systematisk forskningssammanställning (Cardona-Morell et al, 2010) bestående av 12 studier som undersökt livsstilsinterventioner i primärvården riktade till personer i riskzonen för diabetes. Livsstilsinterventioner med kostrådgivning riktade till personer med hög risk för typ 2 diabetes och genomförda av olika vårdgivare inom hälso- och sjukvården kunde vara verk-samma, men var av begränsad klinisk nytta ett år senare (Cardona-Morell et al, 2010).

En översiktsartikel (Kamp et al, 2010) sammanfattar, inte olika vetenskapliga studier, utan åtta omfattande kostprogram från USA som är riktade specifikt till hemmaboende äldre personer. Artikelförfattarna hävdar att oavsett hur "healthy ageing" definieras så är dålig närings- och hälsostatus alltid skadligt och kostsamt. Att bli äldre innebär ofta ökad risk för dålig näringsstatus, och etniska skillnader, språksvårigheter och låg socioekonomisk status kan ytterligare komplicera situationen. Nutritionister och kostrådgivare kan spela en viktig roll när

det gäller att skapa möjligheter för *alla* äldre att få tillgång till bra kost enligt denna artikel.

Summering

Resultaten från tidigare forskningssammanställning står sig och har inte nämnvärt förändrats. Vitamin D och kalciumtillskott tillsammans med kostbaserad rådgivning kan ha positiv inverkan på benstommens hälsa hos äldre personer. B-vitaminer, omega3 fetter och antioxidanter kan eventuellt ingå som en ”multinutritionell” intervention för personer i riskzonen för Alzheimers sjukdom. Proteintillskott kan vara aktuellt för äldre personer som tränar styrketräning, i syfte att få bästa effekt av den. Det finns studier som indikerar att medelhavskosten kan främja hjärthälsan hos äldre. Innan allmänna rekommendationer kan utfärdas bör dock fler studier göras.

Det är viktigt att betona att även äldre personers matvanor kan påverkas positivt med kostutbildning och rådgivning, där de mest lovande resultaten innehöll aktivt deltagande och social gemenskap. Kostrådgivare kan spela en viktig roll. När det gäller att interventioner för att förebygga diabetes typ 2 inom primärvården blir dessa mest verksamma om de sker under en längre tidsperiod.

Alkohol

I rapporten *Healthy Ageing – a Challenge for Europe* konstaterade man att alkoholkonsumtion är mycket vanligare bland äldre män än äldre kvinnor, men att nya kohorter av äldre kvinnor dricker mer alkohol än tidigare kohorter. Vidare konstaterades att hälsoproblem som orsakas av olämplig alkoholkonsumtion ofta inte upptäcks eller blir feldiagnosticerade bland äldre personer. Sambandet mellan alkoholkonsumtion och hälsa är komplext. Forskningen visar på att måttlig alkoholkonsumtion kan ha goda hälsoeffekter, samtidigt som en god hälsa är en förutsättning för regelbunden alkoholkonsumtion bland äldre personer.

Litteratursökning

Avsikten med litteratursökningen var att ta reda på det senaste inom forskningen om sambandet mellan alkohol och hälsa bland äldre personer, olika sätt att uppmärksamma problemdrickande samt olika metoder för att minska olämplig konsumtion. Litteratursökningen begränsades till översiktartiklar och metaanalyser bland äldre personer över 65 år och gav ungefär 230 träffar. Artiklar som inte fokuserade specifikt på äldre personer som grupp, som studerade särskilda sjukdomar eller patientgrupper exkluderades. Åtta artiklar uppfyllde kriterierna och inkluderades (se Tabell 6, i tabellbilagan).

Komplexa samband

Som nämndes ovan, är sambandet mellan alkoholkonsumtion och hälsa komplext och båda faktorerna påverkar rimligen varandra. Viss forskning talar för att

måttlig alkoholkonsumtion kan ha goda hälsoeffekter hos friska äldre, förebygga hjärt-kärlsjukdomar samt påverka livslängden positivt (Heuberger, 2009). Det finns också studier som visar på att personer med låg till måttlig alkoholkonsumtion tycks ha en lägre risk för demenssjukdom (Peters et al, 2008; Anstey et al, 2009). Samtidigt är en god hälsa en förutsättning för att man ska kunna dricka alkohol på regelbunden basis på äldre dar. Många äldre personer som inte dricker alkohol gör det på grund av ohälsa.

Huruvida det positiva sambandet mellan alkoholkonsumtion och hälsa/överlevnad även gäller för äldre personer har ifrågasatts (Heuberger, 2009). Beror de positiva hälsoeffekterna på äldre dar på kontinuerlig konsumtion av alkohol under hela vuxenlivet eller är det alkoholkonsumtion just när man blivit äldre som har en särskild fördel (Anstey et al, 2009)? Vissa menar att det framförallt är hos äldre personer som alkoholen kan ha en viss positiv hälsoeffekt (Andréasson & Allebeck, 2005). Huruvida det är alkoholen (etanol) i sig som har en skyddande effekt eller om det främst är typen av alkohol, framförallt vin (och antioxidanterna i vinet), som skyddar finns olika åsikter om (Andréasson & Allebeck, 2005).

Rekommendationer för alkoholkonsumtion för att främja hälsan kan inte ges generellt, dels i och med den stora individuella variationen i hälsa, livsstil och genetiska faktorer i den äldre befolkningen och dels eftersom det saknas övertygande empiriska belägg (Andréasson & Allebeck, 2005; Heuberger, 2009).

Det finns också risker förknippade med alkoholkonsumtion bland äldre personer: risken för fall, olyckor, läkemedelsinteraktioner och sjukdomskomplikationer är förhöjd i samband med alkoholkonsumtion. Alkoholtoleransen minskar med stigande ålder på grund av olika fysiologiska förändringar. Dessa förändringar medför bl.a. att samma mängd alkohol ger en högre alkoholkoncentration i blodet hos en äldre person jämfört med en yngre person (Heuberger, 2009).

Även läkemedelskonsumtion ökar riskerna med att dricka alkohol. Vissa läkemedelssubstanser interagerar med alkoholen oavsett konsumtionsmängd. I andra fall påverkas t.ex. läkemedlets effekt, spridning i kroppen, nedbrytning och utsöndring ur kroppen. Allvarliga komplikationer och förgiftningstillstånd kan förekomma (Ferreira & Weems, 2008; Heuberger, 2009). Alkoholmissbruk hos äldre kan, liksom hos yngre, orsaka allvarliga sjukdomar, förvärra sjukdomstillstånd, inverka negativt på förskrivna mediciner och försämra livskvaliteten avsevärt. Risken för skador och olyckor anses dock vara förhöjd även vid låg till måttlig konsumtion (Heuberger, 2009).

Under vissa perioder och händelser i livet finns en ökad risk för hög alkoholkonsumtion eller missbruk. Omställningar såsom att pensioneras eller bli änka/änkling, att vara socialt isolerad eller ha psykisk ohälsa kan leda till hög alkoholkonsumtion eller missbruk. Större delen av de personer som har en hög alkoholkonsumtion som äldre, har också haft det tidigare i livet. Ungefär en tredjedel inleder dock sitt problemdrickande först efter 60 års ålder, vanligtvis i samband med en livsomställning (Stevenson, 2005).

De nya äldrekohorterna, framförallt fyrtinglisterna, som nu nått pensionsåldern har ett annat dryckesmönster jämfört med tidigare äldregrupper (Hallgren et al, 2009; Ramstedt & Raninen, 2012). Fler dricker alkohol, man dricker oftare och mer. Framförallt är det bland kvinnorna som alkoholkonsumtionen ökat. Denna ökning kan dels bero på en mer tillåtande inställning till alkohol i samhället i stort och dels på att de nya äldrekohorterna har en bättre hälsa, vilket möjliggör konsumtion av alkohol.

Uppmärksamma problemdrickande

Eftersom äldre personer, framförallt äldre kvinnor, är mer känsliga för alkohol och löper större risk för negativa konsekvenser, behövs en översyn av diagnostik-kriterier vad gäller problemdrickande, missbruk och beroende. Hälso- och sjukvårdspersonal bör utbildas för att kunna uppmärksamma olämplig alkoholkonsumtion hos äldre individer. Det är viktigt att de vet hur mycket alkohol deras äldre patienter konsumerar för att värdera risken och kunna ge råd om säker alkohol- och läkemedelsanvändning (Moore et al, 2007).

Äldre personer bör regelbundet, exempelvis vid sin årliga hälsokontroll, screenas för olämplig alkoholkonsumtion. Screeningen kan ske exempelvis med CAGE-formuläret eller Michigan Alcohol Screening Test-Geriatric Version, MAST-G. Eventuell intervention/behandling kan vara kort rådgivning (läkare-patient samtal), familjeinterventioner (där de närmast anhöriga involveras), motiverande samtal (MI, där den äldre personen själv "resonerar sig fram" till beteendeförändring) och kognitiv beteendeterapi eller liknande metoder för att bryta vissa vanor och beteenden (Sorocco & Ferrell, 2006).

Det är vanligare att behandla symptom och konsekvenser av risk- och missbruk än att ta itu med problemdrickandet i sig. Ungefär en tredjedel av problemdrickarna börjar med detta senare i livet. Denna grupp svarar bra på behandling och uppvisar bättre långsiktiga resultat (t.ex. långvarig avhållsamhet). Interventioner mot alkoholproblem tar dels tag i problemdrickandet i sig, men ger också individen ett utökat socialt nätverk och stöd – vilket kanske varit bristande tidigare och i många fall utlöst den ökade alkoholkonsumtionen. Även kortare interventioner, såsom rådgivning på vårdcentralen, tycks vara ett framgångsrikt sätt att få äldre personer att dricka mer måttligt eller anpassat i förhållande till sin hälsa, läkemedelskonsumtion och livsstil (Stevenson, 2005).

Det finns också ett behov av ökade kunskaper hos de äldre själva vad gäller kroppens minskade tolerans och ökade sårbarhet för alkohol med stigande ålder, såväl som de potentiella riskerna med att kombinera alkohol och läkemedel (Moore et al, 2007).

Summering

Sambandet mellan alkohol och hälsa är komplext och båda faktorerna påverkar varandra. Samtidigt som en måttlig konsumtion av alkohol tycks vara förknippad med lägre risk för hjärtkärl- och demenssjukdomar samt längre överlevnad, är

hälsan en förutsättning för regelbunden alkoholkonsumtion. Huruvida det positiva sambandet mellan alkoholkonsumtion och hälsa även finns för äldre personer har ifrågasatts av vissa forskare, medan andra menar att det är just bland äldre personer som hälsofördelarna märks. Generella rekommendationer kan inte ges med tanke på den stora individuella variationen i den äldre befolkningen. Alkoholtoleransen minskar med stigande ålder och det finns också risker förknippade med alkoholkonsumtion bland äldre personer: risken för fall, olyckor, läkemedelsinteraktioner och sjukdomskomplikationer är förhöjd i samband med alkoholkonsumtion.

Eftersom äldre personer är mer känsliga för alkohol och löper större risk för negativa konsekvenser, behövs en översyn av diagnostikkriterier vad gäller problemdrickande, missbruk och beroende. Hälso- och sjukvårdspersonal bör utbildas för att kunna uppmärksamma olämplig alkoholkonsumtion hos äldre individer. Det är vanligare att behandla symptom och konsekvenser av risk- och missbruk än att ta itu med problemdrickandet i sig.

Äldre personer bör regelbundet screenas för olämplig alkoholkonsumtion. Eventuell intervention/behandling kan vara kort rådgivning, familjeinterventioner, motiverande samtal eller kognitiv beteendeterapi för att bryta vissa vanor och beteenden.

Rökning och rökstopp

Det finns sedan tidigare mycket forskning som visat på rökningens skadliga effekter och fördelarna med att sluta röka (U.S. Department of Health and Human Services, 2004). Att med epidemiologiska studier undersöka hälsoeffekterna av att sluta röka högre upp i åldrarna är komplicerat. Sambandet mellan rökstopp och hälsa går åt båda hållen – många som slutar röka gör det på grund av dålig hälsa. En del rökare har redan avlidit innan de blir gamla, vilket leder till att de överlevande rökarna är en selekterad grupp av starkare individer som inte avlidit till följd av sin rökning. Trots dessa metodologiska svårigheter pekar studier på att det lönar sig att sluta röka även efter 65 års ålder. Att i 65–70-årsåldern sluta röka halverar den förhöjda risken för en för tidig död (Statens folkhälsoinstitut, 2006).

Det finns många interventionsstudier som syftar till att få rökare att sluta röka. Väldigt få interventioner riktar sig dock specifikt till äldre personer (även om de inte exkluderas ur ordinarie interventioner). Givet att det lönar sig även för äldre personer att sluta röka, är det viktigt att identifiera hur ett rökstopp kan uppmuntras och underlättas och vilka eventuella hinder som behöver undanröjas.

Litteratursökning

Litteratursökningen syftade till att få fram översiktsartiklar och metaanalyser om rökstopp bland personer 65 år och äldre och interventionsstudier för att få äldre

personer att sluta röka. Ungefär 480 artiklar påträffades. Artiklar som inte fokuserade specifikt på äldre personer som grupp, som studerade särskilda sjukdomar eller patientgrupper exkluderades, vilket resulterade i en systematisk och två icke-systematiska översiktsartiklar. Litteratursökningen breddades så att även vetenskapliga originalartiklar om äldre personer och rökstopp inkluderades. Detta gav ytterligare sex artiklar. (Se Tabell 7, tabellbilagan)

Rökning och rökstopp bland äldre

Den systematiska översiktartikeln fokuserade enbart på RCT-studier av interventionsprogram för äldre personer 50 år och äldre. Rådgivning, framförallt om den följs upp med brev eller ytterligare samtal, tycks vara en framgångsrik metod. Generellt sett var mer intensiva interventionsprogram och de som kombinerade rådgivning med någon form av nikotinläkemedel mest framgångsrika för att uppnå ett rökstopp. Det är dock väldigt få interventioner som är riktade just mot äldre personer och anpassade efter den gruppens behov. Inte heller finns det mycket kunskap om vilken typ av interventioner som mest tilltalar och motiverar äldre personer. Interventionsaspekter som inte visat sig särskilt framgångsrika bland yngre personer – såsom socialt stöd eller att identifiera hälsosamma alternativ till rökning – kan vara särskilt betydelsefulla bland äldre personer som försöker sluta röka (Zbikowski et al, 2012).

I de andra artiklarna berördes flera aspekter av rökning och rökstopp bland äldre personer. En aspekt som togs upp var att trots att det lönar sig även för äldre personer att sluta röka, så uppmanas de i mindre utsträckning än yngre personer att sluta röka (Doolan & Froelicher, 2008). Detta trots att äldre personer i flera studier visat sig vilja sluta röka (Edwards et al, 2007), vara mycket motiverade att sluta röka (Breitling et al, 2009) och dessutom i stor utsträckning följer interventionsprogram (Tait et al, 2007). Det tycks dock finnas föreställningar om att äldre personer inte vill sluta röka och att det ska vara svårare för äldre personer än yngre personer att sluta. Dessa föreställningar tycks inte få stöd i forskningen (Tait et al, 2007; Doolan & Froelicher, 2008).

En schweizisk studie på äldre rökande kvinnor 70 och uppåt, undersökte anledningar till att de inte slutade röka. Många olika anledningar angavs till att de fortsatte röka, såsom att det inte lönar sig att sluta i hög ålder eller att röka få eller light cigaretter inte är negativt för hälsan. De flesta anledningar var baserade på felaktiga föreställningar, exempelvis att det ändå inte tjänar något till eftersom det är för sent (Donze et al, 2007).

I en brittisk studie på 65-74-åringar fanns inga skillnader mellan socioekonomiska grupper vad gällde viljan att sluta röka. Däremot skiljde sig grupper åt i hur framgångsrika de var att faktiskt sluta röka. Det var ingen särskild intervention som utvärderades, däremot var det många som fått rådgivning av läkare eller uppmanats av familjemedlemmar att sluta röka. Personer med lägre socioekonomisk status lyckades i mindre utsträckning förbli rökfria (Edwards et al, 2007).

Äldre personer är mottagliga för interventioner och lika/mer benägna än yngre personer att förbli rökfria efter interventionen (Tait et al, 2007; Doolan & Froelicher, 2008; Zbikowski et al, 2012; Abdullah & Simon, 2006). Nikotinläkemedel som minskar röksuget utgör en viktig komponent i många interventioner. När det handlar om äldre personer som i många fall redan tar många läkemedel (polyfarmaci) framhålls att fördelarna med rökstopp överväger de eventuella riskerna att lägga till ytterligare ett läkemedel (Doolan & Froelicher, 2008). Kombinationen av rådgivning med uppföljningar och nikotinläkemedel tycks som sagt vara mest framgångsrikt för att uppnå ett varaktigt rökstopp (Zbikowski et al, 2012; Abdullah & Simon, 2006), och det finns såväl instrument för att bedöma den äldre personens nikotinberoende som rådgivningsmallar läkaren kan utgå från för att underlätta/anpassa samtalet (Abdullah & Simon, 2006).

En studie från Storbritannien på personer 50 år och äldre fann att det just kring pensioneringen var vanligare att sluta röka. Personer som pensionerades slutade röka i större utsträckning än personer som fortsatte arbeta. Sambandet mellan pensionering och rökstopp kvarstod även efter att hänsyn tagits till hälsostatus. Tiden kring pensioneringen kan således utgöra en period då äldre personer är mer mottagliga för interventioner för att sluta röka (Lang et al, 2007). En annan grupp som tycks vara mer benägen att sluta röka är kvinnor som endast röker lite (<10 cigaretter/dag) (Schroeder et al, 2006; Donze et al, 2007).

Med tanke på att fyrmtialisterna nu nått åldrarna över 65 år kommer framförallt antalet och andelen kvinnliga rökare att öka (Ahacic et al, 2008; Parker & Agahi, 2012). Dessa personer utgör viktiga målgrupper för interventioner.

Summering

Äldre personer uppmanas i mindre utsträckning än yngre personer att sluta röka – detta trots att det lönar sig även för äldre personer att sluta röka. Äldre personer är mottagliga för interventioner och lika/mer benägna än yngre personer att förbli rökfria efter interventionen. Rådgivning, framförallt om den följs upp med brev eller ytterligare samtal, tycks vara en framgångsrik metod. Generellt sett var mer intensiva interventionsprogram och de som kombinerade rådgivning med någon form av nikotinläkemedel mest framgångsrika för att uppnå ett rökstopp. Tiden kring pensioneringen tycks vara en period då människor är mer mottagliga för interventioner som syftar till rökstopp.

Kognitiv aktivitet och kognitiv träning

Forskare har på senare år börjat diskutera vad man kan göra för att främja ett hälsosamt kognitivt åldrande. Finns det något sätt att bevara den kognitiva funktionen så intakt som möjligt? Kan den tränas på liknande sätt som den fysiska förmågan? I flera epidemiologiska uppföljningsstudier har forskare observerat att

personer som är aktiva intellektuellt, socialt och fysiskt har mindre risk att utveckla demens (Fratiglioni et al, 2004).

Litteratursökning

Författarna gjorde en sökning på kognitiv aktivitet med samma begränsningar som tidigare sökningar i avsikt att hitta metaanalyser och review-artiklar som sammanställde interventioner med olika former av kognitiv träning. Vi hittade 40 artiklar. Artiklar som inte fokuserade specifikt på äldre personer som grupp, eller som studerade särskilda patientgrupper exkluderades. Sju artiklar kvarstod. (Se Tabell 8, tabellbilagan).

Minnet kan tränas

Tyngdpunkten i studierna ligger framför allt på att optimera det kognitiva välbefinnandet hos den normalt åldrande individen, men frågan om det går att fördröja eller förebygga demenssjukdomar såsom Alzheimers sjukdom är även intressant. Det finns stora skillnader i typ av kognitiva träningsinterventioner som redovisas i litteraturen, och det gör det svårt att åstadkomma jämförelser av aktuell litteratur.

Den mest omfattande litteraturgenomgången (36 interventionsstudier mellan 1970 och 2006) har gjorts av Cochrane Collaboration (Martin et al, 2011). Resultaten tyder på att kognitiva interventioner ger förbättringar av olika minnesfunktioner och att storleken av effekterna skiljer sig för olika typer av minnesförmågor. Framför allt förbättrades ordminnet (både det omedelbara och det fördröjda) hos grupperna som fick kognitiv träning jämfört med dem som inte fick någon intervention. Förbättringarna överskred dock inte den som uppstod i de grupper som fick alternativa träningsmoment, som t.ex. att träna egna minnesstrategier (Derwinger et al, 2005). Detta kan eventuellt bero på att enbart kontakt eller allmän mental stimulering (som i de aktiva kontrollgrupperna) kan vara lika effektivt som minnesträning.

Valenzuela & Sachdev (2009) gjorde en metaanalys av 7 RCT-studier och fann en klar effekt för friska äldre som fått kognitiv träning jämfört med kontroll. Forskarna menar att detta tyder på att kognitiv träning kan vara en effektiv strategi att fördröja startpunkten för kognitiva problem på äldre dagar.

När det gäller personer som redan har minnesproblem visar en review-artikel innehållande sju interventionsstudier (Teixeira et al, 2012) att både fysisk och kognitiv träning kan förbättra minne och exekutiva funktioner. Enligt en annan review (Gates et al, 2011) som sammanställde 10 interventionsstudier, varav fyra RCT, kan kognitiv träning ge måttlig till betydande positiv effekt på olika minnesförmågor hos äldre som är i riskzonen för att få demens.

Ytterligare en metaanalys (Zehnder et al, 2009) som inkluderade 24 RCT-studier av både personer med lätta minnesproblem och friska äldre, rapporterade effekter av kognitiv träning både på omedelbar och på fördröjd minnesrespons för friska

äldre, men bara för omedelbar minnesrespons för äldre med minnesproblem. Författarna menar att det saknas evidens för vilka specifika träningsmetoder som är effektiva för olika grupper av äldre.

Metternich med flera (2010) undersökte i en metaanalys av 13 interventionsstudier, effekter av icke-farmakologiska interventioner på personer med subjektiva minnesproblem. Minnesträning var effektivt när det gällde att påverka objektiva minnesmått, medan utbildning som förändrade förväntningarna (expectancy change), följt av kombinerade insatser, var mest effektiva för att påverka det subjektiva minnet. Fler randomiserade kontrollerade studier behövs enligt denna forskargrupp.

Slutligen påpekar en review-artikel av 14 interventionsstudier (Yevchak et al, 2008) att det behövs tvärvetenskaplig forskning för att studera hur äldre personer kan behålla sin kognitiva hälsa och vitalitet. Artikeln föreslår att geriatriska sjuksköterskor proaktivt kan lära patienter att hantera oro och rädsla inför kognitiv svikt genom att informera om strategier som syftar till att främja kognitiv hälsa och upprätthålla förmågor. Effektiva strategier som identifierats i studien är följande: förebyggande insatser och behandling av kroniska sjukdomar, bra matvanor, fysisk aktivitet, mental aktivitet och socialt engagemang.

Summering

Sammanfattningsvis ökar evidensen för att kognitiva interventioner kan medföra förbättringar av olika minnesfunktioner. Allmänt stimulerande aktiviteter kan eventuellt vara lika effektivt som minnesträning. Gemensamt för alla ovanstående studier är att de påpekar vikten av ytterligare forskning. Området är alltså inte tillräckligt beforskat för att man i det här skedet ska kunna gå ut med specifika rekommendationer. Men med tanke på den försumbara risk det innebär att utvidga sina mentala aktiviteter, ställt i relation till att det sannolikt är bra för den kognitiva hälsan, kan äldre personer i tredje åldern uppmuntras att vara mentalt aktiva efter pensioneringen.

En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård

En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård är ett av de elva nationella folkhälsomålen. Majoriteten äldre personer har under ett år kontakt med hälso- och sjukvården, vanligen husläkarmottagning eller motsvarande. Det innebär att hälso- och sjukvården har möjlighet att arbeta hälsofrämjande för personer i den tredje åldern. Hälso- och sjukvården har förutsättningar att rikta insatserna till grupper och individer som löper större risk att få en sämre hälsa. Två aktuella exempel är Fysisk aktivitet på Recept (FaR) och förebyggande hembesök/hälsosamtal. En sammanfattning av inkluderade studier i dessa ämnen finns sammanställda i Tabell 9 i tabellbilagan.

Fysisk aktivitet på recept

Fysisk aktivitet på recept (FaR) har ökat i popularitet de senaste åren i Sverige. Ursprungligen utvecklades metoden i Storbritannien och infördes på bred basis i Sverige i början av 2000-talet. I korthet går den ut på att primärvården skriver ett recept på hembaserad träning som t.ex. promenader eller aktiviteter som organiseras av speciella träningscentra i samhället (Leijon et al, 2010a).

Litteratursökning

Vid sökning av systematiska review-artiklar och metaanalyser som behandlar aktivitet på recept för äldre i tredje åldern, återfanns 14 artiklar varav de flesta inte var relevanta, t.ex. därför att de riktade sig till speciella diagnosgrupper som cancerpatienter, njurpatienter, personer med kramp i benen eller knäskador, samt sköra äldre på särskilt boende. Endast två relevanta artiklar återstod varav en (Peterson & Gordon, 2011) redan behandlats under avsnittet fysisk aktivitet.

Den enda kvarvarande review-artikeln (Tiedemann et al, 2011) var en litteraturgenomgång som utifrån de senaste 25 årens forskning sammanfattar evidens för att fysiska träningsprogram kan reducera fallrisken hos äldre personer i samhället. I det sammanhanget nämns att kvalificerade yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården är väl lämpade att förskriva och leda specifik träning för såväl friska äldre som de med flera sjukdomar.

Artiklar från en svensk kontext

I brist på fler internationella metaanalyser och översiktsartiklar har vi även inkluderat fem enskilda uppföljningsstudier från Sverige. Ingen av dessa var specifikt riktad till personer i den tredje åldern, studiedeltagarna var oftast i medelåldern men många var 65 år och äldre. Den första artikeln (Kallings et al, 2008) avsåg att undersöka hur fysisk aktivitetsnivå och livskvalitet förändrats efter 6 månader med FaR. Man fann att självrapporterad fysisk aktivitet och livskvalitet ökat signifikant och resultaten indikerade att FaR är lämpligt att använda inom primärvården för att främja en mer fysiskt aktiv livsstil. Denna studie saknade dock jämförelsegrupp och det finns dessutom en risk för "selection bias". Ytterligare en svensk studie (utan kontrollgrupp) fann att hälften av patienterna som fått FaR rapporterade ökad fysisk aktivitet efter både tre och tolv månader, något som alltså bekräftade ovanstående studie. Ålder spelade ingen roll när det gällde hur effektiv interventionen var i denna studie (Leijon et al, 2009)

En svensk uppföljningsstudie (Leijon et al, 2008) undersökte andelen FaR-förskrivningar i Östergötlands landsting 2004-2005. En av 70-80 patienter som besökte vårdcentralerna fick FaR, vilket författarna menar är en relativt hög andel av de fysiskt inaktiva patienterna. Läkare och sjuksköterskor var de vanligaste förskrivarna. Två tredjedelar av patienterna var kvinnor och 23 procent av patienterna var 65+ och vanligaste orsaken var sjukdomar i rörelseapparaten.

En enkät skickades 2006 ut till 13 440 personer mellan 18 och 84 år i samma län för att undersöka befolkningens aktivitetsnivå, önskan att öka aktivitetsnivån, behov av stöd samt deras uppfattning om var ansvaret låg för att främja fysisk aktivitet (Leijon et al, 2010b). En fjärdedel beskrev sig själva som fysiskt aktiva och en tiondel som inaktiva och de övriga låg däremellan. En tredjedel hade inte för avsikt att förändra sitt träningsbeteende men de övriga hade tänkt på det eller var fast beslutna att förändra sitt beteende. Av de som var i störst behov (t.ex. de med BMI över 30) önskade mer än en fjärdedel hjälp och stöd. Generellt så kände man ett stort eget ansvar, men gav också hälso- och sjukvården ett ansvar för att främja ökad fysisk aktivitet.

Ytterligare en studie från Östergötlands län avsåg att undersöka följsamheten till FaR utfärdat inom primärvården (Leijon et al, 2010a). Den genomsnittliga följsamheten (adherence rate) var 56 procent efter tre månader och 50 procent efter 12 månader. Högre följsamhet uppvisade ett samband med högre ursprunglig aktivitetsnivå och med hembaserade aktiviteter.

Summering

Sammanfattningsvis indikerar ovanstående studier att hälso- och sjukvården är väl lämpad att förskriva och leda fysisk träning i hälsofrämjande syfte och att personer i behov av stöd och hjälp (t.ex. personer med övervikt) var positiva till detta. Dock kunde vi inte hitta speciellt många review-studier, vilket tyder på att forskningen fortfarande ligger i sin linda.

Förebyggande hembesök

Förebyggande hembesök kan ha många syften – att informera om samhällets service till äldre, tidig upptäckt av sjukdom och hälsorisker, påverka livsstil och öka välbefinnandet. Under 2000-talet har flera stora översiktsstudier publicerats där studier kring effekterna av förebyggande hembesök för äldre sammanställts. Flera studier pekade på att livslängden ökar bland dem som fått hembesök (Elkan et al, 2001). De positiva överlevnadseffekterna gäller i synnerhet de yngre äldre och under förutsättning att interventionen inkluderar flera uppföljande besök men det finns resultat som tyder på att effekten försvinner när interventionen avslutas. Ökat kvarboende i det egna hemmet har rapporterats (Stuck et al, 2002). I en forskningsöversikt av van Haastregt med flera (2000) granskades 15 RCT-studier rörande förebyggande hembesök och man drog slutsatsen att inga klara bevis finns för att förebyggande hembesök har effekter på fysisk eller psykosocial funktion, fallolyckor, livskvalitet, eller intagning på sjukhus.

Litteratursökning

När det gäller systematiska review-artiklar och metaanalyser som behandlar förebyggande hembesök riktat till äldre personer, kunde vi hitta fem sådana studier publicerade mellan 2005 och 2012. Två uteslöts eftersom de handlade specifikt om sköra äldre med dålig hälsostatus.

Review och metaanalyser

En ny brittisk systematisk review (Tappenden et al, 2012) bestående av 11 RCT-studier sammanställde effektiviteten och kostnadseffektiviteten av hembaserad hälsopromotion utförd av sjuksköterskor riktad till personer som var 75 år och i riskzonen för sjukhusvård eller äldreomsorg. Trots att artikeln inte var speciellt inriktad på tredje åldern, kan många i den undersökta åldersgruppen mycket väl passa in under begreppet tredje åldern. En metaanalys av 8 (av de 11) studierna indikerade att de som fått hembaserad hälsopromotion hade signifikant bättre överlevnad än de som inte fått det. En metaanalys av fyra studier indikerade färre fall i interventionsgrupperna jämfört med kontrollgrupperna, detta resultat var dock ej statistiskt signifikant. Endast tre studier behandlade kostnadseffektivitet och kunde inte ge någon definitiv evidens för att hembaserad hälsopromotion med sjuksköterskor kunde ge valuta för pengarna.

Ytterligare en relevant systematisk review och metaanalys av 21 kontrollerade försök (Huss et al, 2008) återfanns. "Pooled effects estimates" visade på gynnsamma effekter när det gäller dödlighet och fysisk funktion, men resultaten var inte statistiskt signifikanta. Endast för yngre studiepopulationer (d.v.s. tredje åldern) fann man signifikant gynnsam effekt av förebyggande hembesök på dödlighet. Multidimensionella förebyggande hembesök har potential för att minska funktionsnedsättning när de mäts med multidimensionella instrument skriver författarna.

Den tredje metaanalysen bestod av 19 RCT-studier (Ploeg et al, 2005) och gällde förebyggande hembesök utförda av primärvården och riktade till personer 65 år eller äldre. Enligt metaanalysens resultat var interventionerna associerade med en 17 procent minskning av dödlighet och en 23 procent ökad sannolikhet att kunna bo kvar i eget boende.

Enskilda studier samt rapporter

Då det inte fanns särskilt många internationella metaanalyser och översiktsartiklar har vi även inkluderat några enskilda studier och rapporter från Sverige.

Från Nordmaling rapporteras att förebyggande hembesök (två besök/år under två år) utförda på ett strukturerat sätt bland hemmaboende friska äldre (≥ 75 år), haft flera positiva effekter, som att färre upplever smärta, färre besöker läkare och sjukhus, och även en ökad livslängd bland dem som erhöll hembesök jämfört med en kontrollgrupp (Sahlén et al, 2006).

En RCT-studie från Göteborg (Gustafsson et al, 2012) har undersökt 459 hemmaboende äldre 80 år eller äldre som inte har hemtjänst. Interventionen bestod antingen av ett förebyggande hembesök eller av fyra veckors seniorgruppmöten med en uppföljningsträff. Bägge interventionerna resulterade i senarelagd försämring av självskattad hälsa.

Stockholms läns landsting genomförde 2005-2006 försöksverksamheter med förebyggande hembesök som del i en kontrollerad interventionsstudie (Sherman

et al, 2007). På vissa områden gick det att styrka effekter i den randomiserade studien. Det gällde den äldres kunskap om kommunens utbud av äldreomsorg, hjälpmedel av olika slag och kunskap om tillgängligt utbud av fritidsaktiviteter. Det fanns även indikation på att trötthet, värk och smärta var oförändrade hos dem som fått hälsosamtal, medan de som inte fått samtal upplevde försämringar efter ett år. På andra områden var det svårare att se effekter, som upplevd hälsa, hälsoproblem och livsstil. De äldre var överlag mycket positiva till hälsosamtalen och ansåg att de var både meningsfulla och till god nytta.

Summering

Sammanfattningsvis bekräftar nyare forskning tidigare studier som rapporterat bättre överlevnad för äldre som får förebyggande hembesök. Man kan också se tendenser att den självskattade hälsan inte försämras lika mycket hos de som fått förebyggande hembesök och att vårdkonsumtion som läkarbesök och särskilt boende minskar. De sistnämnda resultaten kommer dock från enskilda studier och är inte styrkta i metaanalyser.

DISKUSSION OCH SLUTSATSER

Vad visar forskningen?

Det finns ingen allmänt vedertagen definition av hälsosamt åldrande. Andelen äldre som rapporteras åldras hälsosamt varierar mycket mellan olika studier. Det finns en samstämmighet om att de livsstilsfaktorer som behandlas i denna översiktsrapport har betydelse för ett hälsosamt åldrande. Det går däremot inte att utifrån forskningen bedöma vilka faktorer som är viktigast för den äldre eller hur de olika faktorerna samspelar. Hur samhällets fysiska planering underlättar eller försvårar ett hälsosamt liv har inte kunnat inkluderas i denna studie men är av intresse att belysa mer.

Flera artiklar påpekar att ett hälsosamt eller framgångsrikt åldrande inte i första hand handlar om att undvika sjukdom och funktionshinder. De betonar vikten av att se åldrandet som en process, där psykologiska faktorer betonas. Det handlar inte i första hand om att söka undvika förluster utan om att kunna förutse, hantera och anpassa sig till dem (proactive coping). Faktorer som nämns som viktiga för att uppnå detta är till exempel att acceptera och utveckla sig själv, ha en positiv relation till andra, vara självbestämmande, och känna meningsfullhet. Framgångsrikt åldrande handlar alltså inte bara om att undvika/skjuta upp en nedgång utan också om utveckling av nya möjligheter.

Att bibehålla ett socialt sammanhang

Åldrandet medför sociala utmaningar för individen. I tredje åldern kan det röra sig om att man går miste om sina kollegor från arbetsplatsen. Ju mer åren går, desto fler i ens sociala nätverk går bort eller blir alltför sjuka för att upprätthålla kontakten. Kan sociala mötesplatser kompensera för detta? Någon evidens för detta kan man inte säga finnas, då det är svårt att göra kontrollerade studier och svårt att värdera vad just den sociala mötesplatsen har haft för betydelse för t.ex. ökat välbefinnande, trygghet eller bättre hälsa. Det är därför inte oväntat att det saknas studier som kan ge belägg för värdet av sociala mötesplatser. De enskilda forskningsstudier och fåtaliga rapporter som ändå refereras i denna studie belyser olika former av sociala mötesplatser och pekar på att de kan ha betydelse för deltagarnas välbefinnande och därmed i förlängningen få en hälsofrämjande roll.

De äldre som riskerar att drabbas av psykisk ohälsa, t.ex. depression som en följd av att ha förlorat en livspartner, kan behöva specialriktade psykosociala interventioner. Om dessa är anpassade efter individens förutsättningar och preferenser kan de ha effekt, men interventionen bör fortgå under en längre tid. Det är främst sociala aktiviteter som är en effektiv interventionsform för att främja äldres psykiska hälsa. Att arbeta med reminiscens eller "life-review" kan förstärka

det psykiska välmåendet bland äldre personer och förebygga depression enligt vissa studier, men inte enligt andra.

Litteraturgenomgången om psykosociala interventioner riktade till äldre visar dock att det krävs mer forskning innan definitiva slutsatser kan dras. Än så länge finns endast ett mindre antal review-artiklar och metaanalyser i ämnet. Det finns bl.a. behov av studier som tydliggör vilka grupper som är i riskzonen och hur uppsökande och hälsofrämjande insatser kan riktas till dem. Det är angeläget att nå de grupper som behöver det mest, vilket kan uppmärksammas i uppsökande arbete av typ förebyggande hembesök.

Fysisk aktivitet

När det gäller fysisk aktivitet har ny forskning framför allt stärkt tidigare känd evidens som gäller fallprevention, motverkandet av åldersrelaterad minskning av muskelmassa, främjande av hjärtkärhläsa och fysisk funktion. Till skillnad från de andra områdena som sammanställts i denna rapport finns ett stort antal review-artiklar och metaanalyser som sammanställer forskningen om nyttan av fysisk aktivitet på äldre dar. Äldre i tredje åldern rekommenderas idag en kombination av fysiska aktiviteter bestående av både aerobisk träning, styrke-träning, flexibilitet och balansträning. Gruppbaseade träningsinterventioner uppvisar signifikant positiva effekter när det gäller att förbättra rörligheten hos äldre. Det har dessutom tillkommit ett ökande antal studier som tyder på att fysisk aktivitet även kan ha en positiv inverkan på psykisk hälsa och ett hälso-samt kognitivt åldrande. En bidragande orsak till detta torde vara att den fysiska aktiviteten genomförs i grupp varför det är viktigt att beakta den sociala gemenskapens betydelse.

Det finns ännu få review-studier och metaanalyser om interventionen Fysisk aktivitet på recept (FaR), varför kunskapen om dess värde för äldre personer än så länge är begränsad. I en svensk kontext finns dock enskilda studier som pekar på att både fysisk aktivitetsnivå såväl som välbefinnande kan öka hos personer som får interventionen. RCT-studier saknas dock.

Stödja kognitionen

När det gäller kognitiv aktivitet så finns viss evidens att kognitiv träning och kognitiv aktivitet kan ge förbättringar av olika minnesfunktioner. Intressant nog framkom i Cochranes stora litteraturgenomgång från 2011 att förbättringarna ofta *inte* överskred den som uppstod i de grupper som fick alternativa träningsmoment. Kanske kan detta bero på att enbart kontakt eller allmän mental stimulering kan vara lika effektivt som minnesträning. Det ska tilläggas att volymen av forskning inom detta område ännu inte är tillräckligt omfattande för att slå fast betydelsen för ett hälsosamt kognitivt åldrande. Framtida studier med olika typer av kognitiv stimulans behövs.

Kostens roll

Resultaten från tidigare forskningssammanställning om vad som är hälsosam mat för äldre står sig i stort sett. Så är t.ex. rådet att personer i tredje åldern ska äta mycket grönsaker fortfarande aktuellt, nu med tillägget att medelhavskost är en intressant typ av diet när det gäller att minska risken att drabbas av hjärt-kärlsjukdom och vissa typer av cancer. En viktig kunskap är att äldres matvanor fortfarande kan påverkas positivt med kostutbildning och rådgivning. Dock saknas forskning om vad som är den bästa typen av intervention, hur socio-ekonomiska omständigheter påverkar resultaten, samt vilka interventioner som bäst gynnar mindre aktiva äldre och personer med lägre utbildningsnivå.

Alkohol och tobak

Måttlig konsumtion av alkohol tycks vara förknippad med lägre risk för hjärtkärl- och demenssjukdomar samt längre överlevnad, men samtidigt är hälsan en förutsättning för regelbunden alkoholkonsumtion. Det råder oenighet bland forskarna om det positiva sambandet mellan alkoholkonsumtion och hälsa verkligen gäller för äldre personer eller om det i stället är just hos de äldre som hälsofördelarna blir tydligast. Generella rekommendationer kan inte ges p.g.a. den stora individuella variationen i den äldre befolkningen. Alkoholtoleransen minskar med stigande ålder och det finns risker förknippade med alkoholkonsumtion bland äldre personer: risken för fall, olyckor, läkemedelsinteraktioner och sjukdomskomplikationer är förhöjd i samband med alkoholkonsumtion.

Få interventionsstudier behandlar förutsättningar och vinster med att förmå äldre personer att sluta röka. Ofta finns en föreställning om att äldre inte vill sluta röka, något som dock kan vederläggas av forskningen. Äldre personer är mottagliga för interventioner och lika/mer benägna än yngre personer att förbli rökfria efter interventionen. Rådgivning, framförallt om den följs upp med brev eller ytterligare samtal, och läkemedel som minskar röksuget är viktiga ingredienser i framgångsrika interventioner. Pensioneringen är en vanlig tidpunkt då många äldre vill upphöra med rökningen. Med tanke på att 40-talistgenerationen nu nått åldrarna över 65 år kommer sannolikt såväl antalet som andelen äldre rökare att öka, framförallt bland kvinnor. Dessa personer utgör viktiga målgrupper för interventioner.

Uppsökande verksamhet

När det gäller intervention i form av förebyggande hembesök bekräftar nyare forskning tidigare studieresultat om bättre överlevnad för äldre som får förebyggande hembesök. I enskilda svenska studier och rapporter kan man se tendenser att den självskattade hälsan inte försämrats lika mycket hos de som fått förebyggande hembesök. Detta är dock inte styrkt i metaanalyser.

Främjande faktorer

Pensioneringen är en tid av förändringar då många är mer mottagliga för interventioner (tex rökning/socialt) men också att många löper ökad risk för social "isolerings"/förlust av sociala roller och olämplig alkoholkonsumtion. Detta är faktorer som kan användas när interventioner planeras och prioriteringar görs av hälso- och sjukvårdens hälsofrämjande arbete.

Förmågan att hantera livskriser på ett bra sätt är viktig under åldrandet, då man drabbas av förluster på många sätt. Förluster av anhöriga och vänner. Förluster av förmågor man haft. Det handlar inte i första hand om att söka undvika förluster utan om att kunna förutse, hantera och anpassa sig till dem (proactive coping).

Av de ovanstående sammanfattade resultaten kan man även dra slutsatsen att devisen "det är aldrig försent" är ännu mer belagd i forskningen nu än tidigare. Det har rätt en del förutfattade meningar om att äldre inte är så mottagliga för interventioner. Men både när det gäller att skaffa hälsosammare matvanor och sluta röka har det visat sig att äldre personer är lika mottagliga som yngre personer att påverkas i positiv riktning.

Sammanställningen över de valda områdena har också en annan gemensam nämnare. Oavsett vad som behöver förändras – rökning, kosten, alkoholkonsumtionen, stillasittande, psykisk ohälsa, etc. föreslås någon eller några former av sociala aktiviteter. Att umgås och interagera med varandra ger goda förutsättningar för att möjliggöra en förändring i livsstil, vilket i sin tur kan leda till bättre hälsa.

Vad saknas?

Det finns en ökande kunskap om vilka faktorer som även på äldre dar främjar hälsan. Denna studie ruckar inte på vikten av de faktorer som lyftes i Healthy Ageing – a Challenge for Europe. Det saknas dock forskning som tar ett "helikopterperspektiv" på äldres hälsa, ser den utifrån många olika aspekter – samhällsplanering, livslopp, sociala nätverk, fysisk, social och kulturell aktivitet, fysisk och psykisk hälsa etc. Frågor som vad som är viktigast, och hur olika faktorer samspelar med varandra är dåligt belysta. Vilket i sig inte är så märkligt, eftersom det är svårt att beforska.

Det går inte att i kontrollerade experiment renodla alla de olika delarna i en människas vardag, än mindre fastställa hur de hänger ihop. Frågan vilka faktorer som är viktigast går därför inte att besvara med ledning av dagens forskning, däremot är det enligt författargruppens bedömning uppenbart att de fyra hörnspelare Statens folkhälsoinstitut myntade utifrån studien Liv till åren – fysisk aktivitet, kost, social aktivitet och delaktighet – står sig väl.

En faktor som ökar i betydelse under åldrandet är att kunna klara sig själv, vara oberoende. I studier om vård och omsorg om äldre framkommer detta som en viktig faktor för välbefinnandet. Detsamma gäller trygghet. Detta är områden som behöver studeras mer, särskilt då hur oberoende och trygghet kan främjas via t.ex. god samhällsplanering, att stärka grannskapet och vidga det sociala nätverket.

Behov av ökad kunskap för att välja form av interventioner

Litteraturgenomgången om psykosociala interventioner riktade till äldre i syfte att främja psykisk hälsa, visar att det finns stora kunskapsluckor. Sociala aktiviteter är viktiga men finns det någon speciell aktivitet som är bättre än andra? Även där krävs det mer forskning innan definitiva slutsatser kan dras.

Det har kommit studier som tyder på att fysisk aktivitet hos äldre kan ha en positiv inverkan på mental hälsa och kan främja ett kognitivt hälsosamt åldrande, men resultaten kommer främst från longitudinella observationsstudier. Här behövs det fler randomiserade kontrollerade studier. Detsamma gäller bristen på kunskap om bra metoder att inspirera personer som är fysiskt inaktiva att hitta former för motion och träning som passar dem.

Samma sak gäller hypotesen om att kognitiv aktivitet och kognitiv träning kan skydda mot kognitiv nedsättning och demens. Gemensamt för alla inkluderade studier är att forskarna påpekar vikten av ytterligare forskning. Området är inte tillräckligt utforskat för att man i det här skedet ska kunna gå ut med rekommendationer.

Anpassa interventioner utifrån socioekonomisk tillhörighet

Författarna har funnit få studier om interventioner och hälsoeffekter som också analyserar olikheter pga. socioekonomisk och etnisk tillhörighet. Det enda exemplet gäller rökning där en studie rapporterade att det inte fanns några skillnader mellan socioekonomiska grupper vad gällde viljan att sluta röka men däremot hur väl man lyckades (Edwards et al, 2007). Två review-artiklar (Van Cauwenberg et al, 2011; Rose & Hernandez, 2010) om fysisk aktivitet påpekade däremot vikten av att framtida interventionsprogram utformas så att de kan accepteras och uppskattas av äldre med olika kulturell och socioekonomisk bakgrund och att man bör utveckla populationsspecifika interventioner anpassade för olika åldrar, kvinnor och män, socioekonomisk status och i urbana respektive icke-urbana miljöer.

Generella och riktade insatser

En annan fråga är om det är bäst med generella eller riktade insatser. För individen ointressant, men för kommuner och landsting av central betydelse i prioriteringen av olika insatser. Det går inte att med ledning av den forskning vi haft möjlighet att ta del av ge en vetenskapligt belagd grund för ett sådant vägval.

I valet mellan generella och riktade insatser torde man behöva välja båda. Åtgärder som gör bostäder, butiker, offentliga lokaler, kommunikationer och utemiljön mer tillgängliga gagnar alla och är förstås värdefulla för de som med ökande ålder får svårare att röra sig, se och höra. Åtgärder som är trygghetskapande kan göra skillnad mellan att vilja gå ut eller hålla sig hemma (Äldrecentrum, 2001). Åtgärder som syftar till att öka det sociala nätverket, stimulera till livsstilsförändringar etc. torde däremot behöva vara riktade. En majoritet av de äldre har goda levnadsvanor och god kunskap (Lennartsson et al, 2011). Det är inte dem kommunerna och landstingens hälso- och sjukvård behöver inrikta sig på.

När det gäller sociala träffpunkter för äldre är det därför en utmaning att nå äldre med ett svagt socialt nätverk, och att nå fler grupper än de som hör till en förhållandevis väletablerad medelklass. En av forskningens vita fläckar på detta område är hur man kan göra för att möta dessa utmaningar. Det går därför inte idag att uttala sig om vilka metoder som kan vara framgångsrika. Från USA tas också ytterligare en utmaning fram, finansieringen av seniorcentren. En utmaning som gäller också för mötesplatser i Sverige som kommit till tack vara statliga stimulansmedel som nu dras in.

Bostaden och boendemiljön

Bostaden är viktig för den äldres hälsa. Det borde forskas mer om bostadens betydelse. Hur kan bostaden och närmiljön underlätta den äldres oberoende? Varför och när flyttar äldre? Varifrån och vart? Är det klokt att vara proaktiv och tidigt flytta till en tillgänglig bostad, eller är det tvärtom mer förståndigt att flytta till sommarstugan som ständigt tillhandahåller sysselsättning och naturlig motion? Livet från 65 år kan bli förhållandevis långt – i genomsnitt 20 år – och man kan hinna flytta flera gånger.

Boendemiljöns tillgänglighet, serviceutbud, tillgång till träffpunkter och möjligheter att vara fortsatt aktiv tillsammans med andra är exempel på sådant som kan bidra till oberoende. Detta är områden som legat utanför denna studie, men förtjänar att uppmärksammas. Bostaden beskrivs av många som en del av en själv och ens identitet. Det är framförallt egenskaper som främjar grundläggande livskvaliteter som lyfts fram när bostaden bedöms. I allra första rummet sätts trygghet. Detta är områden som behöver beaktas för att kunna ta tillvara äldreaspekter i samhällsplaneringen.

Framåtblickar

Vi går in i den tredje åldern med olika förutsättningar och förväntningar, bl.a. beroende på socioekonomisk status, kön och etnicitet. Utformandet av interventioner som syftar till att främja hälsosamt åldrande måste ta hänsyn till dessa faktorer. De som nu pensioneras har bättre utbildning, många har bättre ekonomi, många har därmed bättre möjligheter att vara självständiga och aktiva än gårdagens pensionärer. Det gäller dock inte alla. Man får inte heller glömma att anpassa interventioner efter de nya kohorter som nu gör sitt inträde i tredje åldern.

Att skapa sociala träffpunkter är viktigt. Tidigare fanns naturliga mötesplatser som mataffären i grannskapet, postkontoret osv. Dessa har ofta försvunnit till förmån för stora köpcentra. Både förorten och mindre orter dräneras på dessa naturliga mötesplatser. Många äldre som bor kvar utanför storstadsområdena kan ha väldigt långt till närmaste granne eftersom de flesta har flyttat. Konsekvenserna av detta har inte beforskats, och inte heller vad som kan göras för att skapa andra former av mötesplatser i närområdet.

Vad gäller de nya kohorterna, finns det sannolikt många bland fyrtiotalisterna som inte tilltalas av den typ av aktiviteter och sociala mötesplatser som tidigare kohorter deltagit i. Dessa nya "inträdare" i den tredje åldern kan ha andra anspråk och intressen än tidigare äldregrupper. Kanske är de, som framkom i några amerikanska studier, mer intresserade av hälsoaktiviteter som Tai Chi, yoga, Pilates, simning, en personlig tränare, spa, dans, musik, böcker, och volontärinsatser och kontakt med yngre.

Fokus för den här översikten har varit frågan om en mer hälsosam livsstil i tredje åldern kan leda till bättre hälsa och funktionsförmåga högre upp i åren. Men "här och nu" är och bör också få vara viktigt i tredje åldern. Allt kan inte handla om att fördröja fjärde åldern eller förbereda sig för den. Att må så bra som möjligt i tredje åldern har ett stort värde i sig. Ska man ändra sin livsstil måste det vara roligt, ge något värde nu, inte bara i en osäker framtid. Det måste vara meningsfullt för individen, och många olika faktorer bidrar sammantaget. Maten kan också vara måltidsgemenskap, fysisk aktivitet kan också vara social samvaro, kulturupplevelser vara kognitiv träning. Värdet av allt detta är väl belagt, det som nu behöver beforskas mer är bra metoder att inspirera de som har en risk för att utveckla en sämre hälsa till livsstilsförändringar, och hur samhället på olika sätt kan underlätta för de äldre att leva ett aktivt liv och fortsätta att vara delaktiga.

REFERENSER

- Aarsland D, Sardahaee FS, Anderssen S, Ballard C. (2010). Is physical activity a potential preventive factor for vascular dementia? A systematic review. *Aging Ment Health* 14(4):386-95
- Abdullah AS, Simon JL. (2006). Health promotion in older adults: evidence-based smoking cessation programs for use in primary care settings. *Geriatrics* 61(3):30-4
- Aday R, Kehoe GC, Farney LA. (2006). Impact of Senior Center Friendships on Aging Women Who Live Alone. *J Women Aging* 18(1):57-73
- Agahi N, Lagergren M, Thorslund M, Wånell SE. (2005). Hälsoutveckling och hälsofrämjande insatser på äldre dar: en kunskapssammanställning. Statens Folkhälsoinstitut: rapport 2005:6
- Agahi N, Andersson L, Lagergren M, Lennartsson C, Piekut D, Saletti A, Thorslund M, Wånell SE. (2008). Hälsoläget hos länets ålderspensionärer - En utgångspunkt för hälsofrämjande åtgärder. *Äldrecentrum* 2008:2
- Ahacic K, Kennison R, et al. (2008). Trends in smoking in Sweden from 1968 to 2002: age, period, and cohort patterns. *Prev Med* 46(6): 558-564
- Ahlskog JE, Geda YE, Graff-Radford NR, Petersen RC. (2011). Physical exercise as a preventive or disease-modifying treatment of dementia and brain aging. *Mayo Clin Proc* 86(9):876-84
- Andréasson S, Allebeck P. (2005). Alkohol som medicin fungerar dåligt. Riskerna överväger nyttan visar genomgång av kunskapsläget *Läkartidningen* 102(9):632-37
- Angevaren M, Aufdemkampe G, Verhaar HJ, Aleman A, Vanhees L. (2008). Physical activity and enhanced fitness to improve cognitive function in older people without known cognitive impairment. *Cochrane Database Syst Rev* 16;(3):CD005381
- Anstey KJ, Mack HA, et al. (2009). Alcohol consumption as a risk factor for dementia and cognitive decline: meta-analysis of prospective studies. *Am J Geriatr Psychiatry* 17(7): 542-555
- Ashida S, Heaney CA. (2008). Social networks and participation in social activities at a new senior center: reaching out to older adults who could benefit the most. *Activities, Adaptation and Aging* 32(1):40-58
- Bandayrel K, Wong S. (2011). Systematic literature review of randomized control trials assessing the effectiveness of nutrition interventions in community-dwelling older adults. *Nutr Educ Behav* 43(4):251-62

- Berkman LF, Glass T, Brissette I, Seeman, TE. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science and Medicine* 51:843-857
- Blake H, Mo P, Malik S, Thomas S. (2009). How effective are physical activity interventions for alleviating depressive symptoms in older people? A systematic review. *Clin Rehabil* 23(10):873-87
- Bohlmeijer E, Roemer M, Cuijpers P, Smit F. (2007). The effects of reminiscence on psychological well-being in older adults: a meta-analysis. *Aging Ment Health* 11(3):291-300
- Borghouts LB, Keizer HA. (2000) Exercise and insulin sensitivity: a review. *Int J Sports Med* 21(1):1-12.
- Breen L, Stewart CE, Onambele GL. (2007). Functional benefits of combined resistance training with nutritional interventions in older adults: A review. *Geriatrics & Gerontology International* 7: 4; 326-35
- Breitling LP, Rothenbacher D, et al. (2009). Older smokers' motivation and attempts to quit smoking: epidemiological insight into the question of lifestyle versus addiction. *Dtsch Arztebl Int* 106(27): 451-455
- Butler JP, Fujii M, Sasaki H. (2011). Balanced aging or successful aging. *Geriatr Geront Int* 11:1-2
- Campbell AJ, Robertson MC. (2007). Rethinking individual and community fall prevention strategies: a meta-regression comparing single and multifactorial interventions. *Age Ageing* 36(6):656-62
- Cardona-Morrell M, Rychetnik L, Morrell SL, Espinel PT, Bauman A. (2010). Reduction of diabetes risk in routine clinical practice: are physical activity and nutrition interventions feasible and are the outcomes from reference trials replicable? A systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* 29;10:653
- Cevenini E, Invidia L, Lescai F, Salvioli S, Tieri P, Castellani G, Franceschi C. (2008). Human models of aging and longevity. *Expert Opin Biol Ther* 8(9): 1393-1405
- Choi M, Hector M. (2012). Effectiveness of intervention programs in preventing falls: a systematic review of recent 10 years and meta-analysis. *J Am Med Dir Assoc* 13(2):188.e13-21
- Chung M, Balk EM, Brendel M, Ip S, Lau J, Lee J, Lichtenstein A, Patel K, Raman G, Tatsioni A, Terasawa T, Trikalinos TA. (2009). Vitamin D and calcium: A systematic review of health outcomes. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)* 183:1-420
- Coberley C, Rula EY, Pope JE. (2011). Effectiveness of health and wellness initiatives for seniors. *Popul Health Manag* 14 Suppl 1:S45-50

- Cole MG. (2008). Brief interventions to prevent depression in older subjects: a systematic review of feasibility and effectiveness. *Am J Geriatr Psychiatry* 16(6):435-43
- Conn VS. (2010a). Depressive symptom outcomes of physical activity interventions: meta-analysis findings *Ann Behav Med* 39(2):128-38
- Conn VS. (2010b). Anxiety outcomes after physical activity interventions: meta-analysis findings *Nurs Res* 59(3):224-31
- Conn VS, Hafdahl AR, Mehr DR. (2011). Interventions to increase physical activity among healthy adults: meta-analysis of outcomes. *Am J Public Health* 101(4):751-8
- Daffner KR. (2010). Promoting successful cognitive aging: a comprehensive review. *J Alzheimers Dis* 19(4):1101-22
- Depp CA, Jeste DV. (2006). Definitions and predictors of successful aging: A comprehensive review of larger quantitative studies. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 14(1):6-20
- Derwinger A, Stigsdotter Neely A, Bäckman L. (2005). Design your own memory strategies! Self-generated strategy training versus mnemonic training in old age:an 8-month follow-up. *Neuropsychol Rehabil* 15:37-54
- Donze J, Ruffieux C, et al. (2007). Determinants of smoking and cessation in older women. *Age Ageing* 36(1): 53-57
- Doolan DM and Froelicher ES. (2008). Smoking cessation interventions and older adults. *Prog Cardiovasc Nurs* 23(3): 119-127
- Edwards R, McElduff P, Jenner D, Heller RF, Langley J. (2007). Smoking, smoking cessation, and use of smoking cessation aids and support services in South Derbyshire, England. *Public Health* 121(5):321-32
- Egan BA, Menten JC. (2010). Benefits of physical activity for knee osteoarthritis: a brief review. *J Gerontol Nurs* 36(9):9-14
- Elkan R, Kendrick D, Dewey M, Hewitt M, Robinson J, Blair M, Williams D, Brummell K. (2001). Effectiveness of home based support for older people: systematic review and metaanalysis. *BMJ* 323(7315):719-25
- Fasth JP. (2011). Träffpunkter för äldre. En studie av sociala mötesplatser i Hudiksvall, Söderhamn och Gävle. FoU Välfärd Region Gävleborg, FoU rapport 2011:2
- Ferreira MP, Weems MK. (2008). Alcohol consumption by aging adults in the United States: health benefits and detriments. *J Am Diet Assoc* 108(10): 1668-1676

- Fitzpatrick TR, McCabe J, Gitelson R, Andereck K. (2008). Factors That Influence Perceived Social and Health Benefits of Attendance at Senior Centers. *Activities, Adaptation & Aging* 30:23-45
- Flegal KM, Kit BK, Orpana H, Graubard BI. (2013) Association of all-cause mortality with overweight and obesity using standard body mass index categories: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2;309 Review.
- Focht BC. (2006). Effectiveness of exercise interventions in reducing pain symptoms among older adults with knee osteoarthritis: a review. *J Aging Phys Act* 14(2):212-35
- Fors S, Lennartsson, C, Lundberg, O. (2008). Health inequalities among older adults in Sweden 1991-2002. *European Journal of Public Health* 18(2): 138-43
- Fors S, Lennartsson C, Lundberg O. (2009). Childhood living conditions, socioeconomic position in adulthood, and cognition in later life: exploring the associations. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 64B(6):750-757
- Fors S. (2010). Blood on the tracks. Life-course perspectives in health inequalities in later life. Avhandling, Stockholms universitet: Institutionen för socialt arbete
- Forsman AK, Nordmyr J, Wahlbeck K. (2011). Psychosocial interventions for the promotion of mental health and the prevention of depression among older adults. *Health Promot Int* 26 Suppl 1:i85-107
- Forsman AK, Schierenbeck I, Wahlbeck K. (2011). Psychosocial Interventions for the Prevention of Depression in Older Adults: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Aging Health* 23(3):387-416
- Foster M, Petocz P, Samman S. (2010). Effects of zinc on plasma lipoprotein cholesterol concentrations in humans: a meta-analysis of randomised controlled trials. *Atherosclerosis* 210(2):344-52
- Fratiglioni L, Paillard-Borg S, Winblad B. (2004). An active and socially integrated lifestyle in late life might protect against dementia. *Lancet Neurology* 3(6): 343-353
- Fratiglioni L, Wang HX. (2007). Brain reserve hypothesis in dementia. *J Alzheimers Dis* 12(1):11-22
- Gates S, Fisher JD, Cooke MW, Carter YH, Lamb SE. (2008). Multifactorial assessment and targeted intervention for preventing falls and injuries among older people in community and emergency care settings: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 19;336(7636):130-3
- Gates NJ, Sachdev PS, Fiatarone Singh MA, Valenzuela M. (2011). Cognitive and memory training in adults at risk of dementia: a systematic review. *BMC Geriatr* 25;11:55

- Gillespie LD, Gillespie WJ, Robertson MC, Lamb SE, Cumming RG, Rowe BH. (2003) Interventions for preventing falls in elderly people. The Cochrane Database Syst Rev 2003;(4)
- Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Lamb SE, Gates S, Cumming RG, Rowe BH. (2009). Interventions for preventing falls in older people living in the community. Cochrane Database Syst Rev 15;(2):CD007146
- Gustafsson S, Wilhelmson K, Eklund K, Gosman-Hedström G, Zidén L, Kronlöf GH, Højgaard B, Slinde F, Rothenberg E, Landahl S, Dahlin-Ivanoff S. (2012). Health-promoting interventions for persons aged 80 and older are successful in the short term--results from the randomized and three-armed Elderly Persons in the Risk Zone study. J Am Geriatr Soc 60(3):447-54
- van Haastregt JC, Diederiks JP, van Rossum E, de Witte LP, Crebolder HF. (2000). Effects of preventive home visits to elderly people living in the community: systematic review. BMJ 18;320:754-8
- Hagberg LA, Lindholm L. (2006). Cost-effectiveness of healthcare-based interventions aimed at improving physical activity. Scand J Public Health 34(6):641-53
- Hallgren E, Ebrahimi R, Karp A, Wånell SE. (2011). Främja hälsan hos äldre med utländsk bakgrund: Arabiskspråkiga äldres upplevelser av syriska föreningens hälsoprojekt. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum, rapport 2011:1
- Hallgren M, Högberg P, Andréasson S. (2009). Alcohol consumption among elderly European Union citizens – health effects, consumption trends and related issues. Statens folkhälsoinstitut
- Hamilton CJ, Swan VJ, Jamal SA. (2010). The effects of exercise and physical activity participation on bone mass and geometry in postmenopausal women: a systematic review of pQCT studies. Osteoporos Int 21(1):11-23
- Hamm A, Klason T, Lagergren M. (2000). Rik och frisk. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum. Rapport 2000:4
- Hart LE, Haaland DA, Baribeau DA, Mukovozov IM, Sabljic TF. (2008). The relationship between exercise and osteoarthritis in the elderly. Clin J Sport Med 18(6):508-21
- Heuberger RA. (2009). Alcohol and the older adult: a comprehensive review. J Nutr Elder 28(3):203-235
- Huss A, Stuck AE, Rubenstein LZ, Egger M, Clough-Gorr KM. (2008). Multidimensional preventive home visit programs for community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 63(3):298-307
- Høy B, Wagner L, Hall EO. (2007). Self-care as a health resource of elders: an integrative review of the concept. Scand J Caring Sci 21(4):456-66

- Janssen I, Mark AE. (2007). Elevated body mass index and mortality risk in the elderly. *Obes Rev* 8(1):41-59
- Johansson S. (2008). Göteborgarnas uppfattning om sitt boende. SOM-institutet Göteborg, SOM-rapport 2008:20
- Kallings LV, Leijon M, Hellénus ML, Ståhle A. (2008). Physical activity on prescription in primary health care: a follow-up of physical activity level and quality of life. *Scand J Med Sci Sports* 18:154-61
- Kamp BJ, Wellman NS, Russell C. (2010). Position of the American Dietetic Association, American Society for Nutrition, and Society for Nutrition Education: food and nutrition programs for community-residing older adults. *J Nutr Educ Behav* 42(2):72-82
- Kamphuis P J, Scheltens P. (2010). Can Nutrients Prevent or Delay Onset of Alzheimer's Disease? *Journal of Alzheimers Disease* 2(3):765-775
- Keogh JW, Kilding A, Pidgeon P, Ashley L, Gillis D. (2009). Physical benefits of dancing for healthy older adults: a review. *J Aging Phys Act* 17(4):479-500
- Koeneman MA, Verheijden MW, Chinapaw MJ, Hopman-Rock M. (2011). Determinants of physical activity and exercise in healthy older adults: a systematic review. *Int J Behav Nutr Phys Act* 28;8:142
- Korner-Bitensky N, Kua A, von Zweck C, Van Benthem K. (2009). Older driver retraining: an updated systematic review of evidence of effectiveness. *J Safety Res* 40(2):105-11
- Kuczmarski MF, Weddle DO, Jones EM. (2010). Maintaining functionality in later years: a review of nutrition and physical activity interventions in postmenopausal women. *J. Nutr Elder* 29(3):259-92
- Lang IA, Rice NE, et al. (2007). Smoking cessation and transition into retirement: analyses from the English Longitudinal Study of Ageing. *Age Ageing* 36(6): 638-643
- Laslett P. (1987). The emergence of the third age. *Ageing and Society* 7:133–160
- Lautenschlager NT, Almeida OP. (2006). Physical activity and cognition in old age. *Curr Opin Psychiatry* 19(2):190-3
- Lee SY, Franchetti MK, Imanbayev A, Gallo JJ, Spira AP, Lee HB. (2012). Non-pharmacological prevention of major depression among community-dwelling older adults: A systematic review of the efficacy of psychotherapy interventions. *Arch Gerontol Geriatr* 55(3):522-529
- Leijon ME, Bendtsen P, Nilsen P, Ekberg K, Ståhle A. (2008). Physical activity referrals in Swedish primary health care - prescriber and patient characteristics, reasons for prescriptions, and prescribed activities. *BMC Health Serv Res* 1;8:201

- Leijon ME, Bendtsen P, Nilsen P, Festin K, Ståhle A. (2009). Does a physical activity referral scheme improve the physical activity among routine primary health care patients? *Scand J Med Sci Sports* 19:627-36
- Leijon ME, Bendtsen P, Ståhle A, Ekberg K, Festin K, Nilsen P. (2010a). Factors associated with patients self-reported adherence to prescribed physical activity in routine primary health care. *BMC Fam Pract* 11:38
- Leijon ME, Stark-Ekman D, Nilsen P, Ekberg K, Walter L, Ståhle A, Bendtsen P. (2010b). Is there a demand for physical activity interventions provided by the health care sector? Findings from a population survey. *BMC Public Health* 10:34
- Lennartsson C, Agahi N, Wånell SE. (2011). Hälsa och levnadsvanor bland äldre personer i Stockholms län. Stockholms läns Landsting
- Leung DP, Chan CK, Tsang HW, Tsang WW, Jones AY. (2011). Tai chi as an intervention to improve balance and reduce falls in older adults: A systematic and meta-analytical review. *Altern Ther Health Med* 17(1):40-8
- Li Z, Heber D. (2012). Sarcopenic obesity in the elderly and strategies for weight management. *Nutr Rev* 70(1):57-64
- Liu CJ, Latham NK. (2009). Progressive resistance strength training for improving physical function in older adults. *Cochrane Database Syst Rev* 8;(3):CD002759
- Marken DM. (2005). One step Ahead: Preparing the Senior Center for 2030. *Activities, Adaptation and Aging* 29(4):69-84
- Martin M, Clare L, Altgassen AM, Cameron MH, Zehnder F. (2011). Cognition-based interventions for healthy older people and people with mild cognitive impairment. *Cochrane Database Syst Rev* 19;(1):CD006220.
- Martyn-St James M, Carroll S. (2008). Meta-analysis of walking for preservation of bone mineral density in postmenopausal women. *Bone*. 43(3):521-31
- Metternich B, Kosch D, Kriston L, Härter M, Hüll M. (2010). The effects of nonpharmacological interventions on subjective memory complaints: a systematic review and meta-analysis. *Psychother Psychosom*. 79(1):6-19
- Moayyeri A. (2008). The association between physical activity and osteoporotic fractures: a review of the evidence and implications for future research. *Ann Epidemiol*. 18(11):827-35
- Moore AA, Whiteman EJ, Ward KT. (2007). Risks of combined alcohol/medication use in older adults. *Am J Geriatr Pharmacother*. 5(1):64-74
- Morley JE. (2009). Successful aging or aging successfully. *JAMDA* 10(2):85-86
- Nelson ME, Rejeski WJ, Blair SN, Duncan PW, Judge JO, King AC, Macera CA, Castaneda-Sceppa C. (2007). Physical activity and public health in older adults:

- recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Med Sci Sports Exerc* 39(8):1435-45
- Netz Y, Wu MJ, Becker BJ, Tenenbaum G. (2005). Physical activity and psychological well-being in advanced age: a meta-analysis of intervention studies. *Psychol Aging* 20(2):272-84
- Nordmann AJ, Suter-Zimmermann K, Bucher HC, Shai I, Tuttle KR, Estruch R, Briel M. (2011). Meta-analysis comparing Mediterranean to low-fat diets for modification of cardiovascular risk factors. *Am J Med* 124(9):841-51
- Ottawa Charter for Health Promotion. (1986).
<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- Ouwehand C, de Ridder T D, Bensing J M. (2007). A review of successful aging models: Propose proactive coping as an important additional strategy. *Clinical Psychology Review* 27; 873 -884
- Pardasani M, Thompson P. (2012). Senior Centers: Innovative and Emerging Models. *Journal of Applied Gerontology* 31(1):52-77
- Parker J, Hashmi O, Dutton D, et al. (2010). Levels of vitamin D and cardiometabolic disorders: Systematic review and meta-analysis. *Maturitas* 65(3):225-236
- Parker MG, Agahi N. (2012). Cohort change in living conditions and lifestyle among middle aged Swedes: The effects on mortality and late-life disability. C. N. Phellas (Ed). *Aging in European Societies*. Springer Publishers
- Peel NM, McClure RJ, Bartlett HP. (2005). Behaviour determinants of healthy aging. *Am J Prev Med* 28:298-304
- Peters R, Peters J, Warner J, Beckett N, Bulpitt C. (2008). Alcohol, dementia and cognitive decline in the elderly: a systematic review. *Age Ageing* 37(5):505-12
- Peterson MD, Gordon PM. (2011). Resistance exercise for the aging adult: clinical implications and prescription guidelines. *Am J Med* 124(3):194-8
- Peterson MD, Rhea MR, Sen A, Gordon PM. (2010). Resistance exercise for muscular strength in older adults: a meta-analysis *Ageing Res Rev* 9(3):226-37
- Peterson MD, Sen A, Gordon PM. (2011). Influence of resistance exercise on lean body mass in aging adults: a meta-analysis *Med Sci Sports Exerc* 43(2):249-58
- Plawecki K, Chapman-Novakofski K. (2010). Bone Health Nutrition Issues in Aging. *Nutrients* 2(11):1086-1105
- Ploeg J, Feightner J, Hutchison B, Patterson C, Sigouin C, Gauld M. (2005). Effectiveness of preventive primary care outreach interventions aimed at older people: meta-analysis of randomized controlled trials. *Can Fam Physician* 51:1244-5

- Powell KE, Thompson PD, Caspersen CJ, Kendrick JS. (1987) Physical activity and the incidence of coronary heart disease. *Annu Rev Public Health* 8:253-87
- Ramstedt M, Raninen J. (2012). Alkoholkonsumtionen ökar bland äldre. *Alkohol & Narkotika* 3:5-7
- Rand D, Miller WC, Yiu J, Eng JJ. (2011). Interventions for addressing low balance confidence in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Age Ageing* 40(3):297-306
- Rizzuto D, Orsini N, Qiu C, Wang HX, Fratiglioni L. (2012). Lifestyle, social factors, and survival after age 75: population based study. *BMJ* 29;345:e5568. doi: 10.1136/bmj.e5568
- Rogers CE, Larkey LK, Keller C. (2009). A review of clinical trials of tai chi and qigong in older adults. *West J Nurs Res* 31(2):245-79
- Roland KP, Jakobi JM, Jones GR. (2011). Does yoga engender fitness in older adults? A critical review. *J Aging Phys Act* 19(1):62-79
- Rose DJ, Hernandez D. (2010). The role of exercise in fall prevention for older adults. *Clin Geriatr Med* 26(4):607-31
- Rosén M, Haglund B. (2005). From healthy survivors to sick survivors--implications for the twenty-first century. *Scand J Public Health* 33(2):151-5
- Rowe JW & Kahn RL. (1998). *Successful Aging*. New York: Pantheon Books
- Runciman P, Watson H, McIntosh J, Tolson D. (2006) Community nurses' health promotion work with older people. *J Adv Nurs* 55(1):46-57
- Sahlén KG, Dahlgren L, Hellner BM, Stenlund H, Lindholm L. (2006). Preventive home visits postpone mortality--a controlled trial with time-limited results. *BMC Public Health* 31;6:220
- Sampognaro-Keljevic J, Grönvall-Lindgren S. (2010). Behov av sociala mötesplatser i Malmö. En undersökning av sociala mötesplatsers betydelse för människors känsla av gemenskap och delaktighet i samhället, Examensarbete i socialt arbete Malmö högskola, 15 hp
- Sattelmair JR, Pertman JH, Forman DE. (2009). Effects of physical activity on cardiovascular and noncardiovascular outcomes in older adults *Clin Geriatr Med* 25(4):677-702
- Schroeder K, Lawlor DA, Montaner D, Ebrahim S. (2006). Self-reported smoking cessation interventions were not associated with quitting in older women. *J Clin Epidemiol* 59(6):622-8
- Schön P & Parker M G. (2009). Sex differences in health in 1992 and 2002 among very old Swedes. *Journal of Population Ageing* 1(2):107-123

- Shekelle PG, Morton S, Chang JT et al. (2003). Falls prevention interventions in the Medicare population. Baltimore (MD): US Department of Health and Human Services, Centers for Medicare and Medicaid Services
- Shephard RJ. (2002). Gender, physical activity, and aging. London: CRC Press
- Sherman S, Söderhielm Blid S, Törnkvist L, Karp A, Wånell SE. (2007). Förebyggande hembesök till äldre - en modell för det hälsofrämjande arbetet. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum. 2007:20
- Sherrington C, Tiedemann A, Fairhall N, Close JC, Lord SR. (2011). Exercise to prevent falls in older adults: an updated meta-analysis and best practice recommendations. N S W Public Health Bull 22(3-4):78-83
- Sherrington C, Whitney JC, Lord SR, Herbert RD, Cumming RG, Close JC. (2008). Effective exercise for the prevention of falls: a systematic review and meta-analysis. J Am Geriatr Soc 56(12):2234-43
- Sjösten N, Kivelä SL. (2006). The effects of physical exercise on depressive symptoms among the aged: a systematic review. Int J Geriatr Psychiatry 21(5):410-8
- Snowden M, Steinman L, Mochan K, Grodstein F, Prohaska TR, Thurman DJ, Brown DR, Laditka JN, Soares J, Zweiback DJ, Little D, Anderson LA. (2011). Effect of exercise on cognitive performance in community-dwelling older adults: review of intervention trials and recommendations for public health practice and research. J Am Geriatr Soc 59(4):704-16
- Socialstyrelsen. (2007). Självrapporterad hälsa hos äldre med utländsk bakgrund – underlag till samlad redovisning av integrationspolitikens resultat. Stockholm.
- Socialstyrelsen (2008). Äldres psykiska ohälsa – en fördjupad lägesrapport om förekomst, verksamheter och insatser. Socialstyrelsen 2008-131-20
- Sofi F, Valecchi D, Bacci D, Abbate R, Gensini GF, Casini A, Macchi C. (2011). Physical activity and risk of cognitive decline: a meta-analysis of prospective studies J Intern Med 269(1):107-17
- Sorocco KH, Ferrell SW. (2006). Alcohol use among older adults. J Gen Psychol 133(4):453-67
- Statens folkhälsoinstitut. (2003). Liv till åren – om hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser för äldre. Statens folkhälsoinstitut: rapport 2003:63
- Statens folkhälsoinstitut. (2006). Healthy ageing – a challenge for Europe. Statens Folkhälsoinstitut: rapport 2006:29
- Statens folkhälsoinstitut. (2007) Äldres hälsa- En utmaning för Europa, kortversion. Statens Folkhälsoinstitut: rapport 2007:02
- Statens folkhälsoinstitut. (2011).

- <http://www.fhi.se/Aktuellt/Nyheter/Forsoksverksamhet-med-halsocoacher/> (2013-01-03)
- Statens folkhälsoinstitut. (2012).
<http://www.fhi.se/Handbocker/Seniorguiden/Fakta-om-halsosamt-aldrande/Tva-perspektiv-pa-folkhalsoarbete/> (2012-08-14)
- SCB. (2011).
http://www.scb.se/Statistik/BE/BE0401/2011I60/BE0401_2011I60_SM_BE18SM1101.pdf
- Stevenson JS. (2005). Alcohol use, misuse, abuse, and dependence in later adulthood. *Annual Review of Nursing Research* 23:245-80
- Steyn NP, Lambert EV, Tabana H. (2009). Conference on "Multidisciplinary approaches to nutritional problems". Symposium on "Diabetes and health". Nutrition interventions for the prevention of type 2 diabetes. *Proc Nutr Soc* 2009;68(1):55-70
- Stolk RP, Hutter I, Wittek RPM. (2009). Population ageing research: a family of disciplines. *Eur J Epidemiology* 24:715 -718
- Stuck AE, Egger M, Hammer A, Minder CE, Beck JC. (2002). Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis. *JAMA* 287:1022-8
- Tait RJ, Hulse GK, Waterreus A, Flicker L, Lautenschlager NT, Jamrozik K, Almeida OP. (2007). Effectiveness of a smoking cessation intervention in older adults. *Addiction* 102(1):148-55
- Taku K, Melby MK, Kurzer MS, Mizuno S, Watanabe S, Ishimi Y. (2010). Effects of soy isoflavone supplements on bone turnover markers in menopausal women: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Bone* 47(2):413-23.
- Tappenden P, Campbell F, Rawdin A, Wong R, Kalita N. (2012). The clinical effectiveness and cost-effectiveness of home-based, nurse-led health promotion for older people: a systematic review. *Health Technol Assess* 16(20):1-72
- Teixeira CV, Gobbi LT, Corazza DI, Stella F, Costa JL, Gobbi S. (2012). Non-pharmacological interventions on cognitive functions in older people with mild cognitive impairment (MCI). *Arch Gerontol Geriatr* 54(1):175-80
- Tiedemann A, Sherrington C, Close JC, Lord SR. (2011). Exercise and Sports Science Australia. Exercise and Sports Science Australia position statement on exercise and falls prevention in older people. *J Sci Med Sport* 14:489-95
- Tremblay MS, Warburton DE, Janssen I, Paterson DH, Latimer AE, Rhodes RE, Kho ME, Hicks A, Leblanc AG, Zehr L, Murumets K, Duggan M. (2011). New Canadian physical activity guidelines. *Appl Physiol Nutr Metab* 36(1):36-46; 47-58

- Tseng CN, Gau BS, Lou MF. (2011). The effectiveness of exercise on improving cognitive function in older people: a systematic review. *J Nurs Res* 19(2):119-31
- Tyrovolas S; Panagiotakos DB. (2010). The role of Mediterranean type of diet on the development of cancer and cardiovascular disease, in the elderly: A systematic review. *Maturitas* 65(2):122-130
- U.S. Department of Health and Human Services. (2004). *The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General*. Atlanta, GA, U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health
- Valenzuela M, Sachdev P. (2009). Can cognitive exercise prevent the onset of dementia? Systematic review of randomized clinical trials with longitudinal follow-up. *Am J Geriatr Psychiatry* 17(3):179-87
- Van Cauwenberg J, De Bourdeaudhuij I, De Meester F, Van Dyck D, Salmon J, Clarys P, Deforche B. (2011). Relationship between the physical environment and physical activity in older adults: a systematic review. *Health Place* 17(2):458-69
- Wang HX, Xu WL, Pei JJ. (2012). Leisure activities, cognition and dementia. *Biochim Biophys Acta* 1822(3):482-491
- Wendel-Vos GC, Schuit AJ, Feskens EJ, Boshuizen HC, Verschuren WM, Saris WH, et al. (2004) Physical activity and stroke. A metaanalysis of observational data. *Int J Epidemiol* 33:787-98
- WHO. (2004).
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/74690/E83685.pdf
- Windle G, Hughes D, Linck P, Russell I, Woods B. (2010). Is exercise effective in promoting mental well-being in older age? A systematic review. *Aging Ment Health* 14(6):652-69
- Witham MD, Avenell A. (2010). Interventions to achieve long-term weight loss in obese older people: a systematic review and meta-analysis. *Age Ageing* 39(2):176-84
- Vogel T, Brechat PH, Leprêtre PM, Kaltenbach G, Berthel M, Lonsdorfer J. (2009). Health benefits of physical activity in older patients: a review. *Int J Clin Pract* 63(2):303-20
- Wooton AC. (2010). An integrative review of Tai Chi research: an alternative form of physical activity to improve balance and prevent falls in older adults. *Orthop Nurs* 29(2):108-16
- Wu S, Keeler EB, Rubenstein LZ, Maglione MA, Shekelle PG. (2010). A cost-effectiveness analysis of a proposed national falls prevention program. *Clin Geriatr Med* 26(4):751-66

- Yeom HA, Keller C, Fleury J. (2009). Interventions for promoting mobility in community-dwelling older adults. *J Am Acad Nurse Pract* 21(2):95-100
- Yevchak AM, Loeb SJ, Fick DM. (2008). Promoting cognitive health and vitality: a review of clinical implications. *Geriatr Nurs* 29(5):302-10
- Young K, Bunn F, Trivedi D, Dickinson A. (2011). Nutritional education for community dwelling older people: a systematic review of randomised controlled trials. *Int J Nurs Stud* 48(6):751-80
- Zbikowski SM, Magnusson B, Pockey JR, Tindle HA, Weaver KE. (2012). A review of smoking cessation interventions for smokers aged 50 and older. *Maturitas* 71(2):131-41
- Zehnder F, Martin M, Altgassen M, Clare L. (2009). Memory training effects in old age as markers of plasticity: a meta-analysis. *Restor Neurol Neurosci* 27(5):507-20
- Äldrecentrum. (2001). Äldres Hälsa och välbefinnande. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum
- Österman J, Wånell SE. (2010). Träffpunkt för mig. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum, rapport 2010:2

TABELLBILAGA. SAMMANSTÄLLNING AV ARTIKLAR INKLUDERADE I KUNSKAPSÖVERSIKTEN

Tabell I. Healthy aging och successful aging

TITEL	FÖRFATTARE	TIDSKRIFT	TYP AV STUDIE	HUVUDRESULTAT
Successful aging or aging successfully	Morley J E	JAMDA 2009;10(2):85-86	Editorial	Man kan ha ett "framgångsrikt" åldrande också vid funktionshinder och sjukdom. Citerar sex livsstilsfaktorer som resulterar i "successful aging": regelbunden fysisk aktivitet; ingen rökning; hantera livskriser bra; inte missbruka alkohol; ha ett stabilt äktenskap; ha kontroll på vikten.
A review of successful aging models: Propose proactive coping as an important additional strategy	Ouwehand C, de Ridder T D, Bensing J M	Clinical Psychology Review 2007;27: 873 -884	Review	Artikeln betonar "proactive coping" som metod för "framgångsrikt åldrande". Åldrandet måste ses som en process med betoning på psykologiska faktorer. Diskuterar SOC-modellen (Selective Optimisation with Compensation) – äldre personer söker optimera sina resurser för det som är viktigt för dem och kompensera för förluster. Framgångsrikt åldrande handlar i första hand inte om att undvika förluster utan om att kunna hantera dem. Det är viktigt att kunna förutse dessa förluster och i tid anpassa sig till dem (proactive coping). Framgångsrikt åldrande handlar om inte bara om nedgång utan också utveckling av nya möjligheter. Kriterier för framgångsrikt åldrande: acceptera sig själv; positiv relation till andra; självbestämmande; kontroll över sin omgivning; meningsfullhet; personlig tillväxt.
Recent advances in research on successful or healthy aging	Depp C A, Glatt S J, Jeste D V	Current Psychiatry Reports 2007; 9:7-13	Review (28 studier)	Genomgång av 28 studier visar att det saknas etablerad definition av "successful aging". Detta är en mångdimensionell företeelse. Majoriteten av studierna fokuserar på funktionshinder. Det sker dock en övergång till mer betoning av kognitiva och affektiva faktorer. Social integration och välbefinnande har större betydelse. <i>Prediktorer för framgångsrikt åldrande:</i> fysisk aktivitet; ej rökning; normal BMI; hälsosam diet. <i>Interventioner:</i> Fysisk aktivitet; kalori restriktion; kognitiv träning; moderat alkoholintag; sociala aktiviteter. Mått på "healthy aging" måste stämma överens med vad de äldre själva anser vara "healthy aging".

Population ageing research: a family of disciplines	Stolk R P, Hutter I Wittek R P M	Eur J Epidemiology 2009;24:715 - 718	Review	Diskuterar teoretiska utgångspunkter för analys av begreppet "healthy aging". Det behövs en multi-disciplinär kombination av mikro- och makroansats: På makronivån statliga institutioner och befolkningsdynamik, på mesonivån sociala nätverk och lokal tillgång till olika tjänster, på mikronivån livsstil, fysiska och psykiska förutsättningar. Bristande samstämmighet mellan dessa nivåer ger upphov till problem. Subjektivt välbefinnande är kulturellt bestämt och beroende av värderingarna i det samhälle man befinner sig i. Det finns hela tiden ett samspel mellan individ och samhälle. "Healthy aging" är hälsa <i>och</i> välbefinnande. En kritisk faktor är "self-regulating", individens förmåga att planera, styra och följa upp sitt liv. Personer som har denna förmåga (pro-active) är mer tillfredsställda med livet.
Nutrition, longevity and behavior	Cannella C, Savina C, Donini L M	Arch.Gerontol. Geriatr. 2009;Suppl.1:19-27	Review	Nutrition är en av de viktigaste determinanterna för "successful aging". Genomgång av alla typer av födoämnen. Rekommenderar en allsidig diet snarare än olika tillsatser.
Human models of aging and longevity	Cevenini E, Invidia L, Lescai F, Salvioli S, Tieri P, Castellani G Franceschi	Expert Opin. Biol.Ther. 2008; 8(9): 1393-1405	Review	Diskuterar förutsättningar för lång livslängd med fokusering på 100-åringar. Lång livslängd är ett samspel mellan gener, miljöfaktorer och slump. Det finns en stark familjekomponent. Hälsosam livsstil som innefattar: kalori restriktion; ingen rökning; moderat alkoholintag; grönsaker med hög anti-oxidering; god sömn. Personligheten har stor betydelse. (psykologisk motståndskraft, att ta saker med ro).
Definitions and predictors of successful aging: A comprehensive review of larger quantitative studies	Depp C A, Jeste D V	American Journal of Geriatric Psychiatry 2006; 14(1):6-20	Review (28 studier)	Det finns ingen allmänt vedertagen definition på "successful aging". <i>Exempel på definitioner</i> : frihet från funktionshinder (Rowe -Kahn); förmågan att anpassa sig till åldersbetingade förändringar; se sig själv som "framgångsrikt åldrad"; undvika sjukdom så länge som möjligt; Subjektiv eller objektiv definition? <i>Prediktorer för "successful aging (enligt olika studier)</i> : låg ålder (!); avsaknad av funktionsnedsättning; hög fysisk aktivitet; god självskattad hälsa; kognitiv funktion; hög inkomst; hög utbildning.
Behaviour determinants of healthy aging	Peel N M, McClure R J, Bartlett H P	Am J Prev Med 2005; 28:298-304	Review (8 studier - mkt strikta	Anger modifierbara riskfaktorer (effect size i parentes): rökning (1,22 -4,5); brist på fysisk aktivitet (1,27 – 3,09); BMI (1,58 – 3,05); diet (ej konklusiv); måttlig alkoholkonsumtion. Kombination av positiva faktorer förstärker

			urvalskriterier, 341 studier granskade)	effekten. Menar att empirisk forskning fokuserar på det negativa istället för det positiva i åldrandet. Viktigt att hälsofrämjande åtgärder har ett befolkningsbaserat livslöppsperspektiv – man måste börja i tid (men det är också aldrig för sent!). Den stora utmaningen är att använda de vetenskapliga resultaten till att förmå människor att skaffa sig en hälsosam livsstil.
Balanced aging or successful aging	Butler J P, Fujii M, Sasaki H	Geriatr Geront Int 2011; 11:1-2 (japansk tidskrift)	Editorial	Definierar ”successful aging” som att åtnjuta hälsa och psykisk styrka (“vigour of mind”) med frihet från funktionshinder – kunna leva oberoende. God mental hälsa ger hög motståndskraft, adaptiv förmåga och förmåga att hantera kriser (coping ability). Argumenterar för <i>balans</i> mellan krav och möjligheter (Buddistisk synsätt). Problemen uppstår vid obalans – nedsatt förmåga är inget problem om den ändå inte behövs. För att behålla balansen är det bra om alla förmågor avtar i samma takt!
A life course approach to healthy aging, frailty and capability	Kuh D, and the New Dynamics of Ageing (NDA) Preparatory Network	J Gerontol : Medical Sciences 2007, Vol. 62A: 717-721	Guest editorial	Fråga: Kommer dagens medelålders att som morgondagens äldre skilja sig från dagens? Åldrandeprocessen börjar vid livets början, driven av förändringar på molekylär och cellnivå men den kan påverkas av modifierbara faktorer. Dynamisk ansats: ger exempel på ”life trajectories” kopplat till olika förutsättningar m avs på riskfaktorer. Tidig social miljö har betydelse för fysisk och kognitiv förmåga i slutet av livet. Forskning visar att sarcopenia (omvandlingen av muskler till fett) har sitt ursprung i prenatala, prepubertala och pubertala tillväxtmekanismer. Det finns ett dynamiskt samband mellan kognitiva och fysiska funktioner över tiden. Motståndskraft (resilience) sammanhänger med förmågan till anpassning till förändrade omständigheter.
A concept analysis of healthy aging	Hansen-Kyle L	Nursing Forum 2005;40(2):45-57		Artikeln avser att definiera Healthy Aging genom en begreppsanalys. Det finns mycket varierande definitioner – bör ses som en process. En lista på alt. definitioner från olika perspektiv presenteras. Påpekar att ”healthy” och ”successful” ofta växlar som begrepp. En lista ges på karaktäristika (attributes) för ”healthy aging”. Individuell definition - anpassning till fysiska förändringar med bevarad integritet och oberoende är centralt. Listar faktorer som påverkar Healthy Aging under rubrikerna fysiologiskt, kognitivt och socialt stöd.

Tabell 2. Sociala nätverk, socialt stöd, sociala mötesplatser, senior centers

TITEL	FÖRFATTARE	TIDSKRIFT	TYP AV STUDIE	HUVUDRESULTAT
Factors That Influence Perceived Social and Health Benefits of Attendance at Senior Centers	Fitzpatrick TR, McCabe J, Gitelson R, Andereck K	Activities, Adaptation & Aging, 2005;30(1):23-45	Studie på sju Senior Center	Deltagande i aktiviteter på dessa seniorcenter ger hälsovinster, särskilt för kvinnor och personer med låga inkomster. Bland det som gav hälsovinster nämns att få betalt för sin insats, närhet till centret och att kunna äta lunch där.
Impact of Senior Center Friendships on Aging Women Who Live Alone	Aday R, Kehoe, GC, Farney LA	Journal of Women & Aging, 2006;18(1): 57-73	274 ensam-boende kvinnors deltagande i Senior Center jämfördes med 171 samman-boende kvinnors	Seniorcentret var en bra miljö för att få ett stödjande social nätverk. Detta hade betydelse både för den psykiska och fysiska hälsan. Jämfört med en grupp kvinnor som lever med sina män deltog de ensamboende kvinnorna mer i centrets aktiviteter och fick på så sätt ett socialt nätverk som sträckte sig utanför centret
One step Ahead: Preparing the Senior Center for 2030	Marken DM	Activities, Adaptation & Aging, 2005;29(4):69-84	Kvalitativ studie	Åldersintegrering, fortsatt aktivitet, att ha en roll, volontärbete, barnbarn, intellektuella utmaningar var önskemål, som för ett Senior Center kan innebära krav på lokalernas utformning och verksamhetens innehåll.
Senior Centers : Innovative and Emerging Models	Pardasani M Thompson P	Journal of Applied Gerontology 2012 31: 52-77	Sex Senior Center valdes ut som särskilt innovativa	Seniorcentren står inför utmaningar kring sin finansiering och att anpassa sig till nya grupper äldre, som har annan utbildning, andra livserfarenheter och intressen än tidigare generationer. Bland framgångsfaktorer nämner forskarna att det på centret även finns yngre deltagare och att man tonar ner att det är senior center. Många lockas av aktiviteter som fokuserar på hälsa och välbefinnande. De noterar en rörelse från att seniorcentren främst fokuserat på äldre i en sårbar livssituation till att också rikta sig till mer väletablerade äldre.

Social Networks and Participation in Social Activities at a New Senior Center: Reaching Out to Older Adults Who Could Benefit the Most	Ashida S, Heaney CA	Activities, Adaptation & Aging, 2008;32(1):40-58	Intervjustudie med 126 personer före och efter att ett Seniorcenter startat	Viljan att delta innan centret startade hade inget signifikant samband med om man faktiskt deltog när det öppnat. Centret sågs inte som en plats för att få stöd man kunde behöva i sin vardag. Däremot kunde personer som hade få vänner se centret som en resurs för att öka sitt sociala engagemang.
--	------------------------	--	---	---

Tabell 3. Psykosociala interventioner för att främja psykisk hälsa

TITEL	FÖRFATTARE	TIDSKRIFT	TYP AV STUDIE	HUVUDRESULTAT
Psychosocial Interventions for the Prevention of Depression in Older Adults: Systematic Review and Meta-Analysis	Forsman AK, Schierenbeck I, Wahlbeck K	J Aging Health. 2011;23(3):387-416	Meta-analys 19 studier inkluderade +65, 2006-2009	Psykosociala interventioner har små men sign. effekter på depressiva symtom. Vid en jämförelse med ingen behandling visade sig att social aktivitet (besöka kulturella evenemang, trädgårdsarbete, handarbete) är effektivt för att reducera depressiva symtom. Få studier är gjorda varför generaliseringar bör göras försiktigt. Inte några effekter återfanns av fysisk träning/aktivitet, utbildningsträning (kognitiv förmåga vardagliga kunskapsaktiviteter), aktivt deltagande med inriktning på reflektera över minnen/händelser tidigare i livet.
Psychosocial interventions for the promotion of mental health and the prevention of depression among older adults	Forsman AK, Nordmyr J, Wahlbeck K	Health Promot Int. 201;26 Suppl 1:i85-107.	Systematisk review 44 kontroll, design studier +65, 2006-2010	Psykosociala interventioner har positive effekt på livskvalité och mental hälsa. Sociala aktiviteter positiva effekter för att reducera depressiv symptom. Meningsfulla sociala aktiviteter som är anpassade för individens förutsättningar och preferenser måste beaktas när syftet är att öka den mentala statusen hos äldre personer
Brief interventions to prevent depression in older subjects: a systematic review of feasibility and effectiveness.	Cole MG.	Am J Geriatr Psychiatry. 2008 Jun;16(6):435-43.	Systematisk review av 14 studier +40, 1996-2007	Review av kontrollerade studier av en kortfattad (12 veckor) intervention för att förhindra depression, fastställande av status på depressionen efter 6 månader eller mer efter inskrivning och användning av en godtagbar definition av depression. Fjorton studier uppfyllde kriterierna. Alla var försök med korta psykosociala interventioner. Många hade en eller flera metodologiska begränsningar. Åtta studier visade på ett positivt resultat. I tre studier var det stora skillnader i depressivt utfall mellan interventionsgrupp och kontrollgrupp. Fyra försök visade sig ha en

				potential för att förebygga depression hos äldre personer: enskild terapi för sörjande "i riskzonen", pedagogiska interventioner för personer med kronisk sjukdom, kognitiv beteendeterapi insatser för att minska negativa tankar och "life review". Slutsatsen av studien är att det verkar som att vissa typer av korta psykosociala interventioner har potential att förebygga depression hos äldre personer. Riktlinjer för att förbättra kvaliteten på framtida studier föreslås av författarna.
Non-pharmacological prevention of major depression among community-dwelling older adults: A systematic review of the efficacy of psychotherapy interventions.	Lee SY, Franchetti MK, Imanbayev A, Gallo JJ, Spira AP, Lee HB.	Arch Gerontol Geriatr. 2012;55(3):522-529	Systematisk review +50 år 5 RCT-studier, 2000-2010	En systematisk översikt i syfte att studera effekten av psykoterapeutiska interventioner för att reducera depressiva symptom samt förebygga depressioner bland äldre med lindrigare symptom. Författarna granskade randomiserade kontrollstudier med syfte att studera effekten av psykoterapi bland äldre personer i befolkningen. Författarna granskade typ av insats, resultat, intern validitet och extern giltighet i fem studier. De använde sig av riktlinjer från den amerikanska Preventive Services Task Force (USPSTF) för att betygsätta kvaliteten på studierna och ge rekommendationer. Resultaten tyder på att psykoterapi är en säker och kostnadseffektiv metod för att minska den offentliga hälso- och sjukdomsburden av depression bland äldre vuxna som ännu inte diagnostiserats för en allvarigare depression.
The effects of reminiscence on psychological well-being in older adults: a meta-analysis.	Bohlmeijer E, Roemer M, Cuijpers P, Smit F.	Aging Ment Health. 2007;11(3):291-300.	Metaanalys 15 test-retest studier Medelålder 75-85	15 studier inkluderade. Resultaten visar på ett måttligt samband mellan "reminiscens" och nöjdhet med livet och emotionellt välmående bland äldre. Bland icke institutionsboende var "reminiscens" starkare än bland institutionsboende där "life-review" hade en starkare effekt på utfallet. Generellt tycks "life-review" vara en potentiellt effektiv metod för att förstärka psykologiskt välmående bland äldre

Tabell 4. Fysisk aktivitet

TITEL	FÖRFATTARE	TIDSKRIFT	TYP AV STUDIE (antal inkluderade studier)	HUVUDRESULTAT
Fall/benbrott/benskörhet				
Effectiveness of intervention programs in preventing falls: a systematic review of recent 10 years and meta-analysis	Choi M, Hector M.	Am Med Dir Assoc. 2012 Feb;13(2):188.e13-21.	Meta analys (17 RCT-studier)	Metasensitivitetsanalys indikerade att generella fallpreventionsprogram (där fysisk aktivitet kan, men inte nödvändigtvis ingår) är effektiva och kan reducera fallen med 9 procent.
Exercise to prevent falls in older adults: an updated meta-analysis and best practice recommendations.	Sherrington C, Tiedemann A, Fairhall N, Close JC, Lord SR	N S W Public Health Bull. 2011 Jun;22(3-4):78-83	Review (54 RCT-studier; varav metaanalys av 10 studier)	Fallförebyggande träning bör innehålla måttlig till hög utmaning för balansen och bedrivs åtminstone 2 timmar/veckan. Fallförebyggande insatser (i grupp eller individuellt i hemmet) ska ha som mål att nå både den äldre allmänheten och personer i riskzonen för att falla. Promenader kan läggas som komplement till balansövningarna, men personer som har hög risk för att falla bör inte rekommenderas program med snabba promenader.
Tai chi as an intervention to improve balance and reduce falls in older adults: A systematic and meta-analytical review.	Leung DP, Chan CK, Tsang HW, Tsang WW, Jones AY.	Altern Ther Health Med. 2011 Jan-Feb;17(1):40-8	Review (18 interventions-studier)	Tai chi kan rekommenderas som en alternativ behandling för att förbättra balansen i avsikt att reducera antalet fall. Framtida forskning med förbättrade design med mer konsistenta mått på balans och fallreducering och längre uppföljningstider efter interventionen efterfrågas om det ska vara möjligt att komma fram till vilka typer av tai chi som är mest effektiva.
Interventions for	Rand D, Miller	Age Ageing. 2011	Review (36 studier,	Forskarna fann endast låga men signifikanta effekter av

addressing low balance confidence in older adults: a systematic review and meta-analysis.	WC, Yiu J, Eng JJ.	May;40(3):297-306.	varav metaanalys 24 interventionsstudier)	träning och multifaktoriella interventioner när det gällde att öka den äldres känsla av säkerhet och självförtroende beträffande sin egen balansförmåga. Måttliga och signifikanta effekter framkom när det gällde träning med Tai Chi. De drog slutsatsen att Tai chi interventioner är det bästa valet när det gäller att öka självförtroendet för den egna balansförmågan hos äldre.
The role of exercise in fall prevention for older adults.	Rose DJ, Hernandez D.	Clin Geriatr Med. 2010 Nov;26(4):607-31.	Review (18 interventionsstudier)	Omsorgsfullt designade övningsprogram med ökande svårighetsgrad spelar en stor roll för att förebygga och minska risken för fall hos äldre. För friska äldre med <i>liten fallrisk</i> är det tillrådligt att engagera sig i olika typer av fysiska aktiviteter för att förbättra sin kondition, styrka och balans och att göra detta regelbundet. Detta bör vara tillräckligt för att minska risken för fall avsevärt. Äldre med <i>måttlig fallrisk</i> har större nytta av att delta i strukturerade träningsprogram utformade för att minska fallrisk utifrån individens förutsättningar och tidigare erfarenheter. Äldre med <i>hög fallrisk</i> har större nytta av individuellt utformade program gärna med en mer multifaktoriell approach beroende på vilka specifika omgivningsfaktorer som bidragit till ökad fallrisk. Slutligen, eftersom det är viktigt att individen verkligen följer programmen under lång tid bör övningsprogrammen utformas så att de kan accepteras och uppskattas av äldre med olika kulturell och socioekonomisk bakgrund.

An integrative review of Tai Chi research: an alternative form of physical activity to improve balance and prevent falls in older adults.	Wooton AC	Orthop Nurs. 2010 Mar-Apr;29(2):108-16; quiz 117-8	Review (22 interventions-studier)	Flera av de inkluderade studierna rapporterade förbättring i balans och styrka som en följd av Tai chi träning. Även om mer forskning behövs fann man flera indikatorer till stöd för att Tai chi spelar en roll när det gäller balans och fallskador. Faktorer som påverkade framgången av programmen var 1) längden av interventionen; 2) själva Tai chi metoden dvs om man använde den metod som var bäst anpassad efter deltagarnas förmåga; 3) om man hade väldefinierade mått på "outcomes"; 4) social likhet mellan deltagarna; 5) metodologi; och 6) tidigare aktivitetsnivå hos deltagarna.
What works better for community-dwelling older people at risk to fall? A meta-analysis of multifactorial versus physical exercise-alone interventions.	Petridou ET, Manti EG, Ntinapogias AG, Negri E, Szczerbinska K.	J Aging Health. 2009 Aug;21(5):713-29.	Meta-analys (10 studier)	De interventioner som enbart byggde på träning var ungefär 5 gånger mer effektiva än de som var "multifaktoriella" (tex en kombination av balans och styrkeövningar, gruppaktiviteter och bostadsanpassning). Från ett kostnads- och folkhälsoperspektiv borde interventioner med enbart träning vara mest värdefulla också med tanke på att de lättare kan genomföras i länder med mindre tillgängliga resurser. Men fler kvalitativa studier behövs för att utforska vad som gör att äldre är villiga att delta och fullfölja interventioner för att minska fallrisken.
Exercise interventions to reduce fall-related fractures and their risk factors in individuals with low bone density: A systematic review of randomized controlled trials.	de Kam D, Smulders E, Weerdesteyn V, Smits-Engelsman BC	Osteoporos Int. 2009 Dec;20(12):2111-25	Review (23 studier)	Interventioner med balansövningar minskade fall och fallrelaterade frakturer i majoriteten av studierna av personer med låg bentäthet. Muskelstärkande övningar var effektiva i att förbättra styrkan i de lägre extremiteterna och ryggmuskeln, även om inte alla studier rapporterade positiva effekter. Benstrukturens styrka förbättrades av vikt bärande aerobisk träning med eller utan muskelstärkande träning, när träningsperioden varade åtminstone ett år.

				Författarna hävdar att interventioner för personer med låg bentäthet ska innehålla viktbärande aktiviteter, balansträning och styrkeövningar för att minska fall- och frakturnrisk.
Interventions for preventing falls in older people living in the community.	Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Lamb SE, Gates S, Cumming RG, Rowe BH.	Cochrane Database Syst Rev. 2009 Apr 15;(2):CD007146.	Review (111 studier)	Träningsprogram kan ha olika inriktningar, som styrka, balans, flexibilitet eller uthållighet. Program som innehåller två eller fler av dessa komponenter kan minska antalet fall och antal äldre som faller. Träning i handledda grupper, Tai chi träning eller träning i individuellt utformade program är alla effektiva. Multifaktoriella interventioner som bygger på individuellt mått fallrisk och som sedan utformas utifrån denna mätning har visat sig vara effektiva i vissa studier men inte i andra. Sammantaget finns de evidens för att de minskar fallrisken bland äldre i samhället. De är komplexa interventioner och deras framgång kan vara beroende av faktors som ännu inte är utredda.
Effective exercise for the prevention of falls: a systematic review and meta-analysis.	Sherrington C, Whitney JC, Lord SR, Herbert RD, Cumming RG, Close JC.	J Am Geriatr Soc. 2008 Dec;56(12):2234-43.	Meta-analys (44 studier)	Den sammanfattade effekten av fysisk träning tyder på att träning kan minska risken att falla med 17%. Den starkaste relativa effekten av träning när det gällde fall återfanns i program som inkluderade en kombination av hög total dos av träning (>50 timmar över interventionsperioden) och innehöll utmanande balansövningar (stående med fötterna tätt tillsammans eller på ett ben helst utan att använda händerna som hjälp och utföra kontrollerade balansövningar). Promenader var ej inkluderade i dessa program. Författarna drar slutsatsen att träning kan påverka risken att falla för äldre personer.
The association between	Moayyeri A.	Ann Epidemiol.	Review (21 studier)	Risk för att falla rapporteras vara mindre för fysiskt aktiva

physical activity and osteoporotic fractures: a review of the evidence and implications for future research.		2008 Nov;18(11):827-35.	Metaanalys (13 studier)	äldre personer. Artikeln antyder att risken potentiellt kan öka både för inaktiva och för de mest fysiskt aktiva. Storleken av positiva effekter av fysisk aktivitet på body mass index och bentäthet är oklart när det gäller risk för frakturer.
Meta-analysis of walking for preservation of bone mineral density in postmenopausal women.	Martyn-St James M, Carroll S.	Bone. 2008 Sep;43(3):521-31.	Metaanalys (10 studier)	Metaanalysen konkluderar att vanliga promenader inte har någon signifikant effekt på bevarandet av benkvaliteten i ryggraden hos kvinnor efter menopausen, däremot fann man signifikanta effekter på lårbenshalsen. Men det finns diverse metodologiska olikheter och skillnader i rapportering i de olika publicerade studierna. Andra former av träning som är speciellt inriktade på belastning av skelettet kan behövas för att bevara mineraltätheten i denna population.
Exercise for improving balance in older people.	Howe TE, Rochester L, Jackson A, Banks PM, Blair VA.	Cochrane Database Syst Rev. 2007 Oct 17;(4):CD004963.	Review (34 studier)	Reviewstudien fann att träning har en statistiskt signifikant positiv effekt på balansen hos äldre personer jämfört med att vanlig fysisk aktivitet. Studien undersökte ett antal interventioner. De som hade störst betydelse var promenader; balansträning; koordinations- och funktionella övningar, styrketräning och mångsidiga träningstyper. Förbättringar återfanns på förmågan att stå på ett ben, sträcka sig framåt utan att överbalansera och promenader.
High-intensity resistance training and postmenopausal bone loss: a meta-analysis.	Martyn-St James M, Carroll S.	Osteoporos Int. 2006;17(8):1225-40.	Meta-analys (19 studier)	Fjorton studier fann en signifikant ökning i benmineraltäthet som en följd av högintensiv styrketräning. Behandlingseffekter av calcium visade signifikanta öknings i benmineraltäthet i höften. Den metodologiska kvaliteten hos alla inkluderade studier var inte så hög och rapporterings bias i riktning mot positiva

				resultat var tydlig.
Lifestyle interventions to prevent osteoporotic fractures: a systematic review.	Lock CA, Lecouturier J, Mason JM, Dickinson HO.	Osteoporos Int. 2006 Jan;17(1):20-8. Epub 2005 Jun 1.	Review (6 studier)	Fysisk träning hade samband (dock ej signifikant) med lägre risk för kotfrakturer. Multifaktoriella interventioner var associerade med lägre risk för höft fraktur och dessa resultat låg intill gränsen för vad som var signifikant. Det fanns inga tecken på biverkningar av träningen. Multifaktoriella interventioner som tillhandahålles av personal kan eventuellt minska risken för höftfraktur.
Muskelstyrka /Sarkopeni/frailty				
Sarcopenic obesity in the elderly and strategies for weight management.	Li Z, Heber D.	Nutr Rev. 2012 Jan;70(1):57-64.	Review	Sarkopeni tillsammans med övervikt bland äldre leder ofta till förlust av oberoende och metaboliska komplikationer och representerar på så sätt ett stort folkhälsoproblem för personer över 65 år. Det är sannolikt att åldersrelaterad förlust av muskelmassan och samtidig ökning av fettmassan i kroppen kan åtgärdas med regelbunden styrketräning kombinerat med adekvat proteinintag för att bevara muskelmassa.
Resistance exercise for the aging adult: clinical implications and prescription guidelines.	Peterson MD, Gordon PM.	Am J Med. 2011 Mar;124(3):194-8.	Review (of meta-analyses)	Styrketräning med vikter är effektivt när det gäller att ge styrka och ökning i muskelmassa. Det finns en dosrespons relation på så sätt att ökande volym och intensitet hänger starkt samman med anpassning. Ökande motstånd vid styrketräning bör därför uppmuntras bland friska vuxna i syfte att minska försämringen av muskelfunktion pga åldrandet.
Exercise as an intervention for frailty.	Liu CK, Fielding RA.	Clin Geriatr Med. 2011 Feb;27(1):101-10.	Review (4 clinical trials)	Det finns evidens att fördelarna med regelbunden fysisk aktivitet och träning klart överväger riskerna. För sköra äldre rekommenderas att en utvärdering görs av rehabiliteringspersonal.

Moving against frailty: does physical activity matter?	Landi F, Abbatecola AM, Provinciali M, Corsonello A, Bustacchini S, Manigrasso L, Cherubini A, Bernabei R, Lattanzio F.	Biogerontology. 2010 Oct;11(5):537-45.	Review (4 clinical trials)	Regelbunden träning har visat sig kunna förbättra sarkopeni, fysisk funktion, kognitiv prestation och nedstämdhet hos både sköra och friska äldre.
Influence of resistance exercise on lean body mass in aging adults: a meta-analysis	Peterson MD, Sen A, Gordon PM	Med Sci Sports Exerc. 2011 Feb;43(2):249-58	Metaanalys (49 studier)	Resultaten av denna metaanalys tyder på att styrkeövningar framkallar ca ett kg. ökning av lean body mass hos äldre. Detta kan tyckas blygsamt om man jämför med friska yngre personer men ska det jämföras med den 0.18-kg årliga nedgång som kan ske vid en icke-aktiv livsstil när man är 50 år eller äldre.
Resistance exercise for muscular strength in older adults: a meta-analysis	Peterson MD, Rhea MR, Sen A, Gordon PM	Ageing Res Rev. 2010 Jul;9(3):226-37	Metaanalys (47 studier)	Styrketräning med motstånd i de övre och nedre delarna av kroppen ökar styrkan hos äldre individer. Högre träningsintensitet var förenat med större förbättring av styrkan. Metaanalysen föreslår att styrketräning ska betraktas som en verkkningsfull strategi för att förebygga generell muskelsvaghet pga åldrande.
Determinants of physical activity and exercise in healthy older adults: a systematic review.	Koeneman MA, Verheijden MW, Chinapaw MJ, Hopman-Rock M.	Int J Behav Nutr Phys Act. 2011 Dec 28;8:142.	Review (34 interventions-studier)	Studien sökte bestämningsfaktorer för fysisk aktivitet hos personer som är äldre än 55 år. Det är viktigt att ha kunskap om vad som gör att människor ägnar sig åt fysisk aktivitet och träning, för att effektivt kunna främja en aktiv livsstil. En stor variation av bestämningsfaktorer återfanns: ålder, BMI, självförtroende när det gällde träning, socialt stöd, är exempel på några. Någon specifik

				evidensbaserad faktor kunde dock inte pekas ut eftersom det inte fanns tillräckligt antal studier om var och en.
Kognition				
Leisure activities, cognition and dementia	Wang HX, Xu, WL, Pei JJ	Biochim Biophys Acta 2012 1822(3):482-491	Review (29 studier)	De flesta observationsstudierna gav evidens för att fysisk aktivitet spelar en skyddande roll när det gäller risken för kognitiv nedsättning och demens, men sådana slutsatser är svårare att dra i interventionsstudier.
Physical exercise as a preventive or disease-modifying treatment of dementia and brain aging.	Ahlskog JE, Geda YE, Graff-Radford NR, Petersen RC.	Mayo Clin Proc. 2011 Sep;86(9):876-84	Review metaanalys (both animal and human studies)	Data talar för att aerobisk träning är kopplad till minskad risk för kognitiv funktionsnedsättning och demens. Vid sidan av den skyddande effekten på nervsystemet, kan fysisk träning minska kognitiv nedsättning via en reduktion av cerebrovaskulär risk, inklusive inverkan av "small vessel disease" när det gäller demenssjukdom.
The effectiveness of exercise on improving cognitive function in older people: a systematic review.	Tseng CN, Gau BS, Lou MF	J Nurs Res. 2011 Jun;19(2):119-31	Review (12 studier)	Ett träningsprogram som sträcker sig över 6 veckor och pågår i 60 minuter åtminstone 3 gånger/veckan har visat sig ha positiv effekt på kognitionen. Huruvida ett multikomponentsprogram är mer effektivt när det gäller att förbättra kognitionen framför allt hos friska äldre bör testas i större experiment med mer rigorös metodologi.
Effect of exercise on cognitive performance in community-dwelling older adults: review of intervention trials and recommendations for public health practice and research.	Snowden M, Steinman L, Mochan K, Grodstein F, Prohaska TR, Thurman DJ, Brown DR, Laditka JN, Soares J, Zweiback DJ,	J Am Geriatr Soc. 2011 Apr;59(4):704-16.	Review (30 interventions-studier)	Trots att det finns vissa positiva studier, fann panelen inte tillräckligt starka bevis för att fysisk aktivitet eller träning förbättrade kognitionen hos äldre. Framtida forskning bör rapportera hur väl övningsprogrammet följs, använda studier med längre tidsomfång och bedöma den kliniska relevansen av de mått man använder.

	Little D, Anderson LA.			
Physical activity and risk of cognitive decline: a meta-analysis of prospective studies	Sofi F, Valecchi D, Bacci D, Abbate R, Gensini GF, Casini A, Macchi C.	J Intern Med. 2011 Jan;269(1):107-17.	Metaanalys (15 studier)	Metaanalysen av de prospektiva studierna visade att äldre som hade högre grad av fysisk prestationsnivå var signifikant skyddade mot kognitiv nedsättning under uppföljningstiden (hazard ratio (HR) 0.62, 95% konfidensintervall (CI) 0.54-0.70; P < 0.00001). Dessutom visade det sig att även mer måttlig fysisk prestationsnivå uppvisade signifikant skydd mot kognitiv nedsättning (HR 0.65, 95% CI 0.57-0.75; P < 0.00001). Dessa resultat talar för att alla nivåer av fysisk aktivitet kan medföra en minskad risk för kognitiv nedsättning.
Is physical activity a potential preventive factor for vascular dementia? A systematic review	Aarsland D, Sardahaee FS, Anderssen S, Ballard C	Aging Ment Health. 2010 May;14(4):386-95	Review (24 studier, varav 5 studier ingick i metaanalys)	Trots att majoriteten av enskilda studier inte rapporterade signifikanta samband kunde metaanalys visa på en signifikant association mellan fysisk träning och minskad risk för vaskulär demens: OR 0.62 (95% CI 0.42-0.92). Forskarna drar slutsatsen att det finns evidens som stöder hypotesen att fysisk aktivitet sannolikt skyddar mot vaskulär demens och bör betonas som del av sekundär prevention när det gäller personer i riskzonen för cerebrovaskulär sjukdom.
Promoting successful cognitive aging: a comprehensive review	Daffner KR	J Alzheimers Dis. 2010;19(4):1101-22	Review (19 av 105 studier rör fysisk aktivitet)	Det finns tilltagande evidens på att fysiskt och kognitivt stimulerande aktiviteter kan främja kognitiv hälsa. Det finns fog för att identifiera och kraftfullt behandla vaskulära riskfaktorer, diabetes, sömnsvårigheter och andra problem som kan försämra hjärn-kapaciteten samt uppmuntra aktiviteter som bygger upp en kognitiv reserv.
Physical activity and enhanced fitness to improve cognitive	Angevaren M, Aufdemkampe G, Verhaar HJ,	Cochrane Database Syst Rev. 2008 Jul 16;(3):CD005381.	Review (11 studier)	Åtta av elva studier rapporterade att aerobisk träning resulterade i förbättringar i åtminstone en aspekt av kognitiv funktion. De största effekterna var på "cognitive

function in older people without known cognitive impairment.	Aleman A, Vanhees L.			speed”, ”auditory och visual attention”. Men de kognitiva förmågor som förbättrades var inte alltid desamma i de olika studierna och majoriteten gav inga signifikanta resultat. Data är otillräckliga för att säkert visa att förbättringar i kognitiv funktion kan härledas till fysisk aktivitet.
Promoting cognitive health and vitality: a review of clinical implications.	Yevchak AM, Loeb SJ, Fick DM.	Geriatr Nurs. 2008 Sep-Oct;29(5):302-10.	Review (42 studier)	Studien identifierar följande effektiva strategier för att främja ett hälsosamt kognitivt åldrande: prevention och behandling av kroniska sjukdomar, näringsrik mat, fysisk aktivitet, mental aktivitet, och social engagemang.
Brain reserve hypothesis in dementia.	Fratiglioni L, Wang HX.	J Alzheimers Dis. 2007 Aug;12(1):11-22.	Review (23 studier)	Betydelsen av fysisk aktivitet när det gäller att minska risken för demens är under debatt eftersom nästan all fysisk aktivitet också innehåller social och mental stimulans. Fritidsaktiviteter som innehåller alla tre komponenterna fysisk, social och mental stimulans verkar ha den bästa effekten. Åtgärder som kan skjuta fram demensdebuten med fem år kan halvera demens prevalensen och minska antalet dementa i samhället.
Physical activity and cognition in old age.	Lautenschlager NT, Almeida OP.	Curr Opin Psychiatry. 2006 Mar;19(2):190-3.	Review (13 studier)	Resultat från kohortstudier talar för att fysisk aktivitet är kopplat till bättre kognitiv funktion senare i livet. Trots detta finns det begränsade evidens för att fysisk aktivitet minskar risken för demens och Alzheimers sjukdom. Dessutom är evidensbaserade data som stödjer ett systematisk införande av program med fysisk aktivitet i syfte att minska risken för demens fortfarande (2006) inte tillgängliga från randomiserade kontrollerade studier.
Viktminskning				
Interventions to achieve long-term weight loss in	Witham MD, Avenell A	Age Ageing. 2010 Mar;39(2):176-84	Meta-analys (9 studier)	Denna metaanalys visar en liten men signifikant reduktion i vikt när man använder bantningsmetoder bland äldre,

obese older people: a systematic review and meta-analysis				feta personer. Inga signifikant förbättrade kolesterolnivåer framkom, och data var otillräckliga för att dra några slutsatser angående effekten av interventioner för att gå ner i vikt när det gäller kardiovaskulära riskfaktorer, fysisk träningskapacitet och livskvalitet. Det finns hypoteser om att övervikt kan <i>minska</i> risken att dö i vissa sjukdomar som är vanliga hos äldre, inklusive hjärtsjukdom – den så kallade ”obesity paradox”. Denna metaanalys kunde tyvärr inte reda ut denna fråga.
Interventionens effektivitet				
Interventions to increase physical activity among healthy adults: meta-analysis of outcomes	Conn VS, Hafdahl AR, Mehr DR	Am J Public Health. 2011 Apr;101(4):751-8	Review (358 studier)	Exploratory moderator analyses visade att de mest effektiva interventionerna var beteendebaserade i stället för kunskapsinterventioner, face to face i stället för kontakt via mail eller telefon, och inriktade på individer istället för samhället.
Effectiveness of health and wellness initiatives for seniors.	Coherley C, Rula EY, Pope JE	Popul Health Manag. 2011 Feb;14 Suppl 1:S45-50	Review (22 studier RCT eller n>1000)	Flera studier visade på minskade kostnader för sjukhusinläggning och sjukvårdskostnader samt förbättrad livskvalitet som en följd av hälsoprogram för äldre. Program som på ett effektivt sätt engagerar äldre och medför beteendeförändringar ger starka evidens för att hälsoförbättringar och minskade sjukvårdskostnader kan uppnås, menar studien.
A cost-effectiveness analysis of a proposed national falls prevention program.	Wu S, Keeler EB, Rubenstein LZ, Maglione MA, Shekelle PG.	Clin Geriatr Med. 2010 Nov;26(4):751-66.	Cost-effectiveness analysis	Forskarna använde sig av publicerade data från kliniska försök och konstruerade en populationsbaserad ekonomisk modell och uppskattade att fallpreventionsprogram kunde hindra att en halv miljon personer i USA föll på ett år. Från den modellen fann man att betala för evidensbaserade fallpreventionsprogram är kostnadseffektivt.

Reduction of diabetes risk in routine clinical practice: are physical activity and nutrition interventions feasible and are the outcomes from reference trials replicable? A systematic review and meta-analysis.	Cardona-Morrell M, Rychetnik L, Morrell SL, Espinel PT, Bauman A.	BMC Public Health. 2010 Oct 29;10:653	Review och metaanalys (12 studier)	Livsstilsinterventioner för personer med hög risk för diabetes genomförda av hälso- och sjukvården är verksamma, men verkar vara av begränsad klinisk nytta ett år senare.
Interventions for promoting mobility in community-dwelling older adults.	Yeom HA, Keller C, Fleury J.	J Am Acad Nurse Pract. 2009 Feb;21(2):95-100.	Review (28 studier)	Effektiva interventioner för att förbättra rörligheten hos äldre bör inkludera promenader, aerobisk träning, styrketräning och fokusera på styrka, balans och flexibilitet. Grupp-baserade träningsinterventioner uppvisar signifikant positiva effekter när det gäller att förbättra mobiliteten hos äldre. För att uppnå signifikanta effekter bör den interventionen pågå åtminstone 12 veckor. Praktiska implikationer: Att förskriva regelbunden fysisk aktivitet som inkluderar aerobisk träning och styrketräning inom primärvården kan vara ett bra sätt att minska den progressiva försämringen i mobilitet hos äldre. Den typiska dosen är 20-60 minuter av aerobisk aktivitet tre gånger i veckan. Följsamhet till rekommendationerna kan följas stämmas av genom samtal och användandet av olika hjälpmedel som tex träningsdagbok.
Cost-effectiveness of healthcare-based interventions aimed at improving physical activity.	Hagberg LA, Lindholm L.	Scand J Public Health. 2006;34(6):641-53.	Review (26 interventionsstudier)	Det finns begränsad evidens för att interventioner riktade till högriskgrupper eller de som har dålig hälsa relaterat till fysisk inaktivitet är kostnadseffektiva. De flesta evidensen gäller äldre personer eller de med hjärtsjukdom. Promotion av fysisk aktivitet kan vara

				kostnadseffektiv med olika metoder och i olika sammanhang, men det saknas evidens för vilka specifika metoder bör användas i specifika populationer.
Guidelines och rekommendationer				
New Canadian physical activity guidelines.	Tremblay MS, Warburton DE, Janssen I, Paterson DH, Latimer AE, Rhodes RE, Kho ME, Hicks A, Leblanc AG, Zehr L, Murumets K, Duggan M.	Appl Physiol Nutr Metab. 2011 Feb;36(1):36-46; 47-58.	Review (22 studier)	För att uppnå hälsovinster och förbättra funktion bör personer som är 65 år eller äldre utföra åtminstone 150 minuter måttlig till intensiv aerobisk aktivitet varje vecka i perioder av 10 minuter eller mer. Det är också fördelaktigt att addera muskel och benstärkande aktiviteter som berör stora muskelgrupper åtminstone 2 gånger/veckan. De som har sämre mobilitet bör utöva fysiska aktiviteter som förbättrar balansen och hindrar fall. Mer fysisk aktivitet ger större hälsovinster.
Effects of physical activity on cardiovascular and non-cardiovascular outcomes in older adults	Sattelmair JR, Pertman JH, Forman DE	Clin Geriatr Med. 2009 Nov;25(4):677-702	Review	Regelbunden träning ger många fysiologiska fördelar, reducerar risk för sjukdom och medför viktiga psykologiska vinster. Högre ålder kan medföra uppenbara svårigheter att upprätthålla en fysisk aktiv livsstil. Individualiserade träningsstrategier och upplägg gör det emellertid möjligt även för äldre personer att dra nytta av fysisk aktivitet.
Physical activity and public health in older adults: recommendation from the American College of Sports Medicine and the	Nelson ME, Rejeski WJ, Blair SN, Duncan PW, Judge JO, King AC, Macera	Med Sci Sports Exerc. 2007 Aug;39(8):1435-45.	The expert panel reviewed existing consensus statements and relevant evidence from primary	Rekommendationerna för äldre liknar den uppdaterade rekommendationerna från ACSM/AHA med undantag för att intensiteten av aerobisk aktivitet måste ta hänsyn till den äldres förmåga, och att aktiviteter som bevarar flexibilitet samt balansövningar ska inkluderas. Dessutom ska den äldre ha en aktivitetsplan för att uppnå

American Heart Association.	CA, Castaneda-Sceppa C.		research articles and reviews of the literature.	rekommenderad fysisk aktivitet som också integrerar förebyggande och behandlande rekommendationer. Främjandet av fysisk aktivitet hos äldre ska betona måttlig till intensiv aerobisk aktivitet, muskelstärkande aktivitet, att reducera inaktivt beteende samt innehålla en riskbedömning.
Fysisk funktion och "Fitness"				
Does yoga engender fitness in older adults? A critical review.	Roland KP, Jakobi JM, Jones GR	J Aging Phys Act. 2011 Jan;19(1):62-79	Review (10 studier)	Stora skillnader i yogastilar och utfallsmått gör det svårt att jämföra resultaten från olika studier. I studierna rapporterades måttliga förbättringar i gångförmåga, balans och övre/nedre kroppsflexibilitet, nedre kroppstyrka och viktmedgång. Yoga kan eventuellt bidra till att förbättra den fysiska formen för äldre, men mer fler studier behövs.
Benefits of physical activity for knee osteoarthritis: a brief review.	Egan BA, Menten JC	J Gerontol Nurs. 2010 Sep;36(9):9-14.	Brief Review (10 studier)	Artros är det näst vanligaste hälsoproblemet hos äldre 65 år och äldre i det amerikanska samhället. Studien påtalar att fysisk aktivitet är betydelsefull när det gäller att förebygga fetma, fördröja start av fysiska begränsningar, och främja ledhälsa för äldre. Studien diskuterar möjligheten att sjuksköterskor kan hjälpa äldre patienter att öka sin aktivitet och förskriva individuellt utformad träning.
Effectiveness of exercise interventions in reducing pain symptoms among older adults with knee osteoarthritis: a review.	Focht BC.	J Aging Phys Act. 2006;14(2):212-35.	Review (18 RCT-studier)	Knä artros (OA) drabbar cirka en tredjedel av äldre vuxna i USA. Smärtan som medföljer minskar livskvalitet och leder till aktivitetsbegränsning och fysiska funktionshinder. Aerobisk träning, styrketräning, och en kombination av dessa ger förbättringar av smärta vid artros. Graden av smärtlindring varierar dock avsevärt mellan studierna. Dessutom har de flesta försöken

				fokuserat på kortsiktiga (<6 månader) interventioner. Med tanke på variationen i interventionernas effektivitet behövs framtida forskning för att bestämma de individuella skillnader som påverkar äldre med artros.
Maintaining functionality in later years: a review of nutrition and physical activity interventions in postmenopausal women	Kuczmarski MF, Weddle DO, Jones EM	J Nutr Elder. 2010 Jul;29(3):259-92	“narrative review” (23 studier)	Det finns evidens för att interventioner som innehåller både fysisk aktivitet och matvanor kan förbättra den fysiska funktionen hos kvinnor efter menopausen. Protein intag är positivt korrelerat med benmineraltäthet och muskelmassa. Promenader kan minska fallrisk genom att det förbättra kadens och steglängd. Fysisk aktivitet, nutrition och hälsoprogram kan användas för samhällsinterventioner för att stödja kvinnor att öka sin funktionsförmåga.
Physical benefits of dancing for healthy older adults: a review.	Keogh JW, Kilding A, Pidgeon P, Ashley L, Gillis D.	J Aging Phys Act. 2009 Oct;17(4):479-500.	Review (18 studier)	Relativt starka evidens tyder på att äldre personer signifikant kan förbättra sin syreupptagningsförmåga, uthållighet, i kroppens nedre muskler, styrka och flexibilitet, smidighet balans och gångförmåga genom dans. Det finns mindre stark evidens för att dans kan förbättra äldres benmineraltäthet, fallrisk och kardiovaskulära risk.
The effects of exercise and physical activity participation on bone mass and geometry in postmenopausal women: a systematic review of pQCT studies.	Hamilton CJ, Swan VJ, Jamal SA.	Osteoporos Int. 2010 Jan;21(1):11-23.	Review (12 studier)	Fysisk träning verkar ha en positiv effekt på benmassa hos postmenopausala kvinnor men effekterna är små och verkar vara beroende av kontinuerligt deltagande i träning och på förmågan att upprätthålla tillräcklig träningsintensitet.
Progressive resistance strength training for improving physical	Liu CJ, Latham NK.	Cochrane Database Syst Rev. 2009 Jul 8;(3):CD002759	Review (121 studier)	Evidens från 121 randomiserade kontrollerade studier visar att äldre personer blir starkare av att träna sina muskler. De förbättrar också sin förmåga när det gäller

function in older adults.				enkla aktiviteter som att promenera, gå i trappor, och resa sig från en stol. Dessutom kunde styrketräning förbättra mer komplexa dagliga aktiviteter som att bada och laga mat. Det kunde även minska smärtor hos äldre med artros.
The relationship between exercise and osteoarthritis in the elderly.	Hart LE, Haaland DA, Baribeau DA, Mukovozov IM, Sabljic TF.	Clin J Sport Med. 2008 Nov;18(6):508-21.	Review (10 studier)	Det finns olika resultat från de studier som undersökte fysisk träning som behandling för artros. Trots detta menar författarna att det finns avsevärd evidens som stödjer att styrketräning eller aerobisk träning kan behandla artros hos medelålders och äldre personer.
Meta-analysis of the effects of exercise interventions on functional status in older adults.	Gu MO, Conn VS.	Res Nurs Health. 2008 Dec;31(6):594-603.	Metaanalys (19 studier RCT)	Små men statistiskt signifikanta effekter återfanns på funktionell och fysisk förmåga men inte för ADL. Träning förbättrade funktionell och fysisk förmåga men förbättringen kan ha varit otillräcklig för att ha påverkan på ADL. Ytterligare studier behövs för att bestämma hur man kan uppnå träningseffekter på ADL och för att identifiera vilka faktorer som kan reglera funktionell status hos äldre.
Hjärthälsa				
Walking: the first steps in cardiovascular disease prevention	Murtagh EM, Murphy MH, Boone-Heinonen J	Curr Opin Cardiol. 2010 Sep;25(5):490-6	Review (14 studier)	150 minuters promenader/veckan rekommenderas i denna review-artikel. Stegräknare är enkla att använda och 10 000 steg/dagen verkar vara effektivt i många populationer. Promenader kan potentiellt spela en nyckelroll i primär och sekundär prevention av hjärtkärlsjukdom. Kliniker kan föreskriva promenader så att patienterna fyller rekommendationerna för fysisk aktivitet samt hjälpa till att hitta hjälpmedel för att underlätta att träningen blir av.
Physical activity and prevention of	Buchner DM	Clin Geriatr Med. 2009	Review	Det finns stark evidens för att regelbunden träning kan minska risken för hjärtkärlsjukdom. Minst 150 minuter

cardiovascular disease in older adults		Nov;25(4):661-75, viii.		måttligt intensiv träning eller 75 minuter kraftfull träning rekommenderas. Äldre som inte klarar 150 minuter av måttlig träningsintensitet/veckan pga hälsoskäl bör vara så aktiva som deras förmågor och tillstånd tillåter.
Välbefinnande och hälsa				
Is exercise effective in promoting mental well-being in older age? A systematic review.	Windle G, Hughes D, Linck P, Russell I, Woods B	Aging Ment Health. 2010 Aug;14(6):652-69	Review (13 studier)	Artikeln rapporterar en övergripande effekt av träning när det gäller mentalt välbefinnande. Interventionerna som var inkluderade i denna review var utformade för äldre, med fokus på dem som är fysiskt inaktiva och ledd av utbildade ledare och i de flesta fall var träningen i grupp. Det finns belägg för minst två träningstillfällen/vecka, vart och ett i 45 minuter.
Health benefits of cycling: a systematic review.	Oja P, Titze S, Bauman, A de Geus B, Krenn P, Reger-Nash B, Kohlberger T	Scandinavian Journal Of Medicine & Science In Sports 2011;21;4 :496-509	Review (16 studier) 15-75 år	Studien undersöker inte enbart äldre 65+, utan även yngre ålderskategorier, men drar slutsatsen att när det gäller medelålders och äldre män och kvinnor kan, cykling minska risken för dödlighet, och sjuklighet i hjärt och kärlsjukdomar, cancer samt övervikt.
Health benefits of physical activity in older patients: a review.	Vogel T, Brechat PH, Leprêtre PM, Kaltenbach G, Berthel M, Lonsdorfer J.	Int J Clin Pract. 2009 Feb;63(2):303-20.	Review (49 studier)	Att främja regelbunden fysisk aktivitet är en av de huvudsakliga icke farmaceutiska åtgärderna som rekommenderas för att främja äldres hälsa. Måttlig men regelbunden fysisk aktivitet är kopplat till lägre dödlighet bland äldre, en positiv effekt på primärprevention av kranskärlssjukdom och positiv effekt på blodfetter. Andra etablerade fördelar är förbättrad sammansättning av kroppens muskler och fett, sänkning av blodtryck, förebyggande mot stroke och typ 2 diabetes. Prevention av vissa cancertyper (speciellt bröst och coloncancer), ökning av bentäthet och fallprevention har också rapporterats. Dessutom har vissa longitudinella studier

				indikerat att fysisk aktivitet är kopplat till minskad risk för att utveckla demens och Alzheimers sjukdom..
A review of clinical trials of tai chi and qigong in older adults.	Rogers CE, Larkey LK, Keller C.	West J Nurs Res. 2009 Mar;31(2):245-79.	Review (36 studier, alla RCT)	Att ägna sig åt Tai chi och qigong kan hjälpa äldre att förbättra fysisk funktion, sänka blodtrycket, minska fallrisk och depression och oro. Vad som saknades i sammanställda studierna var en diskussion hur andligt utforskande i dessa meditativa aktivitetsformer kan bidra till ”successful ageing”.
Multi-modal exercise programs for older adults.	Baker MK, Atlantis E, Fiatarone Singh MA.	Age Ageing. 2007 Jul;36(4):375-81.	Review (15 studier)	Bara sex av elva multimodala träningsstudier som inkluderade mätning av balansförmågan fann signifikant förbättring i balansen jämfört med kontrollpersonerna. Fem av dessa sex studier visade på en signifikant minskning i fall. Författarna drar slutsatsen att multimodal träning har en positiv effekt på fallprevention. Begränsade data antyder att multimodal träning eventuellt kan ha en liten effekt på fysiska, funktionella och livskvalitetsmått.
Physical activity and psychological well-being in advanced age: a meta-analysis of intervention studies.	Netz Y, Wu MJ, Becker BJ, Tenenbaum G.	Psychol Aging. 2005 Jun;20(2):272-84.	Metaanalys (36 studier)	Aerobisk träning på måttlig nivå gav den mest positiva effekten när det gällde psykologiskt välbefinnande i högre ålder. Fysisk aktivitet hade starkast effekt på ”self efficacy” och förbättring i kardiovaskulärt status, styrka och funktionsförmåga var länkat till generell förbättring av välbefinnandet.
Psykisk ohälsa				
Depressive symptom outcomes of physical activity interventions: meta-analysis findings	Conn VS	Ann Behav Med. 2010 May;39(2):128-38	Metaanalys (38 researcher supervised: 22 unsupervised	Vid jämförelse mellan intervention och kontrollförhållanden framkom att fysisk aktivitet hade effekt på depressiva symptom. Preliminär moderator analys tydde på att ledda träningsinterventioner är mer

			studies)	effektiva när de inkluderar flexibilitets- och styrketräning samt lågintensiv träning.
Anxiety outcomes after physical activity interventions: meta-analysis findings	Conn VS	Nurs Res. 2010 May-Jun;59(3):224-31	Metaanalys (19 studier)	Friska personer upplevde minskad oro till följd av fysisk aktivitet. Framtida forskning bör jämföra interventioner i randomiserade studier för att bekräfta om det föreligger kausalitet.
How effective are physical activity interventions for alleviating depressive symptoms in older people? A systematic review.	Blake H, Mo P, Malik S, Thomas S	Clin Rehabil. 2009 Oct;23(10):873-87	Review (11 studier, RCT eller kvasiexperimentell)	Fysiska träningsprogram uppnår kliniskt relevanta resultat i jämförelse med annan behandling av depressiva symptom hos deprimerade äldre personer. Även om träning inte är den bästa metoden för alla i den populationen så kan det ofta förbättra sinnesstämningen i denna grupp. Vidare forskning behövs för att undersöka effekt på måttlig och lång sikt och om programmen är kostnadseffektiva.
The effects of physical exercise on depressive symptoms among the aged: a systematic review.	Sjösten N, Kivelä SL.	Int J Geriatr Psychiatry. 2006 May;21(5):410-8.	Review (13 studier, alla RCT)	Fysisk träning kan vara effektivt när det gäller att minska klinisk depression och depressiva symptom hos äldre. Positiva effekter kan uppnås efter några få veckor men kvardröjande effekter kanske bara uppnås med kontinuerlig fysisk aktivitet. Inga slutgiltiga konklusioner kan emellertid dras eftersom det finns stor heterogenitet bland studierna. Fler randomiserade kontrollerade studier behövs som undersöker kliniska subgrupper (tex lätt, måttlig och allvarlig depression) för att klargöra lämplig dos, och intensitet på den fysiska träningen.
Den fysiska omgivningens betydelse				
Relationship between the physical environment and physical activity in older	Van Cauwenberg J, De	Health Place. 2011 Mar;17(2):458-69.	Review (31 studier)	Vissa positiva samband mellan den fysiska omgivningen och fysisk aktivitet hos äldre rapporterades men de flesta av de studerade relationerna var ickesignifikanta. Detta

adults: a systematic review.	Bourdeaudhuij I, De Meester F, Van Dyck D, Salmon J, Clarys P, Deforche B.			betyder dock inte nödvändigtvis att den fysiska omgivningen inte har betydelse för fysisk aktivitet hos de äldre utan kanske snarare att det återspeglar metodologiska problem i detta nya forskningsfält. Vidare bör man utveckla populationsspecifika interventioner anpassade för olika åldrar kön, socioekonomisk status och i urbana alt. icke-urbana miljöer.
The effect of season and weather on physical activity: a systematic review.	Tucker P, Gilliland J.	Public Health. 2007 Dec;121(12):909-22	Review (37 studier)	Reviewstudien fann evidens för att nivåer av fysisk aktivitet varierar utifrån årstid och väderförhållanden på så sätt att vädret utgör en barriär för deltagande i fysiska aktiviteter i olika populationer. Interventioner för fysisk aktivitet ska beakta hur väderförhållanden främjar eller hindrar detta. Inomhusaktiviteter hjälper till att underlätta regelbunden fysisk aktivitet året om.

Tabell 5. Näring och matvanor

TITEL	FÖRFATTARE	TIDSKRIFT	TYP AV STUDIE	HUVUDRESULTAT
Meta-analysis comparing Mediterranean to low-fat diets for modification of cardiovascular risk factors.	Nordmann AJ, Suter-Zimmermann K, Bucher HC, Shai I, Tuttle KR, Estruch R, Briel M.	Am J Med. 2011 Sep;124(9):841-51.e2.	Metaanalys (6 RCT)	Meta-analysen indikerar en gynnsam effekt av medelhavskosten jämfört med lågfettdieter, när det gäller kardiovaskulära riskfaktorer och inflammatoriska markörer. Även om de observerade effekterna på enstaka riskfaktorer var måttliga, kan den konsekventa fördelen på ett brett spektrum av kardiovaskulära riskfaktorer så småningom leda till en minskning av hjärt och kärlsjukdom.
Nutritional education for community dwelling older people: a systematic review of randomised controlled trials.	Young K, Bunn F, Trivedi D, Dickinson A.	Int J Nurs Stud. 2011 Jun;48(6):751-80.	Review (23 interventions-studier)	Personer över 65 anses ofta ha etablerade kost- och livsstilsvanor som är svåra att ändra. Men denna review fann att undervisning i näringslära eller råd positivt kan påverka matvanorna. Det fanns också bevis för att vissa biokemiska markörer kan påverkas positivt. Flera studier visade att komplexa interventioner där kostutbildning var en komponent, även kan minska depression. Påverkan på vikten var tveksamt. Det fanns ingen evidens för förbättring i ångest, livskvalitet, service användning, kostnader för vård eller dödlighet.
Systematic literature review of randomized control trials assessing the effectiveness of nutrition interventions in community-dwelling older adults.	Bandayrel K, Wong S.	Nutr Educ Behav. 2011 Jul-Aug;43(4):251-62.	Review (15 RCT-studier)	Näringsrådgivningsinterventioner som innefattar aktiv delaktighet och samarbete visade sig vara mest lovande när det gäller att påverka positivt kostrelaterade resultat bland äldre. Framtida forskning behövs för att utröna vilka interventioner som kan gynna äldre personer som är mindre aktiva och hälsomedvetna och som har lägre utbildningsnivå.
Position of the American Dietetic Association, American Society for Nutrition,	Kamp BJ, Wellman NS, Russell C; American Diet-	J Am Diet Assoc. 2010 Mar;110(3):463-72	Review (8 kostprogram)	Studien sammanfattar 8 omfattande kostprogram från USA som är riktade specifikt till hemmaboende äldre. Att bli äldre innebär ofta ökad risk för dåligt näringsstatus, och etniska skillnader, språksvårigheter och lågt socioekonomiskt status kan ytterligare

and Society for Nutrition Education: Food and nutrition programs for community-residing older adults.	etic Association; American Society for Nutrition; Society for Nutrition Education.			komplitera situationen. Nutritionister och kostrådgivare kan spela en viktig roll när det gäller att skapa möjligheter för alla äldre att få tillgång bra kost.
Reduction of diabetes risk in routine clinical practice: are physical activity and nutrition interventions feasible and are the outcomes from reference trials replicable? A systematic review and meta-analysis.	Cardona-Morrell M, Rychetnik L, Morrell SL, Espinel PT, Bauman A.	BMC Public Health. 2010 Oct 29;10:653.	Review (12 studier)	Livsstilsinterventioner med kostrådgivning riktade till personer med hög risk för diabetes och genomförda av olika vårdgivare inom hälso- och sjukvården är verksamma, men verkar vara av begränsad klinisk nytta ett år senare. Trots övertygande evidens från strukturerade studier, visade denna systematiska genomgång att en översättning till rutinmässiga praktiken har mindre effekt på riskminskning för diabetes.
Effects of soy isoflavone supplements on bone turnover markers in menopausal women: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials.	Taku K, Melby MK, Kurzer MS, Mizuno S, Watanabe S, Ishimi Y.	Bone. 2010 Aug;47(2):413-23.	Metaanalys (21 RCT-studier)	Kosttillsägg med Soy isoflavon minskade måttligt benresorptionsmarkören DPD, men påverkade inte benbildningsmarkörerna BAP och OC hos kvinnor efter menopaus. Effekterna varierade mellan studier och ytterligare studier behövs för att undersöka faktorer relaterade till effekterna på DPD och för att kontrollera effekter på andra benomsättningsmarkörer.
Effects of zinc on plasma lipoprotein cholesterol concentrations in humans: a meta-analysis	Foster M, Petocz P, Samman S.	Atherosclerosis. 2010 Jun;210(2):344-52.	Metaanalys (33 RCT studier)	Inga generella signifikanta effekter av zinktillskott observerades för plasmakolesterol, low-density lipoprotein kolesterol (LDL), high-density lipoprotein kolesterol (HDL) eller plasmakoncentrationer av triglycerid. Sekundära analyser hos friska personer visade att zink-tillskott är associerad med en signifikant minskning av

of randomised controlled trials.				plasmakoncentrationen av HDL-kolesterol. SLUTSATS: Ingen effekt av zink tillskott på plasma lipoproteiner upptäcktes i den övergripande analysen. Hos personer som klassificerats som friska, är zinktillskott associerat med en minskning i koncentrationer HDL-kolesterol och skulle därmed kunna bidra till en ökad risk för hjärtsjukdom.
Vitamin B12 and older adults.	Stover PJ.	Curr Opin Clin Nutr Metab Care. 2010 Jan;13(1):24-7.	Review (4 studier)	Förekomsten och effekten av vitamin B12-brist varierar under hela livscykeln, och äldre (och potentiellt embryot under utveckling) har den största risken och känsligheten för brist. Ytterligare forskning behövs för att utveckla effektiva åtgärder för folkhälsan och undersöka de specifika orsakerna till denna näringsbrist, som skiljer sig åt mellan olika risk-subpopulationer.
Conference on "Multidisciplinary approaches to nutritional problems". Symposium on "Diabetes and health". Nutrition interventions for the prevention of type 2 diabetes.	Steyn NP, Lambert EV, Tabana H.	Proc Nutr Soc. 2009 Feb;68(1):55-70. Epub 2008 Dec 10.	Review (31 interventions-studier)	De flesta av deltagarna i studierna hade hög risk för utveckling av diabetes. Resultaten utvärderades vid två tidpunkter (pre-och post-intervention) med frågor om kunskap, beteendeförändring och klinisk förbättring (inkluderade vikt, blodtryck, BMI, kroppsfett, midjemått, waist/hip ratio och fysiologiska och/eller biokemiska värden). Resultaten visar att de mest framgångsrika åtgärderna kombinerar individuell kostrådgivning med en aktivitetskomponent. Ytterligare faktorer som predicerar framgång är att viktminskning uppnåtts, varaktighet och intensitet av insatsen samt efterlevnaden av dietföreskrifterna.
Bone Health Nutrition Issues in Aging	Plawecki Karen; Chapman-Novakofski Karen	Nutrients 2010; 2; 11: 1086-1105	Review (30 intervention-studier, RCT eller quasi-experimentella)	Reviewstudien genomfördes för att fastställa effekterna av kost-och kompletterande åtgärder inriktade på kalcium och vitamin D under de senaste 10 åren. Granskningen visade en positiv effekt på benhälsan när det gäller kosttillskott, mat-baserade interventioner och pedagogiska strategier. Resultat tyder på effektiviteten av kostbaserade och pedagogiska insatser.
Levels of vitamin D and cardiometabolic	Parker Johanna; Hashmi Omar;	MATURITAS 2010: 65(3)225-	Review (28 studier)	Höga nivåer av vitamin D bland medelålders och äldre är kopplade till en betydande minskning av hjärt-kärlsjukdom, typ 2-diabetes

disorders: Systematic review and meta-analysis	Dutton David; et al.	236		och det metabola syndromet. Fler studier behövs. Om förhållandena visar sig vara kausala, kan interventioner riktade vitamin D-brist hos vuxna befolkningen bromsa potentiellt nuvarande epidemier av kardiometabola sjukdomar.
The role of Mediterranean type of diet on the development of cancer and cardiovascular disease, in the elderly: A systematic review	Tyrovolas Stefanos; Panagiotakos Demosthenes B.	MATURITAS 2010: 65(2)122-130	Review (14 observations-studier)	I samtliga observationsstudier hade medelhavsdieten effekt på risken för hjärt-kärlsjukdom. Medelhavsdieten, rik på frukt, grönsaker, spannmål, potatis, fjäderfä, bönor, nötter, mager fisk, mejeriprodukter, små mängder rött kött, måttlig alkoholkonsumtion, och olivolja som en viktig fettkälla har visat sig vara hjärtskyddande enligt denna review-artikel. Studierna tydde på att denna eller liknande diet är förenat med minskad risk för hjärtkärlsjukdom samt vissa typer av cancer, även hos äldre.
Can Nutrients Prevent or Delay Onset of Alzheimer's Disease?	Kamphuis Patrick J. G. H.; Scheltens Philip	Journal of Alzheimers Disease. 2010: 2: 3: 765-775	Review (17 studier)	Åldersrelaterade förändringar i nutritionsstatus kan spela en viktig roll för hjärnans funktion. Särskilda näringsbrister hos äldre, bland annat omega-3 fettsyror, B-vitaminer och antioxidanter, kan förvärra patologiska processer i hjärnan. Litteraturen styrker behovet av tidiga insatser när det gäller Alzheimers sjukdom. Studien föreslår näringsmässiga interventioner, riktade mot flera aspekter av neurodegenerativa processen så tidigt som möjligt i utvecklingen av sjukdomen, då de sannolikt har störst terapeutisk potential.
Functional benefits of combined resistance training with nutritional interventions in older adults: A review	Breen L; Stewart C E; Onambele G L	Geriatrics & Gerontology International 2007: 7: 4; 326-	Review (7 studier)	Styrketräning förbättrar skelettmusklernas styrka, storlek, senstruktur, mm. hos äldre. Det verkar också som proteintillskott tillsammans med styrketräning kan vara en bra strategi för att förbättra funktionen hos äldre. Mekanismer och vägar är dock fortfarande okända och behöver lösas både på kropps- samt cell- och molekylär nivå, när det gäller att optimera fördelarna med dessa två kombinerade behandlingar.

Tabell 6. Alkohol

TITEL	FÖRFATTARE	TIDSKRIFT	TYP AV STUDIE	HUVUDRESULTAT
Alcohol, dementia and cognitive decline in the elderly: a systematic review.	Peters R, Peters J, Warner J, Beckett N, Bulpitt C.	Age Ageing. 2008 Sep;37(5):505-12	Review (23 studier), 1995-2006	Små mängder alkohol kan vara skyddande mot demens och Alzheimers sjukdom, men inte vaskulär demens och kognitiv nedsättning. Eftersom det var stor variation i alkoholmått, uppföljningstid och inkluderade confounders ska resultaten tolkas med försiktighet.
Alkohol som medicin fungerar dåligt. Riskerna överväger nyttan visar genomgång av kunskapsläget	Andréasson S, Allebeck P.	Läkartidningen 2005;102(9):632-37	Review	Saknas belägg för allmän rekommendation om alkoholkonsumtion ur hälsosynpunkt. Alkoholens skyddande effekt uppnås vid låg konsumtion.
Alcohol consumption by aging adults in the United States: health benefits and detriments.	Ferreira MP, Weems MK.	J Am Diet Assoc. 2008 Oct;108(10):1668-76	Review	Diskuterar för- och nackdelar med måttlig alkoholkonsumtion ur ett hälso-, psykosocialt och näringsmässigt perspektiv. Amerikanska rekommendationer för äldre 65+ är max 1 glas/dag. Författarna ifrågasätter dessa rekommendationer/gränsvärden och menar att högre alkoholkonsumtion (upp till 2 glas/dag) inte är förknippat med högre risk.
Alcohol consumption as a risk factor for dementia and cognitive decline: meta-analysis of prospective studies.	Anstey KJ, Mack HA, Cherbuin N.	Am J Geriatr Psychiatry. 2009 Jul;17(7):542-55	Review och meta-analys	Äldre personer med låg till måttlig alkoholkonsumtion tycks ha en lägre risk för demenssjukdom. Oklart om detta beror på selektion (selektion in i studier, men också selektiv överlevnad), att alkoholens positiva effekter ackumuleras över livet eller att alkoholkonsumtion har en särskild fördel just på äldre dar.
Alcohol use, misuse, abuse, and dependence in later	Stevenson JS	Annual Review of Nursing Research,	Review	Det är vanligare att behandla symptom och konsekvenser av alkoholkonsumtion/-missbruk än att ta itu med

adulthood		ch 8, 2005; 23:245-80		problemdrinkandet i sig. Ungefär en tredjedel av problemdrinkarna börjar med detta senare i livet. Denna grupp svarar bra på behandling och uppvisar bättre långsiktiga resultat (t.ex. avhållsamhet). Interventioner mot alkoholproblem tar dels tag i problemdrinkandet men ger också ett socialt nätverk och ett utökat stöd, som i många fall är det som utlöst den ökade alkoholkonsumtionen. Även kortare interventioner, såsom rådgivning på vårdcentralen, tycks vara ett framgångsrikt sätt att få äldre personer att dricka mer måttligt eller anpassat i förhållande till sin hälsa, läkemedelskonsumtion och livsstil.
Alcohol use among older adults.	Sorocco KH, Ferrell SW.	J Gen Psychol. 2006 Oct;133(4):453-67	Review	Äldre personer borde regelbundet, exempelvis vid sin årliga hälsokontroll, screenas för alkoholproblem. Screeningen kan ske exempelvis med CAGE-formuläret eller Michigan Alcohol Screening Test-Geriatric Version, MAST-G. Eventuell Intervention/behandling kan vara kort rådgivning (läkare-patient samtal), familjeinterventioner (där de närmast anhöriga involveras), motiverande samtal (MI, där den äldre personen själv ”resonerar sig” fram till beteendeförändring) och kognitiv beteendeterapi och liknande metoder för att bryta vissa beteenden.
Risks of combined alcohol/medication use in older adults.	Moore AA, Whiteman EJ, Ward KT.	Am J Geriatr Pharmacother. 2007 Mar;5(1):64-74	Review, (98 artiklar), 1966-2006	Samtidig alkohol- och läkemedelskonsumtion hos äldre kan få allvarliga konsekvenser beroende på mängden alkohol och vilken typ av läkemedel det är. Det är viktigt att kliniker vet hur mycket alkohol deras äldre patienter konsumerar för att värdera risken och kunna ge råd om säker alkohol- och läkemedelsanvändning. Likaså är det viktigt att äldre personer själva inser den potentiella risken med att kombinera alkohol och läkemedel.

Tabell 7. Rökning och rökstopp

TITEL	FÖRFATTARE	TIDSKRIFT	TYP AV STUDIE	HUVUDRESULTAT
A review of smoking cessation interventions for smokers aged 50 and older	Zbikowski SM, Magnusson B, Pockey JR, Tindle HA, Weaver KE.	Maturitas 2012;71(2):131-141	Review (13 RCT)	Generellt sett var mer intensiva interventionsprogram och de som kombinerade rådgivning med någon form av nikotinläkemedel mest framgångsrika. Väldigt få interventioner är riktade just mot äldre personer och anpassade efter den gruppens behov. Inte heller finns det mycket kunskap om vilken typ av interventioner som mest tilltalar och motiverar äldre personer. Interventionsaspekter som inte visat sig särskilt framgångsrika bland yngre personer – såsom socialt stöd eller att identifiera hälsosamma alternativ till rökning – kan vara särskilt betydelsefulla bland äldre personer som försöker sluta röka.
Health promotion in older adults: evidence-based smoking cessation programs for use in primary care settings	Abdullah AS, Simon JL.	Geriatrics 2006;61(3):30-34	Review	Rökstopp är värdefullt även för äldre människor. Läkare och annan personal inom primärvården spelar en viktig roll för att stödja äldre personer att sluta röka. Författarna rekommenderar Fagerstrom test for nicotine dependence för att bedöma graden av nikotinberoende och att rådgivningen kan underlättas/anpassas efter den äldre genom att använda en ”stage-matched counseling approach”. Rådgivning med uppföljning i kombination med nikotinläkemedel rekommenderas.
Smoking cessation interventions and older adults	Doolan DM, Froelicher ES.	Prog Cardiovasc Nurs. 2008 Summer;23(3):119-27.	Review, artiklar 1997-2007/8 + omfattande rapporter (antal studier anges inte)	Interventioner för att främja rökstopp riktas för lite mot äldre personer. Rådgivning från hälso/sjukvårdspersonal tycks vara en framgångsrik metod, särskilt i kombination med nikotinersättning. Äldre personer med hjärtkärlsjukdom svarar bra på den här typen av interventioner, särskilt om rådgivningen ges av sjuksköterskor vid sjukhusvistelse.

Effectiveness of a smoking cessation intervention in older adults.	Tait RJ, Hulse GK, Waterreus A, Flicker L, Lautenschlager NT, Jamrozik K, Almeida OP.	Addiction. 2007 Jan;102(1):148-55.	Icke-randomiserad interventionsstudie i Australien	Äldre personer över 75 år som vill sluta röka, lyckas sluta i samma utsträckning som befolkningen i övrigt i interventionsprogram som innehåller rådgivning och nikotinersättning.
Older Smokers' Motivation and Attempts to Quit Smoking. Epidemiological Insight into the Question of Lifestyle Versus Addiction	Lutz Ph. Breitling, Dietrich Rothenbacher, Christa Stegmaier, Elke Raum, and Hermann Brenner	Dtsch Arztebl Int. 2009 July; 106(27): 451–455.	Befolkningsstudie i en tysk delstat	Majoriteten av äldre personer 50-74 år anger vid hälsokontroll att de vill sluta röka och att de har flera misslyckade försök bakom sig, framförallt högriskpatienter. Författarna menar att det borde satsas mer på äldre personer (vad gäller hjälp för att främja rökstopp). De ifrågasätter rökning som ett livsstilsval, nikotinberoendet är i många fall ofrivilligt, mer som ett missbruk.
Smoking cessation and transition into retirement: analyses from the English Longitudinal Study of Ageing	Iain A. Lang, Neil E. Rice, Robert B. Wallace, Jack M. Guralnik and David Melzer	Age Ageing (2007) 36 (6): 638-643.	Prospektiv befolkningsstudie i England, uppföljning i 5-6 år	Personer 50 år och äldre som genomgår pensionering slutar röka i större utsträckning än de som fortsätter jobba. Sambandet kvarstår även efter kontroll för hälsa. Personer som är nypensionerade eller som snart ska pensioneras tycks vara en bra målgrupp för interventioner.
Smoking, smoking cessation, and use of smoking cessation aids and support services in South Derbyshire, England.	Edwards R, McElduff P, Jenner D, Heller RF, Langley J.	Public Health. 2007 May;121(5):321-32.	Tvärsnittsstudie med slumpmässigt urval i ett område i England	30-40% av 65–74-åriga män och kvinnor vill sluta röka. Det finns inga skillnader mellan socioekonomiska grupper vad gäller viljan att sluta röka eller att ha lyckats sluta röka. Däremot tycks personer med lägre socioekonomisk status använda nikotinersättningspreparat i större utsträckning.
Determinants of	Jacques Donzé,	Age Ageing (2007)	Prospektiv	Huvudsakliga hinder/anledningar att inte sluta röka bland äldre

smoking and cessation in older women	Christiane Ruffieux and Jacques Cornuz	36 (1): 53-57.	kohortstudie, rökande kvinnor selekterades ur studien	kvinnor 70+ är enligt denna studie -att det inte lönar sig att sluta i hög ålder -att röka få eller light cigaretter är inte negativt för hälsan -rökning ökar inte risken för benskörhet Författarna betonar att dessa föreställningar är baserade på felaktig information. Med riktad kunskap om riskerna med rökning och fördelarna med ett rökstopp kan även äldre kvinnor uppmuntras att sluta röka.
Self-reported smoking cessation interventions were not associated with quitting in older women.	Schroeder K, Lawlor DA, Montaner D, Ebrahim S.	J Clin Epidemiol. 2006 Jun;59(6):622-8	Prospektiv kohortstudie, rökande kvinnor selekterades ur studien	Över en treårs-period var det framförallt kvinnor som rökte lite (<10 cigaretter/dag) som slutade röka. Rådgivning om rökstopp av läkare samt nikotinersättningspreparat upplevdes positivt för att lyckas sluta röka, men var inte relaterat till ett högre odds att sluta röka. Andra typer av interventioner måste undersökas för individer som rökt i många år och som inte lyckas sluta med hjälp av ”vanliga” interventioner.

Tabell 8. Kognitiv aktivitet och träning

TITEL	FÖRFATTARE	TIDSKRIFT	TYP AV STUDIE (antal inkl studier)	HUVUDRESULTAT
Non-pharmacological interventions on cognitive functions in older people with mild cognitive impairment (MCI).	Teixeira CV, Gobbi LT, Corazza DI, Stella F, Costa JL, Gobbi S.	Arch Gerontol Geriatr. 2012 Jan;54(1):175-80	Review (7 studier)	Sex studier använde kognitiva interventioner för att förbättra minnet och en studie använde fysisk aktivitet för att förbättra exekutiva funktioner. Resultaten visar evidens för att fysisk aktivitet och kognitiv träning kan förbättra minne och exekutiva funktioner hos äldre personer med lätt kognitiv nedsättning (MCI). Ändå behövs fler kontrollerade studier för att fastställa systematiska rekommendationer om vilka typer av övningar som kan förbättra kognitiv funktion hos äldre personer med MCI.
Cognition-based interventions for healthy older people and people with mild cognitive impairment.	Martin M, Clare L, Altgassen AM, Cameron MH, Zehnder F	Cochrane Database Syst Rev. 2011 Jan 19;(1):CD006220.	Review (36 RCT-studier)	Studien analyserade kognitiva interventioner mellan 1970-2007. Resultaten visade att för friska äldre förbättrades omedelbart och fördröjt verbalt minne avsevärt genom träning jämfört med en icke-behandling. Förbättringarna överskred dock inte den som uppstod i de kontrollgrupper som fick alternativa aktiviteter. För personer med mild kognitiv svikt framkom samma mönster. SLUTSATSER: Det finns evidens för att kognitiva interventioner ger upphov till vinster i prestationsförmåga, men ingen av de observerade effekterna behöver bero specifikt på den kognitiva träningen, eftersom de observerade förbättringarna inte översteg förbättringen i aktiva kontroll-förhållanden.
Cognitive and memory training in adults at risk of dementia: a systematic review.	Gates NJ, Sachdev PS, Fiatarone Singh MA, Valenzuela M.	BMC Geriatr. 2011 Sep 25;11:55.	Review (10 studier)	Måttliga effekter på minnesresultat identifierades i sju kontrollerade försök. Kognitiva övningar (relativa effektstorlekar varierade från 0,10 till 1,21) kan leda till större nytta än minne strategier för (0,88 till -1,18) på minnet. SLUTSATSER: tidigare slutsatser av bristande effekt av kognitiv träning i MCI kan ha påverkats genom att man inte tydligt definierat interventionen. Denna systematiska genomgång fann att kognitiva övningar kan

				producera måttlig till stora positiva effekter på minnesrelaterade resultat. Dock är fortfarande tillgången till högkvalitativa RCT låg, så vidare forskning måste prioriteras.
The effects of nonpharmacological interventions on subjective memory complaints: a systematic review and meta-analysis.	Metternich B, Kosch D, Kriston L, Härter M, Hüll M.	Psychother Psychosom. 2010;79(1):6-19.	Metaanalys (13 interventionsstudier) Review (14 studier)	Interventionerna bestod av: vanlig minnesträning (MT; n = 8), kombinerade åtgärder som utbildning och kognitiv omstrukturering (EC; n = 5), fysisk träning (n = 1) och fysisk och mental träning i kombination (n = 2). Utfallen var subjektiva minnesmått, objektiva minne, depressiva symtom och välbefinnande. Resultat: EC, följt av kombinerade insatser, var mest effektiva för att påverka subjektiva minnet. MT eller kombinerad fysisk och mental träning var inte effektiv. För objektiva minnesmått, var MT den enda effektiva insatsen. Inga samband hittades med depressiva symtom och välbefinnande, med lågt antal studier i dessa jämförelser. Slutsats: EC verkar vara mest effektivt för att påverka det subjektiva minnet, medan det objektiva minnet framförallt påverkas av MT. Depressiva symtom och välbefinnande tycks inte påverkas signifikant av någon av interventionerna. Hittills finns få publikationer av hög kvalitet om interventioner som påverkar minnet. Fler randomiserade kontrollerade studier, inklusive mått på depressiva symtom och välbefinnande, behövs.
Can cognitive exercise prevent the onset of dementia? Systematic review of randomized clinical trials with longitudinal follow-up.	Valenzuela M, Sachdev P	Am J Geriatr Psychiatry. 2009 Mar;17(3):179-87.	Metaanalys (7 studier)	En stark effekt observerades av kognitiv träning jämfört med kontrollgruppen. Kognitiv träning hos friska äldre individer producerar starka och ihållande skyddande effekter på longitudinell neuropsykologisk prestation. Överföring av dessa effekter till demensrelevanta områden såsom allmän kognition och daglig verksamhet har också rapporterats i några studier. Men kognitiv träning har ännu inte visat sig förhindra insjuknandet i demens i lämpligt utformade försök och detta är nu en internationell prioritet.

Memory training effects in old age as markers of plasticity: a meta-analysis.	Zehnder F, Martin M, Altgassen M, Clare L.	Restor Neurol Neurosci. 2009;27(5):507-20.	Metaanalys (24 studier)	Studier som undersöker effekterna av minnesträning på friska och lindrigt kognitivt nedsatta äldre ingick i metaanalysen. Enbart minnesträning med kognitiva effektmått, varaktighet av intervention med upp till ett år med minst en baslinje och post interventionsbedömning ingår. Resultaten visar signifikanta träningseffekter för parade associationer och omedelbart och fördröjt minne hos friska äldre samt för omedelbart minne hos milt kognitivt nedsatta äldre. Träningseffekterna var dock inte är större än de som fanns för aktiva kontroll förhållanden. Detta kan tyda på att vanlig kontakt eller ospecifik stimulering av alternativ träning (såsom i de aktiva kontroll förhållanden) kan vara lika effektivt som minnesträning. Resultaten tyder på att evidens på effektivitet och specificitet för träningsinterventioner är liten.
Promoting cognitive health and vitality: a review of clinical implications.	Yevchak AM, Loeb SJ, Fick DM.	Geriatr Nurs. 2008 Sep-Oct;29(5):302-10.	Review 12 studier	Sjuksköterskor i allmänhet och geriatriska sjuksköterskor i synnerhet kan proaktivt hantera oro som deras patienter kan ha när det gäller demenssjukdomar genom att visa på strategier som syftar till att främja kognitiv hälsa och upprätthålla förmågor. Effektiva strategier som identifierats i denna review för att främja kognitiv hälsa och vitalitet kategoriseras enligt följande: förebyggande och hantering av kroniska sjukdomar, goda matvanor, fysisk aktivitet, mental aktivitet och socialt engagemang.

Tabell 9. En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård

TITEL	FÖRFATTARE	TIDSKRIFT	TYP AV STUDIE	HUVUDRESULTAT
Fysisk aktivitet på recept (FaR)				
Exercise and Sports Science Australia position statement on exercise and falls prevention in older people.	Tiedemann A, Sherrington C, Close JC, Lord SR; Exercise and Sports Science Australia.	J Sci Med Sport. 2011 Nov;14(6):489-95.	Review	Sammanfattar evidens för att fysiska träningsprogram kan reducera fallrisken hos äldre personer i samhället. Kvalificerade yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården är väl lämpade att förskriva och leda specifik fallförebyggande träning för såväl friska äldre som de med flera sjukdomar.
Physical activity on prescription in primary health care: a follow-up of physical activity level and quality of life.	Kallings LV, Leijon M, Hellénus ML, Ståhle A.	Scand J Med Sci Sports. 2008 Apr;18(2):154-61	Enskild studie (uppföljnings-)	Undersökte hur fysisk aktivitetsnivå och livskvalitet förändrats efter 6 månader med FaR. Man fann att självrapporterad fysisk aktivitet och livskvalitet ökat signifikant och resultaten indikerade att FaR är lämpligt att använda inom primärvården för att främja en mer fysiskt aktiv livsstil. Denna studie saknade dock jämförelsegrupp och det finns dessutom en risk för ”selection bias”.
Does a physical activity referral scheme improve the physical activity among routine primary health care patients?	Leijon ME, Bendtsen P, Nilsen P, Festin K, Ståhle	Scand J Med Sci Sports. 2009 Oct;19(5):627-36.	Enskild studie (uppföljnings-)	En svensk studie (utan kontrollgrupp) fann att hälften av patienterna som fått FaR rapporterade ökad fysisk aktivitet efter både tre och tolv månader, något som alltså bekräftade ovanstående studie. Ålder spelade ingen roll när det gällde hur effektiv interventionen var i denna studie

Physical activity referrals in Swedish primary health care - prescriber and patient characteristics, reasons for prescriptions, and prescribed activities.	Leijon ME, Bendtsen P, Nilsen P, Ekberg K, Ståhle A.	BMC Health Serv Res. 2008 Oct 1;8:201.	Enskild studie (populations studie)	En svensk uppföljningsstudie som undersökte FaR förskrivningar i Östergötlands landsting 2004-2005. En av 70-80 patienter som besökte vårdcentralerna fick FaR. Läkare och sjuksköterskor var de vanligaste förskrivarna. Två tredjedelar av patienterna var kvinnor och 23 procent av patienterna var 65+ och vanligaste orsaken var sjukdomar i rörelseapparaten.
Factors associated with patients self-reported adherence to prescribed physical activity in routine primary health care.	Leijon ME, Bendtsen P, Ståhle A, Ekberg K, Festin K, Nilsen P.	BMC Fam Pract. 2010 May 19;11:38.	Enskild studie (uppföljnings-)	Undersökte följsamheten till FaR utfärdat inom primärvården. Den genomsnittliga följsamheten (adherence rate) var 56 procent efter tre månader och 50 procent efter 12 månader. Högre följsamhet uppvisade ett samband med högre ursprunglig aktivitetsnivå och med hembaserade aktiviteter.
Is there a demand for physical activity interventions provided by the health care sector? Findings from a population survey.	Leijon ME, Stark-Ekman D, Nilsen P, Ekberg K, Walter L, Ståhle A, Bendtsen P	BMC Public Health. 2010 Jan 25;10:34.	Enskild studie (populations studie)	En enkät skickades 2006 ut till 13 440 personer mellan 18 och 84 år i samma län för att undersöka befolkningens aktivitetsnivå, önskan att öka aktivitetsnivån, behov av stöd samt deras uppfattning om var ansvaret låg för att främja fysisk aktivitet. En fjärdedel beskrev sig själva som fysiskt aktiva och en tiondel som inaktiva och de övriga låg däremellan. En tredjedel hade inte för avsikt att förändra sitt träningsbeteende men de övriga hade tänkt på det eller var fastbeslutna att förändra sitt beteende. Av de som var i störst behov (t.ex. de med BMI över 30) önskade mer än en fjärdedel hjälp och stöd.
Förebyggande hembesök				
The clinical effectiveness and cost-effectiveness of home-based, nurse-	Tappenden P, Campbell F, Rawdin A, Wong R, Kalita N.	Health Technol Assess. 2012;16(20):1-72.	Review (11 RCT-studier)	Artikeln sammanställde effektiviteten och kostnadseffektiviteten av hembaserad hälsopromotion utförd av sjuksköterskor riktat till personer som var 75 år och i riskzonen för sjukhusvård eller äldreomsorg. En metaanalys av 8 (av de 11) studierna

led health promotion for older people: a systematic review.				indikerade att de som fått hembaserad hälsopromotion hade signifikant bättre överlevnad än de som inte fått det. En metaanalys av fyra studier indikerade färre fall i interventionsgrupperna jämfört med kontrollgrupperna, detta resultat var dock ej statistiskt signifikant. Endast tre studier behandlade kostnadseffektivitet och kunde inte ge någon definitiv evidens för att hembaserad hälsopromotion med sjuksköterskor kunde ge valuta för pengarna.
Effectiveness of preventive primary care outreach interventions aimed at older people: meta-analysis of randomized controlled trials.	Ploeg J, Feightner J, Hutchison B, Patterson C, Sigouin C, Gauld M	Can Fam Physician. 2005 Sep;51:1244-5	Metaanalys (19 RCT-studier)	Artikeln sammanställde studier om förebyggande hembesök utförda av primärvården och riktade till personer 65 år eller äldre. Enligt metaanalysens resultat var interventionerna associerade med en 17 procent minskning av dödlighet och en 23 procent ökad sannolikhet att kunna bo kvar i eget boende.
Multidimensional preventive home visit programs for community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials.	Huss A, Stuck AE, Rubenstein LZ, Egger M, Clough-Gorr KM.	J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2008 Mar;63(3):298-307.	Review (21 RCT-studier)	”Pooled effects estimates” visade på gynnsamma effekter när det gäller dödlighet och fysisk funktion, men resultaten var inte statistiskt signifikanta. Endast för yngre studiepopulationer (d.v.s. tredje åldern) fann man signifikant gynnsam effekt av förebyggande hembesök på dödlighet.
Preventive home visits postpone mortality--a controlled trial with time-limited results.	Sahlén KG, Dahlgren L, Hellner BM, Stenlund H, Lindholm L.	BMC Public Health. 2006 Aug 31;6:220.	Enskild studie (RCT)	Från Nordmaling rapporteras att förebyggande hembesök (två besök/år under två år) utförda på ett strukturerat sätt bland hemmaboende friska äldre (≥ 75 år), haft flera positiva effekter, som att färre upplever smärta, färre besöker läkare och sjukhus, och även en ökad livslängd bland dem som erhöll hembesök

				jämfört med en kontrollgrupp.
Health-promoting interventions for persons aged 80 and older are successful in the short term--results from the randomized and three-armed Elderly Persons in the Risk Zone study.	Gustafsson S, Wilhelmson K, Eklund K, Gosman-Hedström G, Zidén L, Kronlöf GH, Højgaard B, Slinde F, Rothenberg E, Landahl S, Dahlin-Ivanoff S.	J Am Geriatr Soc. 2012 Mar;60(3):447-54.	Enskild studie (interventions-)	En interventionsstudie från Göteborg har undersökt 459 hemmaboende äldre 80 år eller äldre som inte har hemtjänst. Interventionen bestod antingen av ett förebyggande hembesök eller av fyra veckors seniorgruppmöten med en uppföljningsträff. Bägge interventionerna resulterade i senarelagd försämring av självskattad hälsa.
Förebyggande hembesök till äldre - en modell för det hälsofrämjande arbetet.	Sherman S, Söderhielm Blid S, Törnkvist L, Karp A, Wånell SE.	Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum. 2007:20.	Rapport (RCT)	Stockholms läns landsting genomförde 2005-2006 försöksverksamheter med förebyggande hembesök för 75-åringar som del i en kontrollerad interventionsstudie. Det gick att styrka effekter av hälsosamtalet när det gäller den äldres kunskap om kommunens utbud av äldreomsorg, hjälpmedel av olika slag och kunskap om tillgängligt utbud av fritidsaktiviteter. Det fanns även indikation på att trötthet, värk och smärta var oförändrade hos dem som fått hälsosamtal, medan de som inte fått samtal upplevde försämringar efter ett år.

Vad kan den enskilde göra för att må bra på äldre dar? Den frågan har varit utgångspunkten för denna forskningsöversikt. Rapporten sammanställer forskning som publicerats under perioden 2005-2012. Forskningsöversikten finns i tabellform som bilaga till denna rapport. Syftet var att ta fram kunskap om vad som är viktigt för äldre personer när det gäller att främja ett hälsosamt åldrande samt att belysa var det finns kunskapsluckor. Ska man ändra sin livsstil måste det vara meningsfullt för individen, och många olika faktorer bidrar sammantaget. Kosten kan handla om rätt näring, men också om måltidsgemenskap, fysisk aktivitet kan också vara social samvaro, kulturupplevelser kan också vara kognitiv träning. Värdet av allt detta är väl belagt. En utmaning är hur samhället på olika sätt kan underlätta för de äldre att leva ett aktivt liv och fortsätta att vara delaktiga.



Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum är ett forsknings-och utvecklingscentrum. Uppdraget är att bidra med kunskap om äldre personers hälsa, vård och omsorg

Gävlegatan 16, 113 30 Stockholm // Vxl: 08 690 58 00 // www.aldrecentrum.se