



GÖTEBORGS
UNIVERSITET

Sociala interventioners effekt på hälsan bland äldre - en systematisk litteraturstudie

Författare: Emelie Fritzell

Program: Folkhälsovetenskapligt program 180 hp
Examensarbete i folkhälsovetenskap VT 2009

Omfattning: 15 hp

Handledare: Annika Jakobsson

Examinator: Anette Sverker, Carin Staland Nyman

Sahlgrenska akademien
Enheten för socialmedicin

Svensk titel: Sociala interventioners effekt på hälsan bland äldre – en systematisk litteraturstudie

Engelsk titel: The health effect of social intervention amongst elderly

Författare: Emelie Fritzell

Program: Folkhälsovetenskapligt program 180 hp
Examensarbete i folkhälsovetenskap VT 2009

Omfattning: 15 hp

Handledare: Annika Jakobsson

Examinator: Anette Sverker, Carin Staland Nyman

Sammanfattning

Äldre människor riskerar social isolering och utanförskap till följd av nedsatta fysiska och kognitiva förmågor samt förändrad social situation kopplat till stigande ålder. Sociala interventioner riktade till äldre har varit vanligt förekommande, men dessa har sällan utvärderats vilket resulterat i att lite finns dokumenterat inom området. Denna systematiska litteraturstudie avsåg att undersöka hälsoeffekten av de sociala interventioner som syftat till att bryta ofrivillig isolering och ensamhet bland äldre. Sociala interventioner har visat sig ha mycket begränsad effekt på äldre människors fysiska hälsa men påverkar välbefinnandet och social integration positivt. Gruppverksamhet liksom interventioner som innehållit social aktivitet tycks ha en något större effekt på hälsan än enskild verksamhet. Vad som är hälsa för äldre är inte entydigt men vikten av sociala relationer betonas liksom livskvalitet. Vidare forskning behövs inom området.

Sökord: social intervention, äldre, hälsa, livskvalitet

Abstract

Due to diminished physical and cognitive functions and a changed social situation, elderly people risk social isolation. Social interventions aimed at elderly have been frequent but evaluations have rarely been accomplished and published. The aim of this review was to examine the health effect of those social interventions aimed to break involuntary isolation and loneliness amongst elderly. Limited effect has been found on physical health while the impact on morale and social integration has been encouraging. Group activities and social activities seem to have a greater impact on health than one-to-one activities. The definition of health among elderly is equivocal but the importance of social relations and quality of life is emphasized. Further research in the subject area is needed.

Keywords: social intervention, elderly, health, quality of life

Innehållsförteckning

1. Inledning	1
2. Bakgrund.....	2
2.1 Socialt kapital	2
2.2 Hälsa	2
2.3 Sociala relationers betydelse för hälsan	3
2.4 Socialt kapital och hälsa bland äldre	4
2.5 Svenska Röda Korsets	4
2.6 Svenska Röda Korset och hälsofrämjande bland äldre	4
3. Syfte	5
4. Metod.....	6
4.1 Datainsamlingsmetodik	6
4.2 Urvalsmetodik	6
4.2.1 Inkluderingskriterier	6
4.2.2 Exkluderingskriterier	7
4.3 Analysmetodik	7
5. Resultat.....	7
5.1 Sociala interventioners effekt på hälsan bland äldre	8
5.1.1 Sociala interventioners effekt på den fysiska hälsan	8
5.2.2 Sociala interventioners effekt på äldres upplevelse av hälsa	9
5.3 Olika typer av sociala interventioner och dess effekt på hälsan bland äldre.....	11
5.3.1 Enskild verksamhet och gruppverksamhet	11
5.3.2 Social aktivitet och deltagande.....	11
5.3.3 Allmänna och selektiva interventioner	12
5.4 Tidsaspekt.....	12
5.5 Vad är hälsa för äldre	12
5.6 Genusperspektiv	13
6. Diskussion	14
6.1 Metoddiskussion.....	14
6.2 Resultatdiskussion	16
6.2.1 Olika typer av sociala interventioner och dess effekt på hälsan bland äldre.....	16

6.2.2 Deltagare	17
6.2.3 Hälsa bland äldre	18
6.2.4 Att mäta hälsa bland äldre	18
6.2.5 Genusperspektiv	19
6.2.6 Tidsaspekt.....	19
6.2.7 Etik	20
6.2.8 Folkhälsoperspektivet.....	20
6.2.9 Resultatet kopplat till Röda Korset	21
6.3 Konklusion	22
7. Referenser	23
Artikelsammanställning Bilaga 1	26
Resultat av litteratursökning Bilaga 2.....	28

1. Inledning

Äldre riskerar social utsatthet och isolering då de utöver funktionsnedsättning och en växande sjukdomsburden även löper en ökad risk att bli ensamma på grund av att partnern och vänner blir sjuka eller går bort. Socialt isolerade individer har sämre fysisk och psykisk hälsa än socialt integrerade individer samt löper en högre mortalitetsrisk (House 1988). I en svensk studie där äldre människor har fått skatta sin livskvalitet framkom att socialt stöd var av stor betydelse för en god livskvalitet liksom känsla av sammanhang och meningsfullhet i sin vardag. Resultaten visade också på ett starkt samband mellan hälsa och livskvalitet, men det visade sig också att de lite yngre äldre hade skattat nöjen och sociala aktiviteter betydelse för livskvalitet högre än de skattat hälsa. Äldre är en mycket heterogen grupp och olikheterna inom gruppen tycks öka med stigande ålder. Gemensamt för alla har man dock kunnat konstatera vikten av socialt stöd (Borglin G. 2006). Social samvaro är och riskerar att bli ett eftersatt område inom vård och omsorg. Äldrevården är redan idag svårt ansatt och, på grund av knappa resurser, ständigt hotad av nedskärningar. Detta talar för att kravet på preventiva och hälsofrämjande åtgärder kommer att aktualiseras i strävan att skjuta upp funktionsnedsättning samt vård- och omsorgsbehov (Statens Folkhälsoinstitut 2008).

Svenska Röda Korset bedriver besöksverksamhet i syfte att bryta ofrivillig isolering bland äldre. Generellt arbetar inte Röda Korset direkt med hälsofrågor bland äldre utan deras verksamhet syftar just till att bidra till förbättrad livskvalitet genom att i vardagen erbjuda möjlighet till sociala aktiviteter, stöd och deltagande. Indirekt kan dessa faktorer dock leda till bättre hälsa. Besöksverksamheten utgörs av hembesök men också utav sjukhusvårdare, telefonjour och sociala mötesplatser. Under 2007 stod Svenska Röda Korsets frivilliga för 30000 besök eller ledsagning till äldre, 4 000 anhörigvårdare fick stöd från Röda Korset och Mötesplats Kupan hade 70 000 besökare (Winblad AK. 2008).

Under min praktikperiod på Röda Korsets huvudkontor väcktes mitt intresse för frivilligorganisationers roll i välfärdssamhället och dess folkhälsoinsatser bland utsatta grupper i samhället. Röda Korset har som ambition att agera inom de områden som är eftersatta i samhället, där organisationen kan erbjuda ett mervärde. Ideella organisationer kan bidra till välfärdsutveckling då de i sina verksamheter kan identifiera behov av insatser i ett tidigare skede än samhällliga aktörer. Välfärden stärks också av den mångfald som ideella organisationer kan erbjuda i form av fokus, ideologi och metodik (Integrations- och jämställdhetsdepartementet 2008). Röda Korset har nyligen tagit över ett vård- och omsorgsboende med cirka 97 hyresgäster i Stockholm. Ett interventionsprojekt har initierats i Röda Korsets högskolas regi. De äldre ska erbjudas regelbunden kontakt med Röda Korsets besöksverksamhet och informeras om projektet, de som väljer att delta kommer att genomgå ett antal mätningar som kommer att utgöra ursprungsläget i en kommande före- och efterstudie. I samråd med Röda Korset syftar detta examensarbete till att kartlägga tidigare forskning och evidens kring sociala interventioners påverkan på hälsan bland äldre. Denna sammanställning av tidigare erfarenheter kan bidra till kunskap och inspiration till besöksverksamhetens framtida verksamhet och utveckling. Sociala interventioner är intressant att undersöka då denna preventiva insats kan bli mer eller mindre tillgänglig för alla genom en ökad satsning på hälsofrämjande aktiviteter, preventiva åtgärder och med hjälp av den ideella sektorn. Frågan är om sociala relationers positiva inverkan på hälsan bland äldre kan uppnås genom sociala interventioner?

2. Bakgrund

Socialt kapital har identifierats som en betydelsefull faktor för folkhälsa (Janlert 2003) och teorin utgör en grundsten bakom det första av Sveriges elva folkhälsans målområden, vilket lyder: Delaktighet och inflytande i samhället (Statens Folkhälsoinstitut). Ett viktigt målområde att arbeta med även bland äldre.

2.1 Socialt kapital

Med socialt kapital menas den tillit och den ömsesidighet som utgör förutsättningen för människor att leva tillsammans i ett samhälle (Janlert 2003). Begreppet kan härledas till Robert D. Putnam. Putnam studerade det civila samhällets påverkan på hur demokratin fungerar i Nord- och Syditalien. Putnam visar i sin studie att ju mer människor engagerar sig frivilligt i olika typer av föreningar, organisationer och aktiviteter ju bättre fungerar demokratin. Socialt kapital utgörs, enligt Putnam, av förtroende, normer och nätverk. Det sociala kapitalet kan erbjuda ett skyddsnät och en säkerhet oavsett övriga tillgångar. Att nyttja sitt sociala kapital gör att det växer då det tyder på tillit och leder till gentjänster medan att undvika de fördelar som det sociala kapitalet har att erbjuda kan innebära motsatt effekt, att det minskar på grund av misstro. Putnam belyser svaga kontacters betydelse för det sociala kapitalet. Dessa kan utgöras av samhällsengagerade nätverk som överskrider gruppstillhörighet eller klass. Med svaga kontakter menas exempelvis medlemskap i någon förening. Starka relationer utgörs av familj och släkt och innefattar bara särskilda grupper, vilket inte har visat sig ha någon påverkan på samhällsengagemang eller på samhällets sociala kapital. Det sociala engagemanget stärker staten och dess ekonomi och kan upprätthålla välfärden (Putnam 1996).

2.2. Hälsa

Begreppet hälsa är komplext. WHO:s definition av hälsa lyder "Hälsa är ett tillstånd av fullständig fysiskt, psykiskt, mentalt och socialt välbefinnande och inte endast frånvaro av sjukdom och handikapp" (WHO 1946 s.100). I Folkhälsoinstitutets rapport Äldres Hälsa (Statens Folkhälsoinstitut 2008) beskrivs hälsa som en resurs i livet och inte som syftet med att leva. Hälsa ses som den positiva kraft som framhåller sociala och personliga resurser liksom fysisk kapacitet.

Hälsa kan beskrivas med hjälp av ett kors där den vertikala axeln går från känsla av välbefinnande till illabefinnande och den horisontella axeln går från fysiskt sjuk till fysiskt frisk. Detta kors kallas för hälsokorset och förklarar en individs hälsopositioner. Modellen synliggör att en fysiskt sjuk person kan ha en hög känsla av välbefinnande och att en fysiskt frisk person kan ha låg känsla av välbefinnande. Vad som faktiskt är hälsa är svårt att säga, men det kan därmed konstateras att hälsa inte endast kan definieras som frånvaro av sjukdom då frånvaro av sjukdom inte i sig leder till välbefinnande (Eriksson 1990). Hälsa kan också beskrivas som ett integrerat tillstånd av sundhet, friskhet och välbefinnande där sundhet står för den psykiska hälsan, friskhet för den fysiska hälsan och välbefinnande är individens subjektiva upplevelse av välbehag. Hälsan är relativ och sätts i relation till den hälsa som anses vara standard bland de berörda (Eriksson 1990).

2.3 Sociala relationers betydelse för hälsan

De starkaste bevisen vi har för att sociala relationer är bra för hälsan är hämtade ur prospektiva studier som undersökt människors sociala situation utifrån relationer och nätverk kopplat till morbiditet och mortalitet. Den association som upptäckts mellan sociala relationer och mortalitet är lika stark som sambandet mellan cigarettrökning och mortalitet skriver James House i Science redan 1988. Mer tydlig var associationen mellan sociala relationer och morbiditet, då det inte har konstaterats ett samband mellan en viss sjukdom och bristen på sociala relationer så som cigarettrökning är relaterat med lungcancer. Det tycks snarare röra sig om ett samband mellan allmän sjuklighet och brist på sociala relationer, vilket kan göra det svårare att rikta preventiva åtgärder (House 1988).

Sociala relationer kan ha olika innehåll och därmed olika effekt, de relationer som innehåller stöd har särskilt visat sig ha positiv effekt på hälsan. Det sociala stödet kan indelas i tre kategorier emotionellt stöd, materiellt stöd och informativt stöd och är alla viktiga för upplevd och fysisk hälsa. Utöver stöd erbjuder sociala relationer intimitet och anknytning vilket leder till känsla av tillhörighet, samhörighet och meningsfullhet. Denna anknytning behöver inte bara bestå av de närmaste familjebanden utan kan även utgöras av platser, uppgifter, roller, organisationer eller det samhälle man lever i. Sociala relationer kan också bidra till hälsosamma normer, men givetvis också till motsatsen (Berkman 2000).

Forskningen om sociala relationers positiva effekt på morbiditet och mortalitet är starkt sammankopplad med stressforskningen. Ensamhet och utsatthet kan leda till oro och stress och därmed ökad risk för kronisk stress och sjukdom, främst i hjärta och kärl. Socialt stöd har visat sig utgöra en buffert mot stress och därmed sjukdom. Socialt stöd ger ökad tålighet och dämpar den värsta stressen och dess fysiologiska inverkan på kroppen genom underlättad coping, återhämtning och möjlighet att känna mening med tillvaron. Den skyddande faktorn ökar med antalet relationer och deras kvalitet (Orth-Gomér 1999).

Människor med hög socioekonomisk status har ofta större nätverk än de med låg socioekonomisk status, detta kan bero på att de i sina arbeten har större kontaktytor och att de har bättre ekonomi att underhålla sina relationer. Det emotionella stödet har dock visat sig vara likvärdigt oberoende av socioekonomisk status. De hälsomässiga effekter som kan tillskrivas socialt stöd är betydligt större för män än för kvinnor. Kvinnor har visat sig ha större sociala nätverk än män och lättare att ta emot emotionellt stöd från olika komponenter i dessa nätverk. Det informativa stödet tycks vara mera bristfälligt bland kvinnor (Orth-Gomér 1999). Detta tyder på att män och kvinnor har olika behov och att interventioner bör genomföras med det i beaktande. I en omfattande studie utförd på män födda år 1913 i Göteborg kartlades dessas sociala nätverk, besöksfrekvens, relationernas kvalitet och deras känsla av tidigare nämnda former av socialt stöd. Det visade sig att de män som hade avsaknad på emotionellt, materiellt och informativt stöd löpte en tredubblad risk att drabbas av hjärtinfarkt eller annan hjärtdödlighet än de som uppgav sig ha dessa former av stöd, under uppföljningstiden (Orth-Gomér 1999). En tidigare studie, av samma författare, som ämnade undersöka sambandet mellan sociala nätverk och dödlighet, visade att detta samband varierade med kön. De äldres sociala nätverk delades in i tre kategorier, lågt, medium och högt, baserat på de data som framkommit ur de 18 frågeområden som berör sociala nätverk i Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF). Männerna i kategorin högt socialt nätverk löpte lägre mortalitetsrisk än männen i de andra två kategorierna. Resultatet för kvinnorna var det motsatta, kvinnorna i kategorin högt socialt nätverk löpte högre mortalitetsrisk än de övriga kategorierna (Orth-Gomer 1987).

2.4 Socialt kapital och hälsa bland äldre

De fyra hörnstenarna för ett gott åldrande är, enligt Folkhälsoinstitutet, social gemenskap, delaktighet och inflytande samt att känna sig behövd, fysisk aktivitet och goda matvanor. Det har kunnat konstateras att preventiva insatser har större effekt hos äldre än vad man tidigare har trott. På uppdrag av regeringen har folkhälsoinstitutet kartlagt lärande exempel på sociala mötesplatser med fokus på främjande av fysisk aktivitet och goda matvanor samt förslag till insatser och strategi för spridning i kommuner och landsting/regioner. Rapporten är baserad på litteraturstudier och den nationella folkhälsoenkäten. Rapporten släpptes 2008-12-22 i samråd med socialstyrelsen och livsmedelsverket (Statens Folkhälsoinstitut 2008).

De slutsatser som dras i rapporten angående äldres egna behov betonar vikten av sociala aktiviteter. Sociala aktiviteter stärker sociala relationer och på så vis även livslusten, känsla av delaktighet och engagemang. Sociala aktiviteter har visat sig vara av stor betydelse för många äldre och efterfrågan är stor (Statens Folkhälsoinstitut 2008). Vidare fastställs i rapporten att det är positivt för äldre människors hälsa att ha ett socialt nätverk, att mötesplatser kan vara ett bra sätt för äldre att utöka sitt sociala nätverk, att ensamstående är en viktig grupp att erbjuda mötesplatser och att närhet till mötesplatsen och ett varierat innehåll ökar deltagandet.

Rapporten tar upp den ideella sektorns roll i stärkandet av social gemenskap och som ett komplement till kommunala verksamheter. Ofta samverkar kommuner och landsting med den ideella sektorn, som i rapporten också framhålls som en viktig aktör med rik erfarenhet i arbetet för äldre. Folkhälsoinstitutet tillsatte inför uppdraget en referensgrupp där Röda korset fanns representerad.

2.5 Svenska Röda Korsets

Röda Korset är en världsomspännande organisation som arbetar för att mildra och förhindra människors lidande. Röda Korset baseras på frivilligt arbete och finns i 186 länder. Organisationen bildades 1863 och syftade initialt till att hjälpa sjuka och sårade soldater i krig. Röda Korset verkar idag inom fyra områden, att främja Röda Korsets grundprinciper och humanitära värderingar, att bistå vid katastrofer, att bygga upp beredskap inför katastrofer och att arbeta med hälsa och social omsorg i lokalsamhället (Svenska Röda Korset). Svenska Röda Korset har 280 000 medlemmar varav omkring 40 000 är frivilligarbetare (Svenska Röda Korset 2009). Verksamheter finns i så gott som alla Sveriges kommuner.

2.6 Svenska Röda Korset och hälsofrämjande bland äldre

I sitt arbete mot social isolering bedriver Svenska Röda Korset besöksverksamhet. Verksamheten riktar sig till äldre och utförs av frivilliga. Dessa genomgår en kortare utbildning i Röda Korsets regi i bland annat medmänskligt stöd och Röda Korset kunskap. Idag finns ingen allmän definition för besöksverksamheten, men grundläggande för verksamheten är regelbundna möten i form av hembesök eller ledsagning. I Röda Korsets besöksverksamhet ingår också sociala träffar i grupp, ofta med utgångspunkt på Mötesplats

Kupan. Mötesplats Kupan är organisationens fönster ut i samhället, med secondhand butiker, café och ett varierande utbud av sociala aktiviteter. Röda Korsets verksamhet riktat till äldre kommer att få en allt mer betydande roll i samverkan med kommuner, landsting och andra ideella organisationer genom regeringsuppdraget från hösten 2008. I samband med uppdraget ombads berörda kommuner, landsting och organisationer att ta fram verksamhetsbeskrivningar och utvärderingar för respektive aktivitet. Röda korset som inte huvudsakligen arbetar med hälsofrågor rörande kost och motion framhöll sociala aktiviteter, social inkludering och delaktighet som viktiga faktorer för hälsan och som en förutsättning för övrigt hälsoarbete. Detta har väckt intresse och ambitioner att inom organisationen ta fram evidens på deras sociala verksamhets påverkan på hälsan bland äldre.

Ett interventionsprojekt är initierat för att undersöka de förhållanden som leder till ökad livskvalitet och ett ökat socialt kapital bland äldre på vård- och omsorgsboende som har regelbunden kontakt med Röda Korsets besöksverksamhet. Samtliga boende på det vård- och omsorgsboende som nyligen övertagits i Röda Korsets regi kommer att informeras om besöksverksamheten och erbjudas deltagande i projektet. Den boendes demografiska, socioekonomiska och medicinska data samlas in från den boendes journal. Vidare kommer den boende att genomgå kontroll av klinisk status. En arbetsterapeut kommer att göra bedömningar av den äldres funktionsförmåga med hjälp av mätinstrumenten ADL (aktivitet i det dagliga livet) och IADL (instrumentell ADL). Den självskattade hälsan skall mätas med hjälp av ett hälsoindex (Nordström) bestående av 11 frågor angående allmänt hälsotillstånd inom följande områden: ork, humör, trötthet, ensamhet, sömn, yrsel, magbesvär, smärta, mobilitet samt allmänt hälsotillstånd. Den kognitiva funktionen mäts med hjälp av The Short Portable Mental State Questionnaire (SPMSQ). Undersökningarna kommer att inledas med ett antal studiespecifika frågor som rör den äldres tillfredsställelse med sin aktuella livssituation, de tar upp trivsel, boendesituation, kontakt med anhöriga och vänner, känsla av tillit och trygghet med grund i socialt kapital. Interventionen består i att de äldre ska ha regelbunden kontakt med besöksverksamheten under ett års tid och sedan kommer alla mätningar utföras igen och de boende kommer utöver de studiespecifika frågor som de redan besvarat ett år tidigare även få svara på frågor angående besöksverksamheten. Denna före- och efterstudie syftar till att identifiera vilka förhållanden som bidrar till en ökad hälsorelaterad livskvalitet och ett ökat socialt kapital bland de äldre människor på vård- och omsorgsboendet som får tillgång till besöksverksamhet. Avdelningen Hälsa och Social Trygghet på Röda Korsets huvudkontor önskar dokumenterad kunskap i vad som tidigare har gjorts inom området för att kunna dra paralleller till den egna verksamheten och för att kunna använda som referensmaterial till utveckling och spridning av besöksverksamheten, något som blivit särskilt aktuellt i och med regeringens satsning och uppdrag till folkhälsoinstitutet.

3. Syfte

Det övergripande syftet med denna studie är att undersöka kunskapsläget kring sociala interventioners påverkan på hälsan bland äldre.

För att uppnå syftet med studien kommer särskilt fokus läggas på nedanstående områden:

- Olika typer av sociala interventioner och dess effekt på hälsan bland äldre
- Vad hälsa innebär för äldre människor
- Om studierna inkluderar ett genusperspektiv och om detta i så fall är relevant

4. Metod

Arbetet utgörs av en systematisk litteraturstudie. Endast empiriska studier har inkluderats av både kvalitativt och kvantitativt slag, för att kunna ge en så komplett bild som möjligt utav studieområdet. Artiklarna som valts ut till att utgöra materialet för analys och resultat har kvalitetsgranskats och värderats utifrån tydlighet, metodval, metoduppfyllelse och urval samt utifrån brister och styrkor med studien i enlighet med Forsberg och Wengströms kriterier för systematiska litteraturstudier (Forsberg 2008). De artiklar som uppfyllde kriterierna erhöll värderingen ett, de artiklar som inte riktigt uppfyllde kriterierna fick värderingen två och de artiklar som visade sig bristfälliga värderades till tre (bilaga 1).

4.1 Datainsamlingsmetodik

Samtliga artiklar har påträffats under april och maj 2009 i databaserna PubMed och Scopus genom systematiskt och manuellt tillvägagångssätt (bilaga 2). Databaserna PsycINFO, Cinahl, Sociological Abstract och AgeLine genomsöktes också men utan att bidra till nytt material. Då det specifika undersökningsområdet för denna studie inte tycktes finnas väl dokumenterat i form av artiklar prövades en mängd sökord och kombinationer mellan dessa. De sökord som använts i den systematiska sökningen var tagna ur följande kategorier i kombination av sökord från två och ibland från de tre kategorierna varav kategorin ett och två tvunget fanns representerade i alla sökningarna (Tabell 1).

Tabell 1 Sökord

Kategori 1	Kategori 2	Kategori 3
Social intervention	Elderly	Health
Social program	Old people	Quality of life
Social activity	Old adults	Loneliness
Voluntary intervention	Limits: 65+, 80+	Isolation
Social networking		

De utförda sökningarna resulterade i åtta artiklar som valts ut utifrån titel och abstract. Dessa bidrog sedan, genom referenser och citeringar, till ytterligare fem artiklar genom manuell sökning. Därtill tillkom två artiklar utifrån personlig kommunikation. Totalt inkluderades 15 artiklar utifrån den systematiska litteratursökningen. Artiklarnas tillgänglighet i fulltext i de ovan nämnda databaserna begränsade antalet inkluderade artiklar.

4.2 Urvalsmetodik

4.2.1 Inkluderingskriterier

Innan litteraturstudien påbörjats fanns en önskan om att inkludera endast artiklar från de senaste 20 åren, denna önskan har åsidosatts till förmån för artiklar som legat helt i linje med studiens syfte.

De artiklar som har inkluderats i studien utgörs av empiriska studier och då främst i form av interventionsstudier. Utöver dessa har studier som undersökt sambandet mellan social aktivitet och hälsa, nyttjandet av kommunala tjänster samt studier som undersökt äldres uppfattning om vad som är hälsa inkluderats. Artiklar som inkluderades skulle beröra äldre, 65 år och äldre. Vid 65 års ålder är det vanligt att man i ett land som Sverige går i pension, detta leder till en förändrad livssituation och för många en förlust av sociala kontakter och socialt utbyte. Detta kan givetvis inträffa för en person tidigare i livet på grund av exempelvis sjukdom men med denna studie avser endast att undersöka hälsa eller ohälsa relaterad till social situation bland äldre. Undantag har gjorts för interventionsstudier som riktats till personer över 50 år, då medelåldern har varit 65 år eller över. Studierna som inkluderats är skrivna på engelska och är genomförda i länder som liknar Sverige i standard och levnadsförhållanden, detta för att resultatet ska vara tillämpligt för Röda Korsets besöksverksamhet i Sverige, där också det aktuella interventionsprojektet skall genomföras. Ett undantag gjordes för en artikel som beskrev volontärt nätverkande i Hong Kong, trots medvetenhet om stora kulturella skillnader bidrog artikeln med givande information om just volontärer som social relation med äldre och parallellt till Röda Korsets besöksverksamhet kunde dras.

4.2.2 Exkluderingskriterier

Då studien syftar till att undersöka sociala interventioners påverkan på hälsan bland äldre har interventioner utförda av medicinsk personal uteslutits liksom studier som utrett effekten av interventioner som inträtt vid sjukdom hos den äldre. Detta för att syftet inte ska förväxlas med effekter av specifikt sjukdomspreventiva insatser. Av de interventioner som har studerats är somliga allmänna och andra riktade mot riskgrupper. Ensamhet och isolering har i de flesta av dessa studier utgjort risk som skulle kunna förebyggas med den typ av intervention som här avses undersökas. Änkor och änklingar har identifierats som riskgrupp. Artiklar som beskriver studier riktat mot änkor och änklingar har inkluderats i studien då de till skillnad från andra riskgrupper, inte har någon sjukdom utan riskerar ensamhet och isolering, faktorer som ligger till grund för sociala interventioner bland äldre överlag.

4.3 Analysmetodik

De utvalda studierna har granskats och dess kvalitet har värderats enligt tidigare nämnda kriterier. Vidare har artiklarna noga studerats och sammanfattats var och en för sig. Artiklarna har i texten kunnat indelas i kategorier under rubriker utifrån syftets underliggande frågeområden. I resultatet redogörs endast för de fynd av relevans för det uppställda syftet. Artiklarna har sammanställts i en litteraturoversikt (bilaga 1).

5. Resultat

I många samhällen finns en strävan att hjälpa och underlätta för äldre människor att bo kvar i sina hem så länge som möjligt (Korte 1991), detta är någonting som vi förväntas att se mer utav i länder med god levnadsstandard med tanke på den demografiska utvecklingen, där den äldre andelen stadigt växer. Studier har visat att de äldre inte känner till att eller vilka tjänster som erbjuds dem. Detta leder till att tjänsterna inte utnyttjas i den grad som är möjlig (Hin 2002). Ett sätt att sprida information om samhällets serviceutbud bland äldre, och som har lett

till en signifikant kunskapsökning har varit att ta hjälp av volontär sektor. En intervention som erbjöd kontinuerlig kontakt och besök med volontär verksamhet har visat på en större kunskap om samhällets tjänster, lett till ökad social integrering och till minskad oro bland äldre (Cheung 2000).

5.1 Sociala interventioners effekt på hälsan bland äldre

Sociala interventioners effekt på hälsan bland äldre kan kategoriseras till effekt på den fysiska och på den psykiska hälsan. För att mäta den fysiska hälsan används medicinska mätinstrument medan den psykiska hälsan mäts med instrument baserat på självskattningar.

5.1.1 Sociala interventioners effekt på den fysiska hälsan

En engelsk randomiserad och kontrollerad studie påbörjades 1985 och syftade till att undersöka sociala interventioners effekt hos personer som var 75 år eller äldre. Den baseras på en populationsundersökning som i samma område, Melton Mowbray, kunde konstatera att 50 % av den äldre befolkningen levde ensamma och att 50 % hade få sociala kontakter. Interventionen erbjöd ensamboende personer hembesök under ett och ett halvt till två års tid. Urvalet gjordes utifrån de tolv lokala allmänläkarnas register och randomiserades till antingen kontroll- eller interventionsgrupp. Inom ramen för interventionsstudien undersöktes mortalitet, förändringar i fysisk status, behov av läkemedel, av omvårdnad och av sociala och volontära insatser samt subjektiva upplevelser av välbefinnande, ensamhet och hälsa. Uppföljningstiden var tre år. I studien, som publicerades 1992, konstateras att det inte fanns någon signifikant skillnad i fysisk status mellan interventions- och kontrollgrupp och att sociala interventioner inte har någon effekt på den upplevda hälsan bland äldre (Clarke, Clarke et al. 1992). Liknande resultat framkom i en studie utförd i Hong Kong där effekten av hembesök utförda av volontärer undersöktes. Ett urval på 125 personer som identifierats som riskgrupp med anledning av ensamboende, funktionshinder, ohälsa och ett svagt socialt kontaktnät, erbjöds kontinuerlig kontakt och besök av volontärer. Medelåldern bland interventionsdeltagarna var 75 år. Studien kunde inte påvisa att interventionen haft någon effekt på den fysiska hälsan bland de äldre deltagarna (Cheung 2000). Ytterligare en intervention som syftade till att bryta ofrivillig isolering bland äldre baserade sin verksamhet på telefonkontakt i stället för hembesök. Denna metod hade både för- och nackdelar. Fördelarna var att genom telefonkontakt komma undan hinder som annars hade försvårat deltagande så som transport, funktionshinder och ork. Nackdelarna var att det kan kännas opersonligt, att det var svårt att utveckla en sann vänskap med någon som man inte har träffat och då också svårt att uppnå de fördelar som sociala relationer kan erbjuda. Med interventionen avsågs att initiera personliga kontakter mellan äldre kvinnor med låg socioekonomi och som upplevde ensamhet. Målet var att skapa ett utökat socialt nätverk och stöd för den äldre genom att ta vara på egna resurser. Ingen skillnad i vare sig fysisk eller psykisk hälsa mellan de olika interventionsgrupperna och kontrollgruppen kunde konstateras efter interventionens slut. Däremot ökade graden av samtliga grupper välbefinnande (Heller 1991).

De ovan nämnda interventionerna kan klassificeras som passiv social interaktion, att den äldre endast är mottagare för socialt stöd. Av de studier som granskats inom ramen för denna litteraturstudie är det en som kunnat påvisa skillnader i fysisk hälsa som i det närmaste

uppnådde signifikans med ett p-värde på 0,06. I denna studie undersöktes sociala aktiviteters effekt på äldre, socialt isolerade människors fysiska och psykiska hälsa och välbefinnande, alltså en socialt aktiv intervention. Interventionen kunde erbjuda de äldre en mängd olika kreativa aktiviteter så som matlagningskurser, chi gong, hantverk och studiecirkel. De äldre tilldelades mentorer med vilka de tillsammans identifierade intressen och möjligheter för att hitta den eller de aktiviteter som var mest tilltalande. De flesta valde att förutom kontakten med mentorn, delta i gruppverksamheter (Greaves 2006). Denna intervention innehöll komponenter som de tidigare saknade nämligen aktiv social kontakt genom aktiviteter och mentorer som utöver att fungera som kontaktpersoner även vägledde och uppmuntrade till aktivitet och socialt engagemang. Greaves (2006) framhåller att det också finns andra studier som påvisar att aktiviteten i sig verkar ha en positiv inverkan på den äldres hälsa och att densamma gör att den äldre bibehåller relationer och håller fast vid interventionen/aktiviteten en längre tid.

De studerade interventionerna har avsett att mäta fysisk hälsa eller psykisk hälsa. Ett annat sätt att mäta en interventions effekt kan vara i mortalitet och morbiditet. I en dansk studie mättes effekten av en social intervention i form av hembesök riktat till personer som var 75 år eller äldre. De äldre i interventionsgruppen intervjuades och informerades sedan om kommunens sociala och medicinska tjänster. Den äldre och intervjuaren beslutade gemensamt vilka kommunala tjänster den äldre skulle ta del utav och intervjuaren möjliggjorde åtgärden. Interventionen innehöll passiv social interaktion i form av hembesök, men de äldre fick också kunskap om kommunens verksamheter och praktisk hjälp att aktivt ta del utav dem. Hembesöken var återkommande var tredje månad, under tre års tid, däremellan kunde den äldre kontakta intervjuaren per telefon. Studien undersökte morbiditet genom att undersöka hur många i interventionsgruppen respektive kontrollgruppen som blivit intagna på sjukhus under studieperioden. Resultaten visade att det, under interventionens tre år, var färre personer från interventionsgruppen som varit intagna på sjukhus än från kontrollgruppen och interventionsgruppen stod också för färre vårdsängar, alltså dygn med sjukvård ($p=0,01$). Den senare skillnaden förklarades av en minskning i återfallsbesök bland deltagarna i interventionsgruppen. Det kunde också konstateras en lägre dödlighet i interventionsgruppen än i kontrollgruppen ($p=0,05$). I antalet kontakter med allmänläkaren kunde inga skillnader noteras mellan de två grupperna. Samtal angående medicinska akuta problem spelades in under elva månader, 30 samtal kom från interventionsgruppen och 60 från kontrollgruppen (Hendriksen 1984). Studien visade inte på en direkt hälsoeffekt till följd av interventionen, men en minskning i morbiditet, mätt i sjukhusintagningar och utnyttjande av sjukhussängar, vilket, enligt författaren, kan tyda på om inte en bättre hälsa, så en mindre ohälsa bland deltagarna i interventionsgruppen.

5.2.2 Sociala interventioners effekt på äldres upplevelse av hälsa

Många studier har trots bristen av effekt på den fysiska hälsan kunnat påvisa att sociala interventioner har effekt på välbefinnandet och den självupplevda hälsan (Heller 1991; Cheung 2000; Greaves 2006; Onrust 2008; Routasalo 2009) samt minskad känsla av ensamhet (Winningham 2007). Greaves (2006) kunde i en studie med både kvalitativ och kvantitativ ansats konstatera en förbättrad upplevd hälsa i allmänhet och i psykiskt välbefinnande i synnerhet efter genomförd intervention. Mentorer började arbeta med deltagarna för att upptäcka deras intresseområden för att sedan kunna erbjuda en aktivitet som skulle passa just dem. I början träffades mentor och deltagare varje vecka och hördes

däremellan per telefon. En mängd kreativa aktiviteter erbjöds de deltagande. Interventionen riktade sig till personer över 50 år som hade upplevt någon större förändring i livet som påverkat deras sociala situation, exempelvis pension, sjukdom eller dödsfall. Målgruppen för denna intervention var alltså lite yngre äldre än i de övriga interventioner som undersökts i denna litteraturstudie men medelåldern var 77 år. Genom interventionen hade 80 % av deltagarna börjat engagera sig i någon aktivitet och 89 % av dem som börjat engagera sig gjorde det fortfarande vid uppföljningstillfället sex månader senare. Den kvantitativa uppföljningen visade, genom den del av mätinstrumentet SF-12 som mäter mentala hälsotillstånd, på en signifikant förbättrad mental hälsa och en statistisk minskning av depression eller förstämning. Efter tolv månader var den allmänna hälsförbättringen signifikant medan ökningen av självupplevd hälsa förlorade signifikans (Greaves 2006).

Den positiva effekten på välbefinnandet och på känslan av att vara behövd till följd av sociala interventioner kan bekräftas av ytterligare en forskargrupp som ämnade undersöka effekten av psykologisk grupprehabilitering i sex finska kommuner. Skillnaden mellan kontroll- och interventionsgrupp efter avslutad intervention var signifikant med ett p-värde på 0,019. Interventionen riktades till personer som var 75 år eller äldre och som åtminstone ibland led av ensamhet samt var hemmaboende. Slutna gruppträffar med sju till åtta deltagare arrangerades en gång i veckan under tre månader. Träffarna innehöll frukost, lunch, fika samt någon form av gruppaktivitet. Transport till och från träffarna arrangerades och allt var kostnadsfritt för deltagarna. Av deltagarna i interventionen fann 45 % nya vänner under uppföljningsåret i jämförelse med 32 % i kontrollgruppen och 40 % av dessa träffades fortfarande ett år efter interventionens slut. Deltagarna upplevde en positiv effekt på välbefinnandet och känslan av att vara behövd ökade. Trots detta kunde inga signifikanta skillnader i varken känsla av ensamhet eller i sociala nätverk konstateras mellan de båda grupperna (Routasalo 2009). Liknade resultat framkom av en intervention som avsåg att erbjuda änkor socialt stöd. Studien syftade till att undersöka om självhjälps- och stödgrupper kan komplettera det naturliga sociala stödet som finns i omgivningen. Isolering, ensamhet och positiva och negativa effekter mättes före och efter interventionen. Nätverk av jämlikar, personer som varit i samma situation, bildades i stödgrupper. Medelålder var 66 år. Fördelen med att para ihop jämlikar var att de värderar och normaliserar livsprocessen efter sin partners bortgång, vilket kan göra det lättare att prata och att göra sig förstädd. Stödgrupperna resulterade i att deltagarna fick en signifikant ökad tillfredställelse gällande socialt stöd och en signifikant minskning i totalt behov av stöd. Deltagarna fick i genomsnitt ytterligare 3,26 personer till sitt sociala nätverk. I de semistrukturerade intervjuerna efter interventionen framkom att stödgruppen hade genererat ny vänskap, något som deltagarna trodde sig behålla. Det framkom också att stödgrupperna hade förbättrat deras förtroende och hopp och att de kände sig mer kompetenta och hade fått en större självkänsla. Minskningen i emotionell ensamhet och isolering var dock inte signifikant (Stewart 2001).

En intervention som kunde visa på en förändring i upplevelse av ensamhet och en skillnad i socialt stöd mellan interventions- och kontrollgrupp bestod i att sammanföra äldre från olika ålderdomshem att delta i upp till tre sessioner i veckan under tre månaders tid. De deltagande fick undervisning om hjärnan, minnet, minnesstimulans, att skapa nya minnen och kognitiv aktivitet med fokus på kognitiv funktion och bildande av sociala nätverk. Interventionen visade på en skillnad i socialt kapital och upplevelsen av socialt stöd mellan interventions- och kontrollgrupp. Vidare uppgav deltagarna i kontrollgruppen en högre grad av känsla av ensamhet (Winningham 2007).

5.3 Olika typer av sociala interventioner och dess effekt på hälsan bland äldre

5.3.1 Enskild verksamhet och gruppverksamhet

De artiklar som beskriver interventioner i enskild verksamhet har inte kunnat visa på en signifikant förbättring i fysisk hälsa bland de äldre deltagarna däremot har en förbättring i upplevd hälsa och i välbefinnande kunnat konstateras (Heller 1991; Korte 1991; Cheung 2000). Målet med en social intervention som arbetade med hembesök, som här benämns som enskild verksamhet, var att skapa nätverk kring äldre, isolerade människor. Volontärer utbildades särskilt för detta syfte. I jämförelsen mellan den grupp som tagit del i den nätverksskapande interventionen och den grupp som tagit del av den ordinarie besöksverksamheten framkom ingen skillnad mellan grupperna. Däremot ledde de regelbundna besöken i båda fall till att de äldre upplevde minskat behov av sociala relationer, därmed hade volontärerna lyckats fylla en funktion (Korte 1991).

Interventioner som består i gruppverksamhet har kunnat påvisa en viss effekt på fysisk hälsa, men denna effekt var heller inte signifikant ($p=0,06$) (Greaves 2006). Denna intervention innehöll två komponenter som de enskilda saknade, dels att vara en del av en grupp men också deltagande i kreativa aktiviteter, så effekten kan inte enbart tillskrivas gruppfenomenet. I de fall som lämplig aktivitet identifierats utifrån den äldres intresse, har gruppdeltagarna redan något gemensamt vilket kan underlätta social integration (Greaves 2006; Routasalo 2009). Detta kan också inträffa i grupper sammansatta av jämlikar, personer som varit i samma situation (Stewart 2001) eller då man genom kognitiva övningar exempelvis minnesträning samtidigt lär känna varandra (Winningham 2007).

5.3.2 Social aktivitet och deltagande

Data hämtat från 1 112 likakönade tvillingpar, 75 år eller äldre, visade att social aktivitet var positivt korrelerat med allmän nivå av fysisk funktion, kognitiv funktion och depressiva symtom. Man kunde dock inte konstatera förändring i hälsa relaterat till social aktivitet (McGue 2007). Alltså, personer som uppgav hög nivå av social aktivitet hade i studiens ursprungsläge en högre nivå av fysisk och kognitiv funktion än de som uppgav låg nivå av social aktivitet, men studien kunde inte påvisa att social aktivitet ledde till förändring i hälsa såsom en förbättring.

Agahi (2008) har i en svensk studie undersökt sambandet mellan social aktivitet och hälsa. Resultatet justerades för ålder, genus, utbildning och hälsoindikatorer och kunde efter det visa på att ickedeltagande var signifikant relaterat till högre mortalitetsrisk. Deltagande i kulturella aktiviteter ledde också till en signifikant skillnad i mortalitetsrisk mellan deltagare och ickedeltagare både för kvinnor och för män, till deltagarnas fördel. Olika typer av fritidsaktiviteter påverkar mortaliteten på olika sätt. Både fysiska och psykosociala sätt kan vara involverade enskilt eller simultant. Social delaktighet i exempelvis organiserade verksamheter kan påverka mortaliteten först och främst genom psykosociala vägar vilket kan leda till fysiska effekter. Social delaktighet leder ofta till meningsfulla roller, större sociala nätverk och socialt stöd vilket förstärker coping och hälsobeteende (Agahi 2008). Men deltagande aktiviteter kan försvåras, kännas olustiga eller vara en omöjlighet på grund av ohälsa och sjukdom. I den intervention där de äldre med mentorers stöd och hjälp slussades ut till olika aktiviteter valde 9 % av deltagarna att avstå, dessa mottog endast besök i hemmet av

mentorn (Greaves 2006). Åldern har visat sig ha större inverkan än någon annan enskild faktor på graden av social aktivitet liksom på fysisk och kognitiv funktion (McGue 2007).

5.3.3 Allmänna och selektiva interventioner

De studerade interventionerna har antingen varit allmänna eller selektiva, med det senare menas att en riskgrupp har identifierats som målgrupp för interventionen. Flera av interventionerna har uppgivit känsla av ensamhet som ett kriterium för inkludering och därmed varit selektiva. Selektiva interventioner också har innehållit komponenten socialt stöd har resulterat i att deltagarna har funnit nya vänner och känt sig behövda i större utsträckning än tidigare (Routasalo 2009). En intervention som riktade sig specifikt till änkor resulterade i en trend mot minskad social isolering och upplevelse av ensamhet. Vidare konstaterades i samma studie att deltagarna kände ökad tillfredsställelse av socialt stöd (Stewart 2001).

Att nå ut till en riskgrupp genom en intervention, kan innebära minskade samhälleliga kostnaderna beroende av interventionens effektivitet då denna grupp med större sannolikhet än övriga befolkningen annars skulle drabbas av ohälsa och därmed å dra sig högre vårdkostnader (Onrust 2008).

5.4 Tidsaspekt

I flera studier har kunnat påvisas att effekten av en intervention ökat med tiden (Hendriksen 1984; Greaves 2006). Stewart (2001) kunde i den kontinuerliga utvärderingen av stödgruppsinterventionen riktat till änkor konstatera att korttidseffekten av interventionen varit negligerbar medan en signifikant förbättrad hälsostatus kunde registreras efter ett par månader, vilket kan tyda på en långsam förändring.

Tidpunkten för interventionen kan också vara av betydelse. De änkor som upplevde flest fördelar efter en intervention hade förlorat sin partner inom de närmsta två åren vilket indikerar att försöka nå ut till änkor och änklingar inom de första två åren efter partnerns död för bästa effekt (Stewart 2001).

5.5 Vad är hälsa för äldre

Att hälsa skulle vara huvudkomponenten bakom god livskvalitet är ovisst i fråga om äldre då forskning inom området är mycket begränsat. QALY är ett generiskt mått som mäter både kostnad och hälsa i samma enhet (Janlert 2003). Detta mått anger antalet vunna levnadsår med god livskvalitet och kostnaden för detsamma, till följd av exempelvis en intervention. Den del av QALY som representerar hälsa baseras på preferenser, exempelvis angivna med hjälp av hälsoindexet EQ-5D (Grewal 2006). Att använda sig av ett mått så som QALY har många fördelar, framför allt att man kan jämföra resultatet med andra interventioner och med andra samhällskostnader (Onrust 2008). Genom att använda QALY är målsättningen med en service eller en intervention att maximera hälsa. Grewal (2006) argumenterar för behovet av ett vidare mätinstrument än QALY för att mäta livskvalitet. I studien av samma författare presenteras alternativa måttenheter så som förmåga och möjlighet.

I syfte att identifiera attribut som leder till ökad livskvalitet bland äldre djupintervjuades 40 äldre. Urvalet gjordes så att åldersgrupperna 65-74, 75-84 och 85 och över fanns företrädda, liksom olika hälsotillstånd, både fysiska och psykiska, samt att både samboende och ensamboende fanns representerade. Kön fördelningen var hälften kvinnor och hälften män. Utifrån intervjuerna identifierades sex kategorier som alla eller de flesta respondenter hade värderat högt, nämligen: aktiviteter, hem, familj eller andra relationer, hälsa, levnadsstandard och religion. Informanterna ombads inte bara tala om vad som bidrog till livskvalitet utan också om vad som försämrade livskvaliteten. Den största faktorn till minskad livskvalitet var sorg och förlust av nära anhöriga eller vänner, liksom att vårda en nära anhörig och dålig egen hälsa. Dålig ekonomi och en otrygg omgivning sågs också som viktiga faktorer. Studien resulterade i två särskilt viktiga upptäckter grundat på empiriska data, det var identifieringen av attribut till livskvalitet, vilket synliggjorde att hälsa bara var en av de bidragande faktorerna till upplevelse av god livskvalitet, och att det är möjligheten att upprätthålla dessa attribut som är av särskild vikt för livskvaliteten. Detta visar på att det är *att* möta behov som är det viktiga inte på sättet hur man ska möta dem. Funktionen i sig blir mindre viktig om behovet kan uppfyllas ändå. I studien påpekas att man genom användandet av QALY riskerar att förbise denna skillnad och att hälsa får oförtjänt stort utrymme som bestämningsfaktor för livskvalitet, då hälsa inte automatiskt innebär livskvalitet eller tvärtom.

Att hälsa inte behöver förknippas med livskvalitet styrker ännu en artikel där man genom djupintervjuer undersökt vad äldre själva värdesätter i tillvaron. Av materialet framkom tre nivåer av viktiga faktorer för att äldre ska uppleva hälsa. Den första nivån uttrycker grundläggande faktorer för att den äldre skulle må bra så som en trevlig omgivning, värdigt bemötande och stöd att leva självständigt. Den andra nivån behandlade synen på den äldre, både den egna och andras, vikten av att bli sedd som en person som levt ett värdigt liv betonades, men också vikten av att få fortsätta med sysselsättningar och intressen som varit av intresse tidigare i livet. Först på den tredje nivån tillför studien ny kunskap inom området, nämligen de äldres uppfattning om vikten av inre frid. Också de äldres förhållningssätt till inre frid har i artikeln delats upp i tre kategorier vilka representerar informanternas situation. De fanns de som uppgav sig ha uppnått inre frid, de såg med tacksamhet och ödmjukhet tillbaka på livet och de kände ingen rädsla eller oro för det som ännu väntade. De fanns de som ännu inte accepterat åldrandets konsekvenser och som upplevde stor ångest och rädsla inför döden, denna grupp hade inte uppnått inre frid. Den sista gruppen hade heller inte uppnått inre frid men för dessa var det ännu inte relevant. Denna grupp var mer aktiv än den förra och deltog i större utsträckning i sociala aktiviteter. Känslan av inre frid verkade dock inte vara stabil utan de som upplevde sig ha den upplevde också perioder av rädsla och disharmoni (Nystrom 1990).

5.6 Genusperspektiv

Det finns genusskillnader i deltagandegraden mellan olika typer av aktiviteter, vissa har ansetts vara typiskt kvinnliga och andra typiskt manliga. Kvinnor och män tycks dessutom ha olika sätt att delta på. Män deltar till exempel i fysisk högintensitets aktivitet i högre grad än kvinnor. Sjukdomsmönstret varierar också mellan män och kvinnor då män tenderar att drabbas av akut sjukdom och plötslig död i större utsträckning än kvinnor, medan kvinnor i högre grad drabbas av kroniskt försvagande sjukdom vilket kan försvåra ett aktivt deltagande (Agahi 2008).

Få författare tar upp genus i sina artiklar. Somliga har valt att urvalet ska vara jämt, eller åtminstone, fördelat mellan könen (Clarke, Clarke et al. 1992; Greaves 2006; Onrust 2008; Hendriksen 1984), andra har riktat sig enbart till kvinnor (Heller 1991; Stewart 2001; Routasalo 2009). Några har inte beskrivit könsfördelningen utan beskriver mer ingående åldersfördelning, utbildningsnivå, civiltillstånd och boendesituation. Att interventioner ska ha haft olika effekt på män och kvinnor är det enbart en artikel som beskriver och denna har redan i titeln uppenbarat att genusskillnader stod i fokus för studien. Artikelförfattaren bakom denna svenska studie fokuserar på associationen mellan deltagande fritid i senare delen av livet (65 år och över) och mortalitet, under en tolv års period. Urvalet gjordes utifrån redan befintliga studiepopulationer LNU, levnadsnivåundersökningar som utgörs av ett representativt urval av den svenska befolkningen från 18 till 75 år, och SWEOLD som är en nationellt representativ studie om äldres levnadsvillkor. De båda studiegrupperna hade besvarat tolv frågeområden rörande fritidsaktiviteter som var identiskt utformade, vilket gjorde att de kunde inkluderas i studien. Frågorna rörde om och hur ofta deltagarna ägnade sig åt följande aktiviteter: läsa böcker, hobbyverksamhet som att sy eller snickra, trädgårdsarbete, kulturell aktivitet, fiska/jaga, restaurangbesök, studiecirkel/kurser, dansa, spela instrument och körsång. I det totala urvalet (n=1246) visade det sig att inte delta i någon eller bara i en fritidsaktivitet innebar en nästan tredubblad mortalitetsrisk i jämförelse med att delta i flera aktiviteter (sex eller flera). Att delta i endast två aktiviteter dubblade risken (Agahi 2008).

I den genusspecifika analysen i samma studie visade det sig att den relativa risken var högre för kvinnor än för män. Det var ett dos-respons samband mellan allmän deltagarnivå och mortalitetsrisk bland kvinnor med en konstant minskning i relativ risk med varje tillagd aktivitet. Mönstret fanns även bland män, men inte lika klart. Ingen skillnad relaterad till år av utbildning kunde konstateras. I den andra analysen inkluderades ett antal hälsoindikatorer. Den relativa risken sjönk i denna analys bland både kvinnor och män men mönstret att ökat deltagande minskar mortalitetsrisken bland kvinnor kvarstod. För män kunde en nedåtgående trend konstateras i mortalitetsrisk men sambandet saknade signifikans. Associationen mellan hälsoindikatorer och mortalitet var starkare för män. Aktivitetsfrekvensen hade ingen inverkan på associationen med mortalitetsrisk utom vid dans, där den skyddande effekten ökade med antalet gånger. Alla aktiviteter utom restaurangbesök, fiske/jakt, religiös verksamhet, spela musikinstrument och att sjunga i kör, var relaterat till överlevnad. Den genusspecifika analysen visade på att deltagande i studiecirkel och organiserad aktivitet var mer gynnsam för kvinnor än för män. Kvinnor som inte deltog i den här typen av aktivitet löpte dubbelt så hög dödsrisk (p=0,001). Denna skillnad var inte signifikant för män efter att hälsoindikatorer hade inkluderats i analysen, liksom hobbyaktivitet och trädgårdsarbete som skyddande faktorer miste signifikans för kvinnor. Män som inte utförde någon hobbyaktivitet eller trädgårdsarbete löpte 1,5 gånger högre mortalitetsrisk än de män som sysselsatte sig med någon eller båda av dessa aktiviteter (Agahi 2008).

6. Diskussion

6.1 Metoddiskussion

Litteraturstudie som metod är lämplig för att undersöka det nuvarande kunskapsläget och ta reda på vad litteraturen inom forskningsfältet säger. Att göra en systematisk litteraturstudie har fördelen att ha ett högt bevisvärde då urvalsprocessen för vilka artiklar som skall inkluderas inte baseras på förutfattade meningar. Vidare har en systematisk litteraturstudie större slagkraft än en enskild studie då den sammanfattar vad flera studier kommit fram till

(Forsberg 2008). Särskilt lämpligt är att göra en systematisk litteraturstudie då det finns mycket skrivet inom ämnet. Då äldre i dag erbjuds många sociala interventioner skulle man kunna tro att så var fallet, men få interventioner finns utvärderade och antalet artiklar att tillgå har visat sig vara begränsat. Det hade varit önskvärt att inkludera fler artiklar i denna litteraturstudie för en större generaliserbarhet, istället har artiklar med relativt låg kvalitet inkluderats samt artiklar som varit äldre än 20 år på grund av ett så begränsat utbud. Vidare har manuell litteratursökning använts i stor utsträckning i det funna materialet, detta skulle kunna innebära minskad förmåga att vid upprepade studietillfällen erhålla likvärdiga resultat. Reliabiliteten i denna studie är därmed relativt låg. Reliabiliteten i de granskade studierna är svår att sammanställa då de olika studierna har använt sig av olika mätmetoder med varierat resultat.

Då urvalsförfarandet har försvarats av ett begränsat utbud av relevanta artiklar har denna litteraturstudie även relativt låg validitet då de olika studiernas tillförlitlighet varierat liksom dess förmåga att mäta det som de avsett att mäta. Många gånger har den fysiska hälsan stått i fokus för vad man avsett mäta medan deltagarna själva upplevt en större effekt på den psykiska hälsan och på välbefinnandet. Flera artikelförfattare diskuterar att mätinstrumenten inte varit känsliga nog för att identifiera denna förändring (Grewal 2006; Routasalo 2009). Vidare är urvalet i de olika studierna av varierande kvalitet och har inte i alla fall varit representativt för den population man avsett att undersöka.

Svårigheter med preventiva interventioner i allmänhet och sociala interventioner i synnerhet är att det är svårt att konstatera vilka effekter som kan tillskrivas vilken åtgärd. Randomiserade kontrollerade studier underlättar detta konstaterande. Det hade därför varit önskvärt att endast inkludera randomiserade kontrollerade studier. Hade det funnits mer skrivet inom ämnesområdet hade fler begränsningar varit att föredra så som att endast inkludera artiklar som i kvalitetsgranskningen hade erhållit en etta. Vidare hade det varit önskvärt att endast inkludera forskning utförd under de senaste 20 åren och studier som har undersökt interventioner med samma varaktighet för att säkerställa dess effekt.

Litteratursökningen var omfattande och resulterade i ett stort antal artiklar. Detta kan tyda på att sökorden varit för brett formulerade trots användandet av sökordskombinationer och begränsande sökfunktioner. Syftet var att endast undersöka sociala interventioner riktat till äldre i syfte att bryta social isolering eller ensamhet och dess påverkan på äldre människors hälsa, eftersom detta är vad Röda Korsets besöksverksamhet syftar till. Denna begränsning har utgjort den största anledningen till exkludering av artiklar. Den manuella litteratursökningen baserades på de funna artiklarnas referenser eller citeringar. Två artiklar som påträffats genom manuell sökning baseras på personlig kommunikation. De inkluderades då de bidrog till ett fördjupat resonemang kring äldres upplevelse av hälsa och livskvalitet genom relevant data som på ett induktivt sätt framtagits genom kvalitativ forskning.

Artiklarna har sammanställts mer eller mindre var och en för sig i resultatet för att uppmärksamma läsaren på variationer i materialet så att inga förhastade slutsatser skall dras. Likheter och skillnader har identifierats vilket har möjliggjort en viss kategorisering av materialet under de undersökningsområden som formulerats till hjälp för att besvara syftet. Då artiklarna har varit av olika kvalitet, studierna varit utförda på olika sätt och urvalet varierat skulle det ha varit omöjligt att sammanställa alla artiklar tillsammans utifrån syftets underfrågor utan att beskriva studierna var för sig i korthet då detta hade kunnat leda till en falsk tro om att resultaten kan generaliseras.

6.2 Resultatdiskussion

Att det finns så många sociala interventioner som syftar till att bryta äldre människors sociala isolering borde vara tecken nog för dess effektivitet, men mycket litet finns skrivet och få utvärderingar har gjorts (Korte 1991), vilket också denna litteraturstudie kunde bekräfta. De artiklar som påträffats har varit varierande i både design och kvalitet. Gemensamt för flertalet av de studier som inkluderats i denna systematiska litteraturstudie är att de haft svårt att påvisa någon effekt på den fysiska hälsan, vilket kanske kan förklara varför det finns så lite skrivet inom området. Däremot visar många studier på sociala interventioners effekt på självupplevd hälsa, på socialt stöd och sociala nätverk (Cheung 2000; Greaves 2006; Onrust 2008; Routasalo 2009) samt minskad känsla av ensamhet (Winningham 2007).

Att sociala relationer har positiva effekter på hälsan är idag allmän uppfattning, men om sociala interventioner kan ersätta eller komplettera sociala nätverk kring äldre är fortfarande ovisst. Skulle detta vara möjligt, skulle alla äldre kunna erbjudas deltagande i någon typ av social verksamhet och därmed uppnå sociala relationers hälsofrämjande effekt. I dagsläget har inga sådana slutsatser kunnat dras. Det verkar som att sociala relationer genom interventioner kan erbjuda stöd och mening men inte kan ersätta de naturliga sociala relationerna i den äldres nätverk. Trots nyfunna vänner och ökad självkänsla efter avslutat intervention uppgav inte de äldre någon förbättring i känsla av ensamhet (Routasalo 2009). Putnam (1996) framhåller dock vikten av svaga kontakter så som medlemskap i någon organisation eller deltagande i regelbunden aktivitet som ett skyddsnät. Det är dessa kontakter som samhälleligt engagemang bygger på och de kan överskrida andra gruppstillhörigheter.

6.2.1 Olika typer av sociala interventioner och dess effekt på hälsan bland äldre

De interventionsformer som har identifierats i materialet för den här studien är uppdelat i enskild verksamhet eller gruppverksamhet. Vidare har innehållet i interventionerna skiljt sig mellan aktivt deltagande och passivt deltagande. Målgruppen för interventionerna har också skiftat från att vara allmän till att vara riskgrupp. Till enskild verksamhet räknas hembesök och kontinuerlig telefonkontakt. Artiklarna har innehållit flera exempel på olika gruppverksamheter och dess innehåll, dit räknas diskussionsgrupper, sociala aktiviteter, kreativa aktiviteter och utbildningsseminarium med gruppövningar.

Den rapport som folkhälsoinstitutet tagit fram på uppdrag av regeringen syftade till att kartlägga lärande exempel på sociala mötesplatser med fokus på främjande av fysisk aktivitet och goda matvanor samt förslag till insatser och strategi för spridning i kommuner och landsting/regioner (Statens Folkhälsoinstitut 2008). Rapporten liksom resultatet i denna studie betonar vikten av social aktivitet och engagemang för äldre människors hälsa. Sociala interventioner som erbjuder de äldre social aktivitet tycks ha större effekt på äldres hälsa än interventioner som erbjuder den äldre passiv social interaktion. Sociala interventioner som är utformade till någon typ av gruppverksamhet har förutom att uppmärksamma de äldre och tillmötesgå något av deras behov i form av kunskap, utbildning, stimulans eller kanske bara en måltid, en betydelse i sig då deltagarna i de flesta fall börjar interagera med varandra, skapa nya kontakter och anförtro sig till varandra. Denna tillit kan leda till ökat socialt kapital. Effekten på den äldres välbefinnande och självupplevda hälsa verkar dock vara likvärdig mellan enskild och gruppbaserad verksamhet. De interventioner som verkat som någon typ av stödverksamhet genom grupprehabilitering, samtalsgrupper eller enskilt stöd i form av en kontaktperson med likande erfarenheter, har kunnat påvisa en ökning av social integration och

större social tillfredsställelse hos de äldre. I en review-artikel som syftat till att undersöka hälsofrämjande interventioner riktade till socialt isolerade äldre konstaterades också att de mest effektiva interventionerna har varit någon typ av gruppverksamhet som fokuserat på utbildning eller socialt stöd och att selektiva interventioner haft god effekt (Cattan 2005).

Då effekten på hälsan bland äldre visat sig svår att antingen påverka eller mäta bör olika former av interventioner kombineras så att den äldre förhoppningsvis kan tillgodogöra sig en del av interventionens tänkta effekt. De forskare som inte lyckats påvisa någon effekt på hälsan bland äldre genom den erbjudna sociala interventionen, kan, vilket också är mycket troligt, ha påverkat den äldre på annat vis genom exempelvis ny kunskap, aktuell information, ett forum att bli sedd och lyssnad till, en möjlighet till social integration och delaktighet. Detta i sin tur är några av hälsans bestämningsfaktorer vilket innebär att det inte vore omöjligt att upptäcka förbättrat hälsotillstånd hos den äldre med ett längre tidsperspektiv. Denna effekt riskerar att förbises då det inte var detta man från början avsett mäta.

I studien som syftade till att initiera telefonkontakt och därmed social kontakt och stöd bland äldre sinsemellan kunde inte påvisas någon signifikant skillnad i fysisk eller mental hälsa mellan interventions- och kontrollgrupp efter avslutad intervention. Däremot kunde noteras en skillnad i välbefinnande och känsla av ensamhet till det bättre i samtliga grupper i jämförelse med utgångsläget. Alltså tycks den sociala kontakt som intervju- och mättillfällena kvartalsvis innebar vara nog för att ha effekt på hälsan bland deltagarna. Artikelförfattarna resonerar att orsaken till detta kan vara den uppmärksamhet som de äldre upplever, vilken gör att de känner sig viktiga och att de åter har en roll (Heller 1991). Detta skulle i så fall betyda att *att* man gör någonting för de äldre, så som en social intervention, är viktigare än *hur* man gör det.

6.2.2 Deltagare

Man kan inte säkert säga om det är för att någon aktiverar sig mer socialt som denne uppnår ett bättre hälsotillstånd än en annan som inte gör det, eller om det är på grund av ett sämre hälsotillstånd som den andra inte deltar i sociala aktiviteter i samma utsträckning (McGue 2007). De individer som väljer att delta i aktiviteter kan redan före deltagandet ha skyddande faktorer så som god hälsa, bra copingförmåga, ekonomi och självkänsla. Dessa personer har goda förutsättningar i ursprungsläget och det är sannolikt att de ser ytterligare en fördel med att delta i den erbjudna interventionen (Heller 1991). För att undersöka vilka det är som deltar i sociala interventioner jämfördes deltagare i ett projekt för hälsosamt åldrande i Nederländerna med tre grupper som avstått att delta i samma projekt. Den första gruppen svarade överhuvudtaget inte på inbjudan att delta, den andra gruppen svarade att de inte ville delta och den tredje gruppen drog sig ur precis före start. Det visade sig att den gruppen som valde att delta skiljde sig signifikant från de övriga tre grupperna. De var yngre, de hade högre utbildning, de hade bättre fysisk funktion och var mer aktiva (Heuvelen 2005). Dessa är alla faktorer som hör samman med god hälsa och artikeln avslutar med en uppmaning att därför vara försiktig med att generalisera resultaten från sociala interventioner då det uppenbarligen finns stor risk för bias. I den studie som avsåg att initiera telefonkontakt mellan äldre kvinnor kunde också konstateras att de som uppehöll telefonkontakt var de som sedan tidigare hade många vänner, hög nivå av upplevt stöd och som inte hade fysiska funktionshinder, alltså inte de som var i störst behov av interventionen (Heller 1991). För att komma ifrån detta dilemma i fråga om att genomföra studier för att undersöka en social interventions effekt är randomiserade kontrollerade studier att föredra, då kontroll- och interventionsgrupp inte

skiljer sig åt gällande bakgrundsfaktorer om urvalet lyckas. Vidare kan före- och eftermätningar visa på en interventions effekt på dess deltagare.

Den studie som riktade sig till äldre som bodde på ålderdomshem hade mycket högt deltagande. De äldre erbjöds utbildning i hjärnans funktion och minnesträning samt träning av kognitiva förmågor. Utbildningen var upplagt på ett sådant sätt att deltagarna under tiden började lära känna varandra genom att till exempel träna varandras namn, berätta livshistorier och presentation av varandras intressen. Syftet att utöver utbildning och aktivitet även möjliggöra att bilda nya sociala relationer och nätverk var dolt för deltagarna. Artikelförfattarna diskuterar att detta kunde haft inverkan på den höga deltagarfrekvensen (Winningham 2007).

En variation mellan medicinsk personal och volontärarbetare och mellan mentorer och intervjuare har förekommit i de undersökta interventionerna vilket också ger olika förutsättningar till studiernas resultat. I denna studie har interventioner som utgjorts av kontakt med medicinsk personal uteslutits i möjligaste mån, men troligt är att denna typ av kontakt skänkt den äldre viss trygghet och påskyndat upptäckt av risk och symptom hos den äldre. Kontakten mellan medicinsk personal och patient fyller dock inte samma funktion som sociala relationer gör i fråga om socialt stöd och socialt kapital på grund av rådande maktobalans, här kan volontärer erbjuda ett mervärde i form av vänskap och medmänskligt stöd.

6.2.3 Hälsa bland äldre

Tidigare fynd visar på att hälsa hos äldre är komplext. Äldre har uppgett sig ha en bättre hälsa än mätningarna av den fysiska hälsan har kunnat påvisa efter deltagande i en social intervention (Clarke, Clarke et al. 1992). Hälsa tycks inte vara detsamma för äldre som för den allmänna befolkningen, på vilken de vanliga definitionerna av hälsa baseras och har därför kommit att diskuteras. Enligt WHO:s definition är hälsa ett tillstånd av fullständig fysiskt, psykiskt, mentalt och socialt välbefinnande och inte endast frånvaro av sjukdom och handikapp” (WHO 1946s.100). Enligt denna definition har sociala interventioner lett till bättre hälsa även om den fysiska hälsan inte förbättrats signifikant, då psykiskt och socialt välbefinnande i flera studier konstaterats öka. I Folkhälsoinstitutets rapport Äldres Hälsa (Statens Folkhälsoinstitut 2008) beskrivs hälsa som en resurs i livet och inte som syftet med att leva. Hälsa ses som den positiva kraft som framhåller sociala och personliga resurser liksom fysisk kapacitet. Denna definition ligger mer i linje med vad som framkom av de kvalitativa studierna som induktivt undersökt vad som är livskvalitet för äldre. Hälsa kunde konstateras vara en resurs att bibehålla relationer, socialt engagemang och aktivitet och på så sett uppnå god livskvalitet men innebar inte livskvalitet i sig (Grewal 2006). Även enligt denna definition skulle sociala interventioner kunna ses som hälsofrämjande.

6.2.4 Att mäta hälsa bland äldre

Visst missnöje med mätinstrumenten som använts för att studera effekten på hälsa av sociala interventioner har framkommit i de studerade artiklarna. Somliga artikelförfattare menar att man, då få studier kunnat påvisa några större skillnader mellan kontroll och interventionsgrupp, bör ta mätinstrumentens känslighet i beaktande. (Routasalo 2009) menar att mätinstrumenten som använts i psykosociala interventioner är bra till screening för att

identifiera riskgrupper och upptäcka ohälsa, men att det för denna typ av interventionsstudier krävs mer känsliga mätinstrument. För att mäta sociala interventioners effekt har ibland QALY använts som mått. Användandet av QALY baserat på EQ-5D i psykosociala interventioner är omdiskuterat eftersom bara en komponent mäter psykisk hälsa. Men det finns också de som hävdar att QALY fortfarande är ett bra mått och att det är känsligt nog för att beräkna den psykiska aspekten av hälsa i det allmänna hälsotillståndet (Onrust 2008).

Som tidigare nämnts så har flera interventioner resulterat i en positiv effekt på välbefinnandet bland äldre och på graden av självkänsla, upplevelsen av att vara behövd och att åter ha en roll. En fråga av relevans är om det är genom dessa faktorer man avsett mäta hälsa i de studerade artiklarna. I de flesta artiklar representerar dessa faktorer psykosocial hälsa men besvikelsen har varit stor att inte kunna påvisa fysisk förbättring i större utsträckning. Då sociala relationers betydelse för hälsan har kunnat konstateras och kopplas till morbiditet och mortalitet skulle fysisk effekt av sociala interventioner innebära ett genombrott inom forskning på preventiva åtgärder. Intressant vore att vidare undersöka de psykosociala effekter som äldre upplevt genom sociala interventioner och dess effekt på den fysiska hälsan, vilket skulle kunna resultera i att sociala interventioner har en indirekt fysisk effekt på hälsan bland äldre.

6.2.5 Genusperspektiv

Genusperspektivet var mycket bristfälligt representerat i de studerade artiklarna. De flesta sociala interventioner nådde ut till kvinnor i större utsträckning än till män, så också Röda Korset besöksverksamhet. Ändå är det män som upplever mest förtjänster utav sociala relationer (Orth-Gomer 1987; Orth-Gomér 1999), vilket är det som de flesta interventioner avser att skapa. En fråga som har dykt upp under arbetets gång är om detta skulle kunna påverka att så få interventioner har kunnat påvisa fysiska förbättringar på äldres hälsa, alltså att interventionerna är bättre anpassade för män men når ut till kvinnor. Då män och kvinnor i tidigare forskning uppvisat så skilda behov av socialt stöd är det förvånansvärt att genusperspektivet inte fått större utrymme i fortsatta studier inom området. Den artikel i materialet för denna studie som genomgående fokuserade på genus påvisade även skillnad i sättet att aktivera sig mellan könen och att olika aktiviteter hade olika gynnsam effekt hos män och kvinnor (Agahi 2008). Mer forskning på området vore önskvärt för en större förståelse för dessa skillnader innan interventioner kan utformas utifrån denna kunskap. Att endast fokusera på köns- och genusskillnader är dock mycket riskabelt då andra faktorer så som ålder har påvisat en ännu större betydelse för grad av social aktivitet (McGue 2007).

6.2.6 Tidsaspekt

Interventionerna och dess uppföljning har varierat i tidsomfång. Detta kan ha påverkat de olika resultat som framkommit i studierna. Flera studier har kunnat påvisa att effekten av interventionen blir större med tiden (Hendriksen 1984; Stewart 2001; Greaves 2006). Lite motsägelsefullt har vissa interventioner visat sig ha större effekt i början då den äldre uppmärksammas, undersöks, intervjuas och får möjlighet att påbörja någonting nytt (Cattan 2005). I en studie kunde en signifikant förbättring konstateras efter sex månaders intervention men denna förbättring var inte längre signifikant efter tolv månader. Artikelförfattaren resonerar att detta kan förklaras med att även förbättrade tillstånd normaliseras med tiden (Greaves 2006). Det är svårt och problematiskt att mäta effekter i hälsa hos en population vars

hälsa naturligt sjangserar med stigande ålder. Somliga studier har varit mycket ambitiöst utformade med en uppföljningstid på flera år, med den påföljden att över 50 % av studiedeltagarna dog under studietiden (Agahi 2008). Att utifrån dessa data påvisa förbättring i hälsa kan endast göras med hjälp av en kontrollgrupp och att skillnaden i de båda gruppernas morbiditet och mortalitet skiljer sig signifikant till interventionsgruppens fördel.

6.2.7 Etik

Om det är etiskt att genom sociala interventioner försöka bygga upp sociala nätverk kring en person men inte kring en annan som istället placerats i kontrollgruppen är något som få författare diskuterar i artiklarna. Det omnämns i en artikel att man kunnat konstatera en sämre hälsa än vid ursprungsläget hos äldre som har fått ta del i en social intervention men som sedan fråntagits denna möjlighet (Heller 1991). Skulle detta visa sig vara allmän sanning skulle det vara oetiskt att genomföra interventioner i endast studiesyfte, då dessa tenderar att vara kortvariga och intensiva och med risk för att dessa skulle drivas av personer som brinner mer för vetenskapen än för de äldres hälsa. Vidare bör sociala interventioner undvika att göra sig oumbärliga då detta leder till beroende och därmed har en negativ effekt på självkänslan och hälsan hos den äldre (Berkman 1995). De studier som finns inom området är för få för att dra slutsatser om vad som är effektiva interventioner och vad som inte är det, det finns därför i dagsläget inte grund för att konstatera vilken typ av interventioner som är etiskt försvarbara och vilka som inte är det i fråga om användandet av allmänna resurser.

6.2.8 Folkhälsoperspektivet

Det första av Sveriges elva folkhälsomål talar om delaktighet och inflytande i samhället (Statens Folkhälsoinstitut). För att uppnå detta bland äldre människor måste samhälleliga förutsättningar för umgänge, aktivitet, utbildning och information samt påverkansmöjligheter skapas. Detta är också faktorer som bidrar till ökat socialt kapital och är därmed viktiga för folkhälsan.

Inom folkhälsovetenskapen är det troligt att perspektivet måste lyftas från hälsa i den bemärkelsen som WHO definierar den till livskvalitet och meningsfullhet, faktorer som dessutom påverkar hälsan positivt. Sociala interventioner har visat sig ha effekt på välbefinnandet bland äldre, bara detta är anledning att satsa på denna typ av verksamhet, trots att effekten på den fysiska hälsan tycks opåverkad. Då samhällets resurser är begränsade måste dock en sådan prioritering motiveras. Vanligtvis har medicinska interventioner större effekt på hälsan än sociala, men ofta till ett betydligt högre pris. För att en social intervention skall vara kostnadseffektiv så behöver den inte visa på särskilt stora vinster i QALY eller i någon annan utarbetad måttenhet, då den i sig inte är särskilt kostsam att införa (Onrust 2008). Det kallas för preventivt arbete då en riskgrupp identifieras och erbjuds en åtgärd i syfte att undvika de sjukdomstillstånd som befaras trolig för gruppen. Denna typ av åtgärd sätts in först då något hänt, så som tre av de studerade interventionerna som riktade sig till änkor och änklingar. Att satsa på riskgrupp kan vara ett sätt att höja effektiviteten med interventionen, genom att man i större utsträckning når dem för vilka interventionen är utformad (Onrust 2008). Inom folkhälsovetenskapen är det dock viktigt att inte släppa det hälsofrämjande perspektivet, det vill säga att erbjuda deltagande i sociala interventioner före dess man av en eller annan anledning hamnar i riskzonen. Det har visat sig att sociala interventioner inte når dem som bäst behöver dem då dessa ofta är så illa därnär att de varken har lust eller ork att

delta (Heller 1991; Heuvelen 2005). Interventionen uppnår därför inte sin fulla kapacitet. Skulle interventionen eller ännu hellre den ordinarie verksamheten, ha introducerats i ett tidigare skede i dessa människors liv är det mer sannolikt att de hade deltagit och därmed erhållit de positiva effekter som deltagande, social aktivitet och sociala relationer för med sig. Dessa faktorer verkar skyddande och bidrar till bättre copingförmåga, högre livskvalitet och kanske också till det tillstånd som Nyström (1990) i sin studie kom att kalla ”Peace of mind”.

6.2.9 Resultatet kopplat till Röda Korset

Rapporten som folkhälsoinstitutet tagit fram på uppdrag av regeringen tar upp den ideella sektorns roll i stärkandet av social gemenskap och som ett komplement till kommunala verksamheter. Frivilligorganisationer identifierades som viktiga aktörer inom området och samarbete med dessa uppmuntrades (Statens Folkhälsoinstitut 2008). Röda Korset erbjuder besöksverksamhet till äldre i syfte att erbjuda äldre ett mervärde, medmänskligt stöd och social gemenskap men det är kommunens och eller landstingets ansvar att tillgodose de äldres behov i form av vård, trygghet och möjlighet till social gemenskap.

Då Röda Korsets besöksverksamhet omnämns i rapporten som lärande exempel på mötesplats ligger det i tiden att utvärdera och kvalitetssäkra verksamheten. Detta arbete har påbörjats och det studieprojekt som har initierats vid Röda Korsets högskola för att undersöka besöksverksamhetens effekt på hälsan bland äldre kommer att bidra med viktig information. Röda Korsets besöksverksamhet innehåller flera komponenter, den erbjuder både hembesök, mötesplatser och telefonkontakt. Av denna studie att döma så innebär gruppverksamheter en vinst i sig genom att sammanföra människor i liknande situationer och på så vis utvidga dessas nätverk, liksom social aktivitet leder till bibehållet engagemang i större utsträckning än passivt stöd (Greaves 2006). I linje med regeringsuppdragets syfte förväntas Röda Korset undersöka möjligheter att bredda utbudet av sociala aktiviteter i grupp som är den del av besöksverksamhetens komponenter som kan tänkas ha störst effekter på hälsan bland äldre. Hembesök fyller också en viktig funktion trots en något mindre effekt på hälsan än social gruppaktivitet, då medelåldern bland de som besöks av Röda Korset i sina hem eller på äldreboende är hög, 88 år. Vid denna ålder tenderar graden av socialt engagemang minska (McGue 2007) liksom lusten att bygga upp nya sociala nätverk (Carstensen 1992). Vidare har även hembesök visat sig ha effekt på välbefinnandet hos äldre (Korte 1991; Cheung 2000). Hembesök och social aktivitet bör ses som komplementära verksamheter i syfte att nå en så bred målgrupp som möjligt.

I den studie där volontärer tränats i att skapa nya nätverk kring äldre personer fick en grupp äldre parallellt ta del av traditionell besöksverksamhet. Efter avslutad studie kunde ingen skillnad konstateras mellan de båda grupperna, vare sig i volontärernas eller i de äldres upplevelse av de båda programmen. Däremot kunde man i en före- och eftermätning se en liten minskning av självskattad hälsa men en liten höjning av välbefinnande, lycka och grad av uppfyllelse av behovet av sociala kontakter i båda grupperna (Korte 1991). Detta visar på att det kan ha varit orealistiskt att ålägga volontärer ett så stort ansvar som att agera samordnare för den äldres sociala nätverk, istället bör volontärens roll uppskattas för vad den är, en bidragande relation i sig som kan komma med information, råd, stöd och uppmuntran, ett komplement till de kommunala tjänster som erbjuds (eller borde erbjudas) de äldre. Det är precis så som Röda Korset ämnar fungera. I en studie poängterades att eftersom volontärerna saknar medicinsk utbildning är det inte att vänta att deras besök och insats skulle påverka de

äldres fysiska hälsa i någon större utsträckning (Cheung 2000). Men att de kan påverka upplevelsen av hälsa och välbefinnande är det flera av de granskade studierna som kan intyga (Cheung 2000; Korte 1991; Onrust 2008).

Som ideell organisation tar Röda Korset ett medmänskligt ansvar och jakten på evidens måste ställas mot kunskapen om att hälsa inte är något entydigt tillstånd och därför är svårt att mäta. Den roll Röda Korsets har åtagit sig i arbetet för äldre är inte att ta över kommunala ansvarsområden, utan att bidra med ett mervärde när kommunens resurser inte räcker till. Man skulle kunna tolka de studerade artiklarna som att det är just ett mervärde som de äldre har uppnått genom interventionerna, då man inte lyckats visa på några signifikanta skillnader i fysisk hälsa. Frågan som återstår och som överlämnas till vidare forskning är vilka instrument och metoder som skall användas för att mäta detta mervärde.

6.3 Konklusion

De artiklar som har utgjort materialet för denna systematiska litteraturstudie framhåller enigt bristen på forskning inom området. I denna studie har framkommit att sociala interventioner har haft mycket begränsad effekt på den fysiska hälsan bland äldre, men att välbefinnandet stiger. Social aktivitet medför positiva effekter på hälsan och understödjer fysiska, kognitiva och sociala funktioner samt ett bibehållet engagemang. Gruppaktivitet erbjuder förutsättningar till social integration, nya kontakter och sociala relationer vilket innebär att den äldre åter har en roll. Enskild verksamhet påverkar välbefinnandet genom stöd, information och genom känslan att vara uppmärksammad. Vad som är hälsa är inte entydigt, särskilt ovisst har det visat sig vara bland äldre då livskvalitet baseras på fler faktorer. Vid studerande av en intervention bör interventionens potentiella effekter identifieras med hjälp av tidigare forskning, för att utifrån denna kunskap välja mätinstrument och metod. Detta val påverkar studiens utfall och kan vara orsaken till att så få studier uppnått signifikanta resultat. Då de flesta studier avsett att mäta hälsa eller hälsorelaterad livskvalitet har förbättrad livskvalitet baserat på andra variabler än hälsa riskerat att förbigås. För att senare i epidemiologiska studier kunna konstatera effekt i hälsa till följd av sociala interventioner krävs mer kvalitativ forskning för att identifiera vad som är hälsa och livskvalitet bland äldre. Därefter bör nya mätinstrument baserade på denna kunskap arbetas fram. Intressant vore också att studera sambandet mellan välbefinnande till följd av sociala interventioner och fysisk hälsa i ett längre tidsperspektiv.

7. Referenser

Agahi, N. (2008). "Leisure activities and mortality: Does gender matter?" Journal of Aging and Health 20(7): 855-871.

Berkman, L. F. (1995). "The role of social relations in health promotion." Psychosomatic medicine 57(3): 245-254.

Berkman, L. F. (2000). "From social integration to health: Durkheim in the new millennium." Social science & medicine 51(6): 843-857.

Borglin G., J. U., Edberg A., Hallberg R. I. (2006). "Older people in Sweden with various degrees of present quality of life: their health, social support, everyday activities and sense of coherence." Health and Social Care in the Community 14 (2): 136-146.

Carstensen, L. L. (1992). "Social and emotional patterns in adulthood: support for socioemotional selectivity theory." Psychology and aging 7(3): 331-338.

Cattan, M. (2005). "Preventing social isolation and loneliness among older people: A systematic review of health promotion interventions." Ageing and society 25(1): 41-67.

Cheung, C. K. (2000). "Contributions of volunteer networking to isolated seniors in Hong Kong." Journal of Gerontological Social Work 33(2): 79-100.

Clarke, M., S. J. Clarke, et al. (1992). "Social intervention and the elderly: a randomized controlled trial." Am J Epidemiol 136(12): 1517-23.

Eriksson, K., Ed. (1990). Hälsans idé. Göteborg, Norstedts Förlag AB.

Forsberg, C., Wengström, Y., Ed. (2008). Att göra systematiska litteraturstudier. Stockholm, Natur & kultur.

Greaves, C. J. (2006). "Effects of creative and social activity on the health and well-being of socially isolated older people: Outcomes from a multi-method observational study." Journal of The Royal Society for the Promotion of Health 126(3): 134-142.

Grewal, I. (2006). "Developing attributes for a generic quality of life measure for older people: Preferences or capabilities?" Social science & medicine 62(8): 1891-1901.

Heller, K. (1991). "Peer support telephone dyads for elderly women: Was this the wrong intervention?" American Journal of Community Psychology 19(1): 53-74.

Hendriksen, C. (1984). "Consequences of assessment and intervention among elderly people: A three year randomised controlled trial." BMJ. British medical journal (International ed.) 289(6457): 1522-1524.

Heuvelen, M. J. (2005). "Differences between participants and non-participants in an RCT on." Aging clinical and experimental research 17(3): 236.

Hin, P. Y. (2002). "Community and social interventions at a geriatric medical OPD." Irish medical journal 95(8): 239-240.

- House, J. (1988). "Social relationships and health." Science 241(4865): 540.
- Integrations- och jämställdhetsdepartementet, S. (2008). Överenskommelse mellan regering, idéburna organisationer inom det sociala området och Sveriges Kommuner och Landsting 2008
- Janlert, U., Ed. (2003). Folkhälsovetenskapligt lexikon. Stockholm, Natur och Kultur.
- Korte, C. (1991). "A program of friendly visitors as network builders." Gerontologist, The 31(3): 404.
- McGue, M. (2007). "Social activity and healthy aging: A study of aging Danish twins." Twin Research and Human Genetics 10(2): 255.
- Nystrom, A. (1990). "Peace of mind as an important aspect of old people's health." Scandinavian journal of caring sciences 4(2): 55.
- Onrust, S. (2008). Cost-utility of a visiting service for older widowed individuals: Randomised trial BMC Health Services Research.
- Orth-Gomer, K. (1987). "Social network interaction and mortality. A six year follow-up study of a random sample of the Swedish population." Journal of chronic diseases 40(10): 949-957.
- Orth-Gomér, K., Perski, A. (red.), Ed. (1999). Preventiv medicin i teori och praktik- En metodik för bättre hälsa. Lund, Studentlitteratur.
- Putnam, R. D., Ed. (1996). Den fungerande demokratin- medborgarandans rötter i Italien. Stockholm, SNS Förlag.
- Routasalo, P. E. (2009). "Effects of psychosocial group rehabilitation on social functioning, loneliness and well-being of lonely, older people: Randomized controlled trial." Journal of advanced nursing 65(2): 297-305.
- StatensFolkhälsoinstitut. "Folkhälsans målområden." Retrieved 2009-04-15, 2009, from www.fhi.se.
- StatensFolkhälsoinstitut. "Äldres hälsa." Retrieved 2009-04-15, 2009, from <http://www.fhi.se/sv/Vart-uppdrag/Aldres-halsa/>.
- StatensFolkhälsoinstitut (2008). Redovisning av uppdraget Äldres hälsa- en kartläggning av lärande exempel på sociala mötesplatser med fokus på främjande av fysisk aktivitet och goda matvanor, samt förslag till insatser och strategi för spridning i kommuner och landsting/regioner., Statens Folkhälsoinstitut.
- Stewart, M. (2001). "Promoting Positive Affect and Diminishing Loneliness of Widowed Seniors Through a Support Intervention." Public health nursing 18(1): 54-63.
- SvenskaRödaKorset På plats för medmänsklig och effektiv hjälp, verksamhetsbeskrivning för Svenska Röda Korset 2009-2014

SvenskaRödaKorset (2009). "Vårt mål." Retrieved 2009-04-15, 2009.

WHO (1946). Official Records of the World Health Organization. International Health Conference. New York. 2: 100.

Winblad AK., Ö. S. (2008). Frivillighet som välfärdförstärkare

Winningham, R. G. (2007). "A cognitive intervention to enhance institutionalized older adults' social." Aging & mental health 11(6): 716.

Författare, publiceringsår, titel	Syfte	Intervention	Urval	Design	Kvalitet
Agahi, 2008, Leisure activities and mortality: Does gender matter?	Undersöka sambandet mellan deltagande i fritidsaktivitet och mortalitetsrisk bland äldre, uppdelat på män och kvinnor.	Ej intervention Studiens varaktighet: 12 år	1246 personer 65-90 år, urvalet är taget ur redan existerande studiepopulationer (LNU och SWEOLD)	Icke-experimentell design, prospektiv	1
Cheung, 2000, Contributions of volunteer networking to isolated seniors in Hong Kong	Att skapa eller reparera sociala nätverk bland isolerade äldre genom att stärka deras kontaktnät och informera om vilka tjänster som finns att tillgå i samhället	Besöksverksamhet utförd av utbildade volontärer. Studiens varaktighet: 6 månader	125 personer mellan 60-92 år, som sedan tidigare tog del av besöksverksamhet	Kvasi-experimentell studiedesign. Före och efter mätningar, ej kontrollgrupp	1
Clarke, 1992, Social intervention and the elderly: a randomized controlled trial	Att demonstrera effekten av sociala interventioner bland äldre	Hembesök och samordning till kommunala tjänster och volontär verksamhet Studiens varaktighet: 2 år, 1 år uppföljning	523 personer över 75 år som bodde ensamma	RCT	1
Greaves, 2006, Effects of creative and social activity on the health and well-being of socially isolated older people: outcomes from a multi-method observational study	Att utvärdera effekten av komplexa sociala interventioner riktade till socialt isolerade äldre	De äldre tilldelades mentorer som erbjöd en mängd olika individuellt anpassade aktiviteter och kontinuerligt stöd Studiens varaktighet: 1 år	Personer över 50 års om varit med om något som förändrat deras sociala situation. 229 personer i den kvantitativa undersökningen och 26 deltagare av interventionen, fem vårdare och fyra sjukvårdspersonal i den kvalitativa undersökningen	Kvasi-experimentell studiedesign Före- och efter mätningar	2
Grewal, 2006, Developing attributes for a generic quality of life measure for older people: Preferences or capabilities?	Att undersöka vilka attribut som livskvalitet bland äldre baseras på utan att fokusera på hälsa	Ej intervention	40 personer i egan hushåll, åldersgrupperna 65-74, 75-84 och 80 och över fanns representerade samt olika hälso- och sjukdomstillstånd. Könsfördelningen var hälften män, hälften kvinnor	Kvalitativ, induktiva djupintervjuer	1
Heller, 1991, Peer support telephone dyads for elderly women: Was this the wrong intervention?	Att se om det är möjligt att initiera sociala kontakter mellan äldre med minimal professionell inblandning	Telefonkontakt, inledningsvis mellan äldre och personal och sedan äldre sinsemellan. Studiens varaktighet: 1 år	265 låginkomst kvinnor med en medianålder på 74 år.	Kvasi-experimentell studiedesign	1

Författare, publicerings år, title	Syfte	Intervention	Urval	Design	Kvalitet
Hendriksen, 1984, Consequences of assessment and intervention among elderly people: a three year randomized controlled trial	Undersöka om schemalagda medicinska och sociala preventiva hembesök påverkar antalet inläggningar på sjukhus eller vårdhem, vårdkontakt och mortalitet	Hembesök var tredje månad, däremellan telefonkontakt. Intervjuare och den äldre kom gemensamt fram till vilka sociala och medicinska åtgärder den äldre var i behov av och intervjuaren ordande åtgärden	285 personer i interventionsgruppen och 287 i kontrollgruppen. Personerna var över 74 år och bodde hemma	RCT	1
Hin, 2002, Community and social interventions at a geriatric medical OPD	Att mäta nyttjandet av kommunala verksamheter samt samhällets potential att möta äldres behov	Ej intervention	60 patienter över 65 år som för första gången av allmänläkaren hänvisades till öppenvårdsmottagningen för äldre	Kvantitativ intervju baserad på frågeformulär	1
Korte, 1991, A Program of friendly visitors as network builders	Att genom intervention försöka stärka äldre personers sociala stöd och välbefinnande genom att förbättra deras sociala nätverk samt att undersöka om volontärer som utbildats i nätverksskapande klarar uppgiften	Besöksverksamhet utförd veckovis av volontärer, en grupp fick vänskapsbesök och den andra gruppen fick besök av volontärer som tränats i att bygga upp sociala nätverk Studiens varaktighet: 6 månader	15 personer med en medelålder på 76 år. Urvalet gjordes utifrån redan befintligt klientel av besöksverksamhet	Kvasi-experimentell studiedesign. De båda interventionsgrupperna jämfördes med varandra (ej randomiserat urval)	2
McGue, 2007, Social activity and healthy aging: A study of aging Danish twins	Att undersöka associationen mellan social aktivitet med fysisk och kognitiv funktion samt depressiva symtom bland äldre	Ej intervention	1112 likakönade tvillingpar, över 80 år, urvalet gjordes ur en tidigare studiepopulation och baserades på registerdata	Longitudinell studiedesign	1
Nyström, 1990, Peace of mind as an important aspect of old people's health	Att undersöka vilka koncept av hälsa som är relevant för äldre	Ej intervention	16 patienter på långtidssjukhem, 68-96 år, mentalt välorienterade	Kvalitativ studiedesign, ostrukturerad intervju	1
Onrust, 2008, Cost-utility of a visiting service for older widowed individuals: randomized trial	Undersöka om det är lönsamt att satsa på riskgrupp	Besöksverksamhet riktad till äldre änkor och änklingsor, besökarna var volontärer som själva förlorat sin partner Studiens varaktighet: 1 års intervention +1 år uppföljning	138 änkor och 78 änklingsor, 50-92 år	Kostnad-nyttö-analys	3

Författare, publicerings år, titel	Syfte	Intervention	Urval	Design	Kvalitet
Routasalo, 2008, Effects of psychosocial group rehabilitation on social functioning, loneliness and well-being of lonely, older people: randomized controlled trial	Undersöka effekterna av psykosocial gruppintervention på äldre människors känsla av ensamhet, social aktivitet och psykosocialt välbefinnande	Gruppintervention som syftade till empowerment och främjande av inbördes stöd och social integration en gång i veckan Studiens varaktighet: 3 månader+ 7 månaders uppföljning	235 änkor över 74 år, som bodde ensamma och som åtminstone ibland upplevde känsla av ensamhet och som genom postenkät anmält intresse att delta	Kvasi-experimentell studiedesign Före- och efter mätningar	2
Stewart, 2001, Promoting positive affect and diminishing loneliness of widowed seniors through a support intervention	Undersöka stödgrupperns påverkan på äldre änkors känsla av ensamhet, och upplevt stöd	Stödgrupper bildades och ledarledda träffar anordnades varje vecka under 20 veckor. Studiens varaktighet: 5 månader, 3 månaders + uppföljning	23 kvinnor över 55, änkor engelsktalande och som inte tidigare tagit del i stödgruppsverksamhet	Kvasi-experimentell studiedesign, före och efter mätningar	2
Winningham, 2007, A cognitive intervention to enhance institutionalized older adults' social support networks and decrease loneliness	Att mäta effekten av en kognitiv intervention med fokus på socialt stöd, sociala nätverk och ensamhet	Gruppbaserad intervention med inslag av utbildning Studiens varaktighet: 3 månader	Fem till 16 deltagare från sex olika äldreboenden fördelades i interventionsgrupp (n=29) eller kontrollgrupp (n=29)	Kvasi-experimentell studiedesign Före- och efter mätningar	2

Resultat av den systematiska litteratursökningen

Bilaga 2

Sökdatum	Databas	Sökord	Antalet funna artiklar	Författare, publicerings år, titel	Tidskrift
2009-04-14	Scopus	"social intervention" AND elderly	45	Clarke, 1992, Social intervention and the elderly: a randomized controlled trial	American Journal of Epidemiology
2009-04-14	Scopus	"social intervention" AND elderly	45	Greaves, 2006, Effects of creative and social activity on the health and well-being of socially isolated older people: outcomes from a multi-method observational study	The Journal of The Royal Society for the Promotion of Health
2009-04-16	PubMed	"social intervention" AND elderly	65	Resulterade ej i inkluderad artikel	
2009-04-16	Scopus	"social intervention" AND elderly	45	Hin, 2002, Community and social interventions at a geriatric medical OPD	Irish medical Journal
2009-04-16	Scopus	"voluntary intervention AND health AND elderly	43	Resulterade ej i inkluderad artikel	
2009-04-16	PubMed	"voluntary intervention" AND health	132	Resulterade ej i inkluderad artikel	
2009-04-16	PubMed	"social intervention" limits: 65+, 80+	27	Resulterade ej i inkluderad artikel	
2009-04-16	Cinahl	"social intervention" AND elderly	2	Resulterade ej i inkluderad artikel	
2009-04-17	PubMed	Older people AND social isolation AND social network	437	Routasalo, 2008, Effects of psychosocial group rehabilitation on social functioning, loneliness and well-being of lonely, older people: randomized controlled trial	Journal of Advanced Nursing
2009-04-17	PubMed	Older adults AND social intervention AND quality of life	175	Winningham, 2007, A cognitive intervention to enhance institutionalized older adults' social support networks and decrease loneliness	Aging & Mental Health

Sökdatum	Databas	Sökord	Antal funna artiklar	Författare, publicerings år, titel	Tidskrift
2009-04-17	PubMed	Older adults AND social intervention AND quality of life	175	Onrust, 2008, Cost-utility of a visiting service for older widowed individuals: randomized trial	BMC Health Services Research
2009-04-17	Scopus	Manuell sökning		Agahi, 2008, Leisure activities and mortality: Does gender matter?	Journal of Aging and Health
2009-04-19	Scopus	Manuell sökning		Stewart, 2001, Promoting positive affect and diminishing loneliness of widowed seniors through a support intervention	Public Health Nursing
2009-04-19	Scopus	Manuell sökning		Hendriksen, 1984, Consequences of assessment and intervention among elderly people: a three year randomized controlled trial	British Medical Journal
2009-04-19	PubMed	Visitor program limits: 65+, 80+	18	Korte, 1991, A Program of friendly visitors as network builders	The Gerontologist
2009-04-19	PubMed	Manuell sökning		Cheung, 2000, Contributions of volunteer networking to isolated seniors in Hong Kong	Journal of Gerontological Social Work
2009-04-20	Scopus	“social activity” AND elderly AND health	391	McGue, 2007, Social activity and healthy aging: A study of aging Danish twins	Twin Research and Human Genetics
2009-04-26	Scopus	Manuell sökning efter personlig kommunikation		Grewal, 2006, Developing attributes for a generic quality of life measure for older people: Preferences or capabilities?	Social Science & Medicine
2009-05-04	Scopus	Manuell sökning		Heller, 1991, Peer support telephone dyads for elderly women: Was this the wrong intervention?	American Journal of Community Psychology
2009-05-06	PubMed	Manuell sökning efter personlig kommunikation		Nyström, 1990, Peace of mind as an important aspect of old people's health	Scandinavian journal of caring sciences

2009-05-06	PsycInfo	"social intervention" AND elderly	0
2009-05-06	PsycInfo	"social program" AND elderly	0
2009-05-06	Sociologi cal Abstract	"social intervention" AND elderly	0
2009-05-07	AgeLine	"social intervention"	51
