



Strategier för att förebygga ensamhet hos äldre

En kunskapssammanställning

Citera gärna Centrum för epidemiologi och samhällsmedicins rapporter, men glöm inte att uppge källan. Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten. Det innebär att du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Referera till rapporten enligt: Sirén A-L, Lindberg L. Effektiva strategier för att förebygga ensamhet hos äldre. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm; 2021. Rapport 2021:11.



Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin

Box 45436, 104 31 Stockholm

ces.sls@sl.se

Rapport 2021:11

ISBN 978-91-87691-81-2

Författare: Ann-Louise Sirén, Lene Lindberg

Språkgranskning: Mika Gårdinger

Layout: Viktoria Jonze

Stockholm september 2021

Rapporten kan laddas ner från Folkhälsoguiden,

www.folkhalsoguiden.se

Förord

Andelen äldre ökar i befolkningen och upplevd ensamhet hos äldre kan utgöra en riskfaktor för deras fysiska och psykiska hälsa. Primärvården har en unik möjlighet att identifiera och hänvisa äldre med upplevd ensamhet till andra instanser i samhället som erbjuder förebyggande aktiviteter.

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES) har fått i uppdrag av Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF) att beskriva instrument för att identifiera upplevd ensamhet, och kartlägga preventiva insatser som kan motverka ensamhet.

Rapporten är en sammanställning som baseras på redan gjorda studier, samt systematiska översikter och metaanalyser. Den erbjuder därmed en bred överblick över kunskapsläget. Rapporten syftar till att tydliggöra hur upplevd ensamhet hos äldre kan identifieras och vilka insatser som kan ha effekt. Målgruppen är praktiker och beslutsfattare inom hälso- och sjukvården, kommuner och ideella organisationer.

Cecilia Magnusson

Verksamhetschef

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning.....	6
Bakgrund	7
Vad är ensamhet?.....	7
Riskfaktorer	7
Ohälsa och ensamhet	7
Förändringar i livssituation.....	8
Ensamboende och socioekonomisk status	8
Mäta ensamhet.....	8
Vanliga mätinstrument.....	8
Direkta och indirekta frågor.....	9
Gränsvärden och klassificeringar.....	9
Konsekvenser	9
Skyddande faktorer	10
Interventioner riktade mot ensamhet.....	10
De allra äldsta och män är i minoritet	10
Svårigheter att tolka och jämföra resultat	10
Innehåll i interventionerna	11
Vilka förmedlar interventionerna?	11
Framåtblick	11
Syfte.....	12
Metod	13
Sökstrategi.....	13
Inklusions- och exklusionskriterier	14
Exkluderade studier	14
Kvalitetsgranskning	15
Resultat	16
Delaktighet i att utforma insatser	16
Planeringsfasen	16
Pågående intervention	16
Aktivering	17
Aktivering som ledde till minskad upplevd ensamhet.....	17
Aktivering som ledde till oförändrad eller ökad upplevd ensamhet.....	17
Intresse, behov och risk för ensamhet hos deltagarna.....	18
Intresse	18
Behov	18
Grad av upplevd ensamhet	18

Kön och ålder	19
Samverkan mellan olika aktörer	19
Hälso- och sjukvården	19
Kommunen	19
Civilsamhället	19
Diskussion	21
Svårigheter att jämföra studier	21
Mätmetoder varierade	21
Olika mått för ensamhet	21
Gemensamma komponenter	22
Deltagarna involverades	22
Positiva effekter på riskgrupper	23
Män och de allra äldsta i minoritet	24
Samverkan med samhällsaktörer	24
Rekommendationer	25
Gemensamma faktorer kan studeras för att utveckla effektiva insatser	25
Verktyg för att identifiera ensamhet – komplettera frågeformulär med intervju	25
Mer samverkan mellan primärvård och samhällsaktörer	26
Involvera målgruppen och minska stigma	26
Många hälsovinster	26
Referenser	27
Bilagor	32
Bilaga 1. Mått som användes i studierna för att bedöma ensamhet, målgrupp, grad av ensamhet vid studiens start (baslinje) respektive vid uppföljningar för interventionsgrupperna samt effekt på ensamhet.	32
Bilaga 2. Översikt av genomgångna studier	35
Bilaga 3. Kvalitetsbedömning av inkluderade studier i kunskapsöversikten ..	39

Sammanfattning

Äldre människor kan uppleva ensamhet på grund av den fas i livet de befinner sig. Långvarig ensamhet kan leda till försämrad livskvalitet och ökad risk för att dö. Identifierade riskfaktorer för att uppleva ensamhet är bland annat nedsatt fysisk och psykisk förmåga, somatisk sjukdom, förlust av partner och dålig ekonomi. För att mäta ensamhet används framför allt två olika frågeformulär med indirekta frågor om tillgång till socialt nätverk och känslomässigt stöd. Även om insatser görs för att förebygga och minska ensamhet hos äldre är evidensen för sådana insatser fortfarande knapphändig.

Syftet med den här rapporten är att undersöka vilken vetenskaplig evidens det finns för effektiviteten av interventioner som avser att minska ensamhet hos äldre. Kunskapen kan utgöra underlag för att utveckla effektiva metoder för primärvården i syftet att förebygga ensamhet. Rapporten ges ut av Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES).

Relevanta vetenskapliga artiklar identifierades genom systematiska sökningar i bland annat databaserna PubMed och PsycINFO, med stöd av fastställda inklusionskriterier. De identifierade studierna sammanställdes i en översikt, och kvaliteten av studierna bedömdes genom att väga samman olika aspekter av risk för systematiska fel i insamling och tolkning av data.

Kunskapssammanställningen inkluderade nio studier, med upplevd ensamhet som primärt utfall, och totalt tolv interventioner.

Sammanställningen visar att det i strikt mening inte finns evidens för någon av de tolv enskilda interventionerna, framför allt på grund av metodologiska brister i studierna. Däremot identifierades faktorer i annan litteratur som antas kunna ha viss effekt, som att deltagarna gjordes delaktiga, aktiverades, erbjöds insatser som gav en känsla av samhörighet och att insatserna genomfördes i samverkan mellan olika samhällsaktörer. I de studier som visade positiva resultat på upplevelsen av ensamhet, uppgav studiedeltagarna även ett generellt ökat välmående som påverkade deras livskvalitet.

En av studierna bedömdes vara av låg kvalitet och övriga hade medelhög kvalitet.

Resultaten från den här kunskapssammanställningen, visar således på lovande vägar för utveckling av framtida insatser inom primärvården. Kunskapsläget innebär dock att sådana insatser bör utvärderas efter utveckling och anpassning till förhållanden i Region Stockholm, innan de implementeras i större skala.

För att primärvården ska kunna vara en drivande aktör i det förebyggande arbetet för att minska upplevd ensamhet hos äldre, behövs ett proaktivt förhållningssätt där personal inom primärvården kan identifiera upplevd ensamhet med strukturerade frågeformulär. Insatser som kan vara värda att utvärdera är aktivering och skapande av samhörighet, och ett närmare samarbete med andra lokala samhällsaktörer kan bidra till hållbarhet.

Bakgrund

Ensamhet kan upplevas av vem som helst oavsett ålder, men äldre personer befinner sig i en fas i livet som kan medföra ökad sannolikhet att göra det. Bland länder i Europa varierar förekomsten av upplevd ensamhet, hos personer som är 65 år eller äldre, mellan 5 och 28 procent. Samma mätningar visar att drygt 8 procent av äldre i Sverige uppger att de upplever ensamhet nästan jämt eller oftast (1). I svenska studier varierar förekomsten av upplevd ensamhet hos äldre (65+ år) mellan 7 och 50 procent (2). Region Stockholms senaste folkhälsoenkät från 2018 (3), visar att 14 procent i åldrarna 65 till 84 år känner sig ensamma minst en gång i veckan eller oftare.

Resultaten från studier som inkluderar den allra äldsta befolkningen i Sverige, visar att upplevd ensamhet ökar med åldern (2). I Region Stockholms folkhälsoenkäter från 2010 och 2014, framkom det att personer som är 85 år eller äldre i högre utsträckning ofta upplevde ensamhet, jämfört med personer som var yngre (3). Liknande mönster har setts i andra svenska studier: En studie visade att upplevd ensamhet är mer frekvent förekommande bland de allra äldsta, där cirka hälften av de som är 85 år eller äldre ofta känner sig ensamma (4). Även om ensamhet inte skulle öka procentuellt bland de allra äldsta i samhället, kommer fler uppleva varaktig ensamhet i takt med att den åldrande populationen ökar (4).

Vad är ensamhet?

Ensamhet innebär begränsade sociala kontakter, den kan upplevas som påtvingad och negativ samt leder till försämrad hälsa, livskvalitet och underutnyttjande av tillgänglig service (5). Upplevd ensamhet kan vara emotionell eller av social karaktär. Den emotionella aspekten av ensamhet innefattar avsaknad av nära, känslomässiga relationer och social ensamhet innebär brist på inkluderande meningsfulla relationer (6).

Begreppet ensamhet är nära relaterat till begreppet social isolering och de används ofta synonymt, samtidigt beskriver begreppen olika aspekter kring avsaknaden av tillitsfulla sociala kontakter (7, 8). Den huvudsakliga skillnaden mellan de två begreppen är att ensamhet beskrivs som den subjektiva upplevelsen av bristen på personliga sociala kontakter, medan social isolering beskrivs som den objektiva avsaknaden av nära sociala kontakter eller ett socialt nätverk (7, 8).

Risikfaktorer

Ohälsa och ensamhet

Äldre personer med åldersrelaterade försämringar av fysisk eller psykisk förmåga, upplever oftare ensamhet än personer med få eller inga sådana begränsningar. Evidensen pekar mot att det är mer sannolikt att äldre personer med funktionella hinder lider av ensamhet (9). Kroniska medicinska tillstånd associeras också med upplevd ensamhet (10). Likaså är självskattad hälsa starkt kopplad till ensamhet, där upplevd ohälsa och ensamhet går hand i hand (11). Äldre personer som skattar sin hälsa som dålig, upplever i högre grad långvarig ensamhet än de som är nöjda med sin hälsa (9).

En inaktiv livsstil har i flera studier visat sig vara nära kopplat till ensamhet (10, 12). Stillasittande kan leda till färre möjligheter att interagera med andra, och brist på

meningsfulla aktiviteter kan försämra den fysiska och kognitiva förmågan som gör det svårare att aktivera sig (13, 14).

Förändringar i livssituation

Stora förändringar i livet, såsom att bli änka eller änkling, påverkar upplevelsen av ensamhet. Äldre personer som mister en livskamrat kan uppleva det som en förlust av mening med livet, vilket genererar ett tomrum som i sin tur kan leda till ökad upplevelse av ensamhet (15). Den ensamhet som ökar markant med stigande ålder, kan till stor del förklaras av att det är vanligare med förluster av personer som står en nära, såsom en maka eller make (16).

Att flytta till annan ort eller annat land är också kopplat till upplevd ensamhet. Personer över 60 år som flyttar till en ny ort där de inte har några etablerade sociala relationer, riskerar att känna sig ensamma (17). I en omfattande kanadensisk studie (18), framkom det att migranter i större utsträckning än infödda upplevde ensamhet och att etniskt ursprung också spelade roll för upplevelsen av ensamhet bland migranter.

Ensamboende och socioekonomisk status

Det finns visst stöd för att personer som bor i ensamhushåll i högre utsträckning upplever ensamhet än personer som lever med andra (12, 19, 20). Resultaten från en ny longitudinell studie (21), visar att äldre personer som bor i ensamhushåll upplever mer känslomässig ensamhet men inte social ensamhet, jämfört med äldre som bor tillsammans med någon. I en tysk tvärsnittsstudie (22) var inte ensamboende relaterat till upplevd ensamhet, i stället var det brist på socialt nätverk som ökade risken för ensamhet.

Samband mellan socioekonomisk status och upplevd ensamhet har påvisats i flera studier. Äldre personer med låg socioekonomisk status, definierat som låg utbildningsnivå eller dålig ekonomi (10, 12, 23), kan löpa ökad risk att uppleva ensamhet. Det kan sannolikt bero på bland annat sämre ekonomiska förutsättningar för ensamma äldre att delta i sociala aktiviteter (23).

Mäta ensamhet

Vanliga mätinstrument

En del av de mätinstrument, eller skalor, som används för att skatta ensamhet syftar till att identifiera personer som upplever ensamhet. De två mest frekvent använda validerade skalorna för att identifiera ensamhet hos äldre, är University of California, Los Angeles Loneliness Scale (UCLA LS) och de Jong Giervald Loneliness Scale (DDJG LS) (24). I skalorna ingår inga direkta frågor om ensamhet, i stället berörs dimensioner kopplade till ensamhet såsom utanförskap eller kvalitet på sociala relationer (24). Högre poäng indikerar högre grad av upplevd ensamhet (25).

UCLA LS är det mätinstrument som oftast används inom äldreforskning, samtidigt har skalan begränsat stöd för att användas på äldre populationer (25). Bland annat kan den upplevas som otillräckligt känslig för att mäta variationer i känslor av ensamhet (26). Den andra skalan, DDJG LS, är den mest använda i Europa, och med hjälp av den går det att särskilja mellan social och emotionell ensamhet (27). Enligt Penning och medarbetare (25) är DDJG LS att föredra framför UCLA LS i forskningssammanhang där äldre personer ingår som studiepopulation.

Direkta och indirekta frågor

Ett annat sätt att fånga upp upplevd ensamhet, är att ställa en direkt fråga om hur ofta någon känner sig ensam. En potentiell risk med att fråga personer om de känner sig ensamma, kan vara att de inte svarar sanningsenligt på grund av stigma kopplat till ensamhet. Detta i sin tur kan leda till underrapportering, och äldre som faktiskt upplever sig ensamma riskerar att missas (28). Samtidigt beror det på i vilka sammanhang som frågan ställs och hur bekväm den tillfrågade känner sig med den som frågar. En slutsats som dragits är att det kan vara lättare att svara på frågor kring ensamhet vid en uppföljning om ämnet lyfts och diskuterats vid flera tillfällen under en längre period, eller om frågan om ensamhet lyfts under en intervju där den som ställer frågan fått möjlighet att skapa en tillitsfull relation (26).

En strategi för att minska stigma när äldre svarar på frågor om ensamhet, är att komplettera direkta mätinstrument med indirekta, såsom DJG LS som beskrivs i föregående avsnitt (5). Att be äldre personer besvara både indirekta och direkta frågor kring upplevelser av ensamhet ger en mer rättvisande bild (28). Distriktssjuksköterskor inom primärvården i Region Stockholm som har haft hälsosamtal med 75-åringar, ställde en direkt fråga om hur ofta patienterna kände sig ensamma. Sjuksköterskorna upplevde att det under samtalet skapades ett förtroende som underlättade för patienterna att dela med sig om upplevd ensamhet och som lade en grund för fortsatt kontakt med primärvården (29).

Gränsvärden och klassificeringar

I dagsläget saknas det solid evidens för hur ensamhet mest effektivt kan förebyggas eller minskas. Av den anledningen är det viktigt att mäta ensamhet och att samma mätinstrument används, för att på ett systematiskt sätt få kunskap om vilka strategier som ger bäst resultat (24). Graden av upplevd ensamhet som mäts med en ensamhetsskala, brukar anges som ett numeriskt medelvärde för studiepopulationen. Det är mer ovanligt att deltagarna delas in i olika kategorier beroende på hur många poäng de fått, som ett sätt att differentiera ensamma från de som inte upplever ensamhet, eller för att se förändringar i graden av ensamhet över tid (30).

Gränsvärden och kategorier skiljer sig åt mellan de mått som används för att bedöma om, eller hur, ensam någon är. DJG LS består av elva frågor, och där klassificeras exempelvis studiedeltagare som fått noll till två poäng som icke ensamma, de med tre till fyra poäng som måttligt ensamma, och de med fem till sex poäng bedöms lida av svår ensamhet (31). För att få en mer fullständig bild av hur ensam någon känner sig, bör ensamhet mätas både kvantitativt via de validerade skalor som finns, och kvalitativt genom att ställa frågor kring upplevelsen av ensamhet (32).

En viktig aspekt att ha i åtanke i samband med mätning av ensamhet, är att upplevelsen kan variera – både över tid men även med ett kortare perspektiv. Exempelvis kan känslor av ensamhet skifta mellan dagtid och kvälltid liksom mellan olika dagar i veckan (5).

Konsekvenser

Långvarig ensamhet kan relateras till försämrad livskvalitet hos äldre. Bland äldre yttrar det sig framför allt genom psykisk ohälsa, ofta i form av depression eller ångest (33, 34). Ensamhet är en också en bidragande faktor till både annan sjuklighet och dödlighet. Resultaten från systematiska översikter visar på att ensamhet ger sämre utfall för hjärt-

kärlsjukdom och psykisk ohälsa, vilket ökar risken för kritiska sjukdomstillstånd och död (35–38).

Skyddande faktorer

Olika aspekter av sociala dimensioner kan motverka upplevd ensamhet hos äldre, om de upplevs som positiva och meningsfulla. Exempelvis har god kvalitet på befintliga sociala kontakter positiv inverkan på äldre personers känslor av ensamhet. Likaså är upplevelsen av att ha positiva och tillfredsställande sociala relationer nära sammankopplat med mindre känslor av ensamhet bland äldre. Även upplevt socialt stöd är en faktor som tycks motverka ensamhet (39). Äldre personer som anser sig ha socialt stöd av familj och bekanta är mer benägna att medverka i sociala aktiviteter (40), där framför allt stöd från familjen har stor betydelse (9).

Att sysselsätta sig med aktiviteter som känns meningsfulla och som främjar samhörighet, delaktighet och oberoende kan minska risken för att uppleva känslor av ensamhet (41). Engagemang i volontärarbete och att ägna sig åt kulturella aktiviteter är exempel på insatser som visat sig kunna motverka ensamhet hos äldre individer (42). Äldre med en aktiv livsstil har lättare att knyta sociala kontakter och framför allt positiva sociala relationer som kan fungera som ett skydd mot ensamhet (43).

Interventioner riktade mot ensamhet

De allra äldsta och män är i minoritet

Studier med insatser riktade mot ensamhet hos äldre har inkluderat deltagare i åldrarna 50 till 96 år (44). I interventioner som innefattar ny teknik eller fysisk aktivitet är generellt de allra äldsta (85+ år) mer sällan inkluderade jämfört med yngre (65 till 84 år) (45–47). Resultaten från en longitudinell studie visar att ensamhet är mer förekommande i de äldre ålderskategorierna bland den äldre populationen, framför allt på grund av livshändelser och hälsorelaterade faktorer som kan orsaka ökade känslor av ensamhet (9). En slutsats som drogs av resultaten i studien, var att ensamhet kan förebyggas om utformningen av interventioner tar hänsyn till riskfaktorer förknippade med ensamhet i olika åldrar.

I de interventioner som riktas till både kvinnor och män, består ofta studiepopulationen till största delen av kvinnor (42, 46, 48). Det kan finnas flera tänkbara orsaker till att män i lägre utsträckning än kvinnor, tar del av insatser med syftet att minska ensamhet hos äldre. Bland annat kan det bero på att män framför allt väljer att vara med i interventioner som innefattar komponenter som kan stärka deras manliga identitet (49). Och sådana interventioner är ovanliga. Exempelvis har sociala interventioner som endast vänder sig till manliga studiedeltagare, visat god effekt på hälsan, såsom minskade känslor av ensamhet (50).

Svårigheter att tolka och jämföra resultat

Utvärderingar av insatser som även inkluderat individer med låg risk för ensamhet, ger blygsamma resultat. Effekten anses bli lägre om studiepopulationen består av grupper med låg risk för psykisk ohälsa, som exempelvis personer utan omfattande behov av hälso- och sjukvård eller stöd från socialtjänsten (51).

En svårighet är att veta vilken inverkan en intervention har på ensamhet, det vill säga om de använda mätmetoderna ger en korrekt bild av graden av ensamhet hos

studiedeltagarna vid olika mätpunkter under studiens gång. Om både subjektiva och objektiva mått används, kan det vara lättare att bedöma innebörden av resultaten (52).

I en sammanställning av systematiska översikter, som inkluderade studier som adresserar ensamhet, framgick det att interventioner oftast riktas mot målgrupper med särskilt behov av omvårdnad, såsom individer bosatta på demensboende eller vårdhem (53). Ensamhet ingår ofta som ett av flera utfall tillsammans med exempelvis social isolering, social samhörighet och depression (42, 45, 47). Likaså används olika mått för att mäta ensamhet, vilket också försvårar jämförelser mellan studier (51).

Innehåll i interventionerna

Program som har utformats i syfte att förebygga och minska förekomsten av ensamhet hos äldre, består ofta av både sociala och hälsorelaterade aktiviteter (9). Det senaste decenniet har många interventioner involverat olika former av teknologi med komponenter såsom sociala robotar, stöd via telefon eller utbildning i att navigera i sin dator (42, 45, 51). Fysisk aktivitet och hälsa är andra vanligt förekommande beståndsdelar i interventioner riktade mot äldre. Exempel på sådana är olika former av aerobisk träning, rekreativa aktiviteter, styrketräning eller utbildning i hälsorelaterade aspekter (47). Det viktigaste för att interventioner som inkluderar fysisk aktivitet ska ha positiv inverkan på ensamhet, verkar vara att de pågår under en längre period, så att deltagarna hinner utveckla betydelsefulla relationer till varandra (47).

Interventioner som riktas mot ensamhet hos äldre har olika upplägg som skiljer sig åt. Vissa inkluderar endast en komponent, medan andra består av flera. Det kan röra sig om att stöd i grupp varvas med individuellt stöd eller att fysisk träning, terapi och hälsoutbildning utgör komponenterna i en och samma intervention (53). När man frågat ensamma äldre individer, har de svarat att aktiviteter i en given intervention anses givande när de tilltalar dem på ett personligt plan och när de ges möjlighet att interagera med likasinnade, snarare än att vissa givna komponenter ingår (54).

Vilka förmedlar interventionerna?

Interventionerna mot ensamhet har utförts av bland annat professionella inom primärvården, teknikverksamheter eller hälsa, kommunal personal, forskare och volontärer. Många gånger utförs de av en blandning av professionella och lekmän (54). Samverkan mellan olika samhällsaktörer anses vara en nyckel för att förebygga ensamhet hos äldre, där primärvårdens personal identifierar de ensamma och i nästa steg hänvisar dem vidare till adekvat stöd (7). Att involvera civilsamhället i utformandet av program för att motverka ensamhet hos äldre, med till exempel volontärer, lyfts fram i den vetenskapliga litteraturen (53, 55).

Framåtblick

För att kunna veta vilken effekt interventioner har på ensamhet och hälsa behövs mer systematisk kunskap (37). Tidigare studier och översikter som presenterats i rapporten, visar på skiftande resultat. Därför är det viktigt att klargöra vilket innehåll i interventioner som kan vara verksamt för personer som är 65 år eller äldre. Kunskapen kan öka bland annat genom att identifiera framgångsfaktorer i de interventioner som vid uppföljning visat minskad ensamhet hos äldre. Med dessa faktorer som utgångspunkt, kan tillämpliga insatser utformas och testas i passande kontexter. Primärvården anses vara en lämplig arena för att upptäcka ensamhet och även erbjuda insatser som kan förebygga ensamhet hos äldre. Den här kunskapssammanställningen kan utgöra beslutsunderlag för utformningen av hållbara effektiva program i primärvårdskontext.

Syfte

Syftet med den här kunskapssammanställningen är att bidra med information om vilka interventioner som kan vara effektiva för att minska ensamhet hos äldre, och om det finns evidensbaserade metoder som skulle kunna användas inom primärvården.

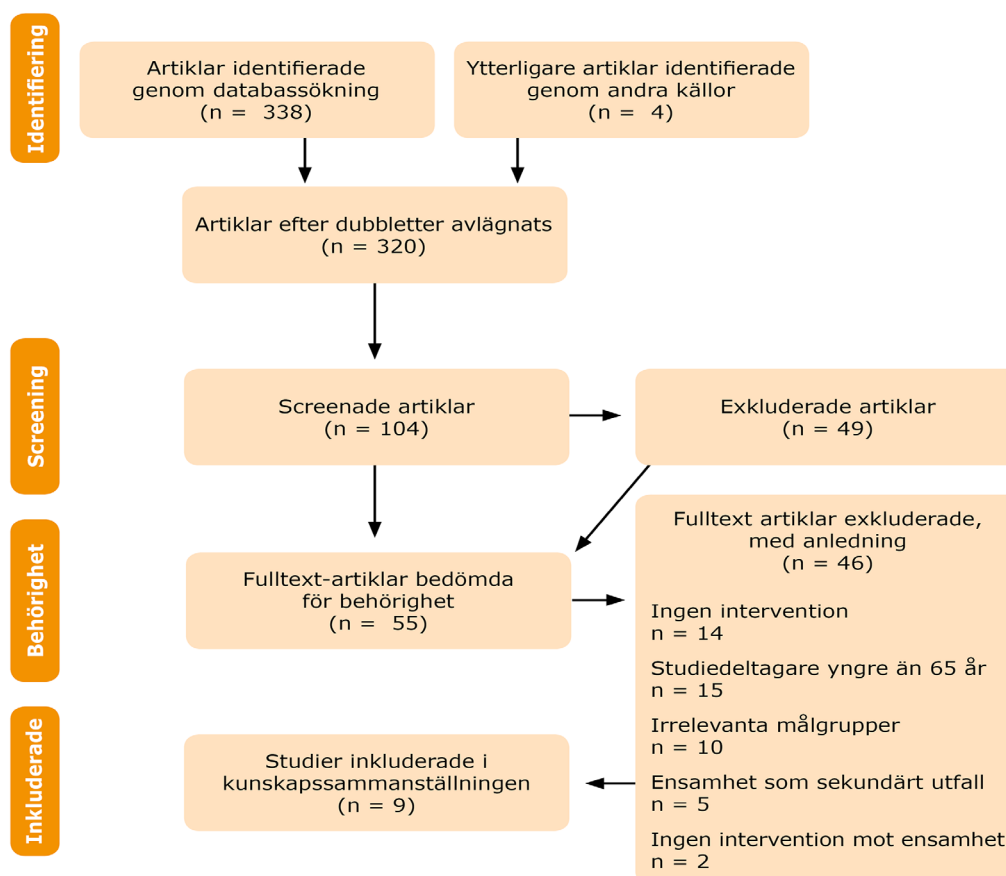
Metod

Sökstrategi

Innan sökningen efter potentiellt relevanta vetenskapliga artiklar påbörjades, konsulterades en bibliotekarie från Karolinska universitetssjukhuset. Bibliotekarien hjälpte oss att hitta relevanta söktermer och databaser kopplade till det aktuella problemområdet. Efter att så kallade MeSH-termer, thesaurus och fritextord identifierats, inleddes sökningar i databaserna PubMed och PsycINFO. Framför allt ville vi sälla ut relevanta systematiska översikter och metaanalyser som publicerats tidigast år 2010. Om samma artikel återfanns i flera sökningar togs den bort.

Samtliga referenslistor i de potentiella artiklarna utgjorde också en källa för att hitta fler artiklar att inkludera i sammanställningen. Om fulltext saknades för de artiklar som hittats i PubMed eller PsycINFO, gjordes sökningar även i Google Scholar. I samband med dessa sökningar fann vi fler potentiellt relevanta artiklar. Se figur 1 för detaljerad information om urvalsprocessen.

Vidare genomsökte vi svenska myndigheters, kommuners samt nationella och internationella organisationers hemsidor, för att identifiera sammanställningar eller andra källor där potentiellt väsentliga artiklar omnämndes.



Figur 1. Flödesschema för urvalsprocessen av vetenskapliga artiklar till kunskapssammanställningen (n = antal).

Inklusions- och exklusionskriterier

För att säkerställa att endast artiklar som uppfyllde de fastställda inklusionskriterierna (se tabell 1) togs med i kunskapssammanställningen, bedömdes varje identifierad artikel utifrån PICO. Förkortningen står för population, intervention, kontroll och utfall. PICO användes för att kunna göra mer effektiva litteratursökningar (56) och utgjorde ett stöd för att avgränsa problemområdet. Inklusionskriterierna fastställdes i dialog med referensgruppen för uppdraget om äldre och ensamhet, som Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF) inrättade år 2019.

Tabell 1. Inklusions- och exklusionskriterier för att avgränsa sökningen efter relevanta artiklar

	Inklusionskriterier	Exklusionskriterier
Population	Personer 65 år eller äldre i självständigt boende, som kom i kontakt med primärvården.	Personer 65 år eller äldre som bor i vårdboende där de får omfattande hjälp i vardagen på grund av t.ex. demens eller stroke.
Intervention	Interventioner vars syfte varit att höja det psykiska måendet, där ensamhet var en aspekt.	Interventioner vars syfte varit att minska social isolering, social inkludering eller andra relaterade aspekter kopplade till ensamhet.
Kontroll	Alla typer av studiedesign inkluderades, för att få heltäckande information rörande effektiviteten av interventioner mot ensamhet hos äldre.	Ingen studiedesign exkluderades.
Utfall	Förändringar i upplevd ensamhet ska ha varit ett primärt utfall (flera utfallsmått kan ha ingått).	När ensamhet varit ett sekundärt utfall, eller indirekta kopplingar till ensamhet gjorts utan att ha det som ett specifikt utfall.

Exkluderade studier

Samtliga systematiska översikter som inkluderat studier med ensamhet som utfall, hade även inkluderat andra utfall såsom social isolering, varierande målgrupper, olika ålderskategorier eller studier som inte innefattade en intervention ämnad att adressera ensamhet hos äldre. Efter noggrann genomgång av potentiella systematiska översikter, sorterades majoriteten av de enskilda studierna bort för att de inte stämde överens med inklusionskriterierna. Detta resulterade i att för få relevanta studier fanns kvar från de genomgångna systematiska översiktarna, för att det skulle vara betydelsefullt att utgå från dessa i den här kunskapssammanställningen. I stället användes de enskilda studier som uppfyllde kraven för att inkluderas.

Flera enskilda studier som i det första skedet av sökningen bedömdes vara av eventuell relevans, exkluderades också. Det gjordes framför allt på grund av att studiepopulationen bestod av fel målgrupper, innefattade individer yngre än 65 år eller hade irrelevanta utfall. Se figur 1 för orsaker till exkludering.

Kvalitetsgranskning

För att kunna bedöma kvaliteten på de inkluderade artiklarna, användes mallar för kvalitetsgranskning från Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) (57). Olika granskningsmallar används för randomiserade studier, observationsstudier och kvalitativa studier. Efter att de inkluderade kvalitetsaspekterna vägts samman för varje enskild studie, kan den bedömas som låg, medelhög eller hög.

Kvalitetsaspekter som vägs in i kvantitativa studier, är risken för systematiska fel i fråga om studiens urval av deltagare, intervention, utvärderingsmått, bortfall, rapportering och intressekonflikt. För kvalitativa studier bedöms syfte, urval, datainsamling, analys och resultat.

Resultat

Majoriteten av de nio vetenskapliga artiklar som denna kunskapssammanställning grundas på, var inkluderade i systematiska översikter som publicerats i internationella vetenskapliga tidskrifter. Huvudsyftet med översikterna var att fördjupa kunskap om effektiviteten av interventionerna. Utfall, åldersgrupper och målgrupper varierade i de systematiska översikterna. Det resulterade i att endast ett knapphändigt antal studier, eller i vissa fall en studie, kunde användas som underlag i den här översikten. Av den anledningen togs beslutet att använda de enskilda studierna som underlag i stället för översikterna. Utöver de studierna, identifierades ytterligare två relevanta studier som kunde användas i sammanställningen. Totalt beskrevs tolv olika interventioner som ingått i nio studier, med ensamhet som primärt utfall (26, 58, 60). I två studier prövades en intervention individuellt jämfört med i grupp (58, 61). Se bilaga 1 för en översikt av de inkluderade studierna och bilaga 2 för en utförligare beskrivning.

Kvaliteten hos de flesta studierna, som efter avslutad intervention rapporterat minskad ensamhet hos deltagarna, var medelhög (26, 58–65). Endast en av studierna ansågs vara av låg kvalitet (63, 64). Se bilaga 2 och bilaga 3 för fullständig information om kvalitetsbedömningen av de inkluderade studierna.

För fem av de inkluderade studierna redovisades effektstorlekar (58–61, 63). I tre av dessa studier kan effekten av interventionen anses vara liten (58, 59, 63). I studien av Jones och medarbetare (61) kan effekten ses som medelstor. I Theeke med fleras (60) studie, var effekten liten vid uppföljningen efter sex veckor men stor vid uppföljningen efter tre månader. Dock låg medelvärdet i interventionsgruppen över gränsvärdet för ensamhet vid båda uppföljningarna.

Delaktighet i att utforma insatser

I majoriteten av de nio genomgångna artiklarna, hade studiedeltagarna i olika utsträckning möjlighet att före eller under interventionen påverka strukturen och innehållet.

Planeringsfasen

I samband med utformningen av programmet ”Personal Reminder Information and Social Management” (PRISM), involverades äldre genom enkätundersökningar, fokusgrupper och i pilotstudien. Informationen som framkom tog man sedan hänsyn till i den fortsatta utvecklingen av programmet. Inför indelningen av studiedeltagarna i olika grupper, undersökte forskarna i interventionsprogrammet ”Psychosocial Group Rehabilitation” (PGR) vilka intressen de hade, så att deltagarna skulle vara i en grupp som matchade sådant de tyckte var intressant (26).

Pågående intervention

Äldre som ville få mer datorvana ingick i en studie som var uppdelad i en gruppintervention och en individuell intervention, där studiedeltagarna fick möjlighet att styra över hur frekvent de hade kontakt med sin grupp respektive den volontär som kunde ge it-stöd (61). Vid utformningen av utvärderingsenkäten, tillfrågades äldre individer och volontärer om deras synpunkter, som sedan togs hänsyn till när den slutliga versionen skapades (61).

I en studie där deltagarna skulle spela aktivitetsspelet Wii, fick de själva avgöra vilken typ av sport de ville spela (64). Mötesledarna i interventionsprogrammet PGR var

noggranna med att samtliga studiedeltagare skulle få komma till tals lika mycket och i mötet med likasinnade utveckla egen kontroll (empowerment) och strategier för att hantera sin situation (26). De som deltog i ett nätverksbaserat rehabiliteringsprogram, kunde utöver gruppaktiviteter få individuellt stöd om de hade behov av det (61). Även i studien som inkluderade äldre som nyligen flyttat till en ny stad, var det deltagarnas behov som var i fokus: Bland annat genomfördes fokusgrupper för att göra studiedeltagarna medvetna om sina behov, och en session ägnades helt åt att undersöka vilken typ av information som de som nyinflyttade ville ta del av (62).

Ämnena som diskuterades i en telefonbaserad intervention föreslogs av grupplederen och kunde i efterhand modifieras av studiedeltagarna (65). Studiedeltagarna som ingick i ”Loneliness Intervention using Story Theory to Enhance Nursing-sensitive outcomes” (LISTEN), uppmuntrades att själva komma med lösningar för att komma ur sin ensamhet genom att ta del av varandras personliga erfarenheter av ensamhet (60).

Aktivering

Aktivt deltagande var en faktor som ingick i flertalet av de inkluderade interventionerna. Se nästkommande avsnitt i rapporten och i bilaga 1 för information om interventionernas inverkan på ensamhet.

Aktivering som ledde till minskad upplevd ensamhet

I interventionerna där signifikant eller påtagligt minskad ensamhet rapporterades vid uppföljning, ingick aktiviteter som krävde aktivt engagemang av deltagarna och socialt utbyte med de andra gruppmedlemmarna. Bland annat ingick diskussioner som en komponent i flertalet studier, där deltagarna uppmuntrades att prata med de andra i gruppen och skapa nya sociala relationer (26, 59, 60, 62, 65). Socialt utbyte var också en del i PRISM. Där kunde studiedeltagarna via internet ha kontakt med familj och vänner samt få information om aktiviteter i närsamhället (58). Äldre personer, med eller utan erfarenhet av att sjunga, deltog i en gruppintervention som innefattade regelbunden körsång och sånguppträdanden inför publik, vilket bidrog till minskad upplevelse av ensamhet (63). Ett annat exempel är en intervention för äldre som ville lära sig mer om datorfunktioner eller it. De äldre träffades i grupp där deltagare med mer datorvana kunde hjälpa de mer ovana med de it-funktioner som var mest intressanta (61).

Fysisk aktivitet var en annan komponent som ingick i några studier. I dessa fick studiedeltagarna delta i gruppbaserad, strukturerad träning utformad för att ha effekt på deras fysiska förmåga (26, 59). Även en individbaserad intervention innefattade fysisk aktivitet. I den fick studiedeltagarna utöva aktivitetsspelet Wii tillsammans med en social partner (64).

Aktivering som ledde till oförändrad eller ökad upplevd ensamhet

I ett fåtal av de inkluderade studierna rapporterades resultat som indikerade obetydlig eller ogynnsam effekt på ensamhet. Ett exempel kan hämtas från en studie som bestod av två interventioner: en där deltagare fick personligt it-stöd i hemmet och en där deltagarna fick gruppbaserat it-stöd vid fysiska träffar (61). De som fick personligt stöd uppgav att graden av ensamhet förblev oförändrad, medan deltagarna i den gruppbaserade interventionen upplevde signifikant minskad ensamhet när interventionen avslutats. I gruppen där deltagarna fick personligt it-stöd i sitt hem, behövde fler hjälp för att ta sig utanför hemmet, jämfört med den grupp som deltog i fysiska gruppträffar (61).

I en annan av de genomgångna studierna, som även den bestod av två interventioner, rapporterades ökade känslor av ensamhet bland de deltagare som ingått i den intervention där studiedeltagarna fick titta på tv tillsammans med en social partner eller volontär (64). Studiedeltagare som i stället fick spela aktivitetsspelet Wii tillsammans med en social partner, rapporterade däremot minskad ensamhet (64).

Intresse, behov och risk för ensamhet hos deltagarna

De flesta av de tolv granskade interventionerna bestod av komponenter som tilltalade personer med liknade intressen, behov eller andra gemensamma nämnare. Interventionerna riktades oftast till målgrupper med risk för ensamhet, framför allt individer med fysiska begränsningar eller risk för försämrad fysisk kapacitet (se bilaga 1).

Intresse

En intervention inkluderade äldre som ville delta i en kör och uppträda inför publik (63). De som medverkade i programmet PRISM var intresserade av att kunna navigera runt på internet och ha kontakt med andra äldre med liknande intressen (58). Intresset för att lära sig att använda internet genom att få it-stöd och kunna socialisera virtuellt, lockade äldre med begränsad datorvana och tillgång till internet (61).

Deltagarna som medverkade i en intervention som innefattade att spela Wii, var nyfikna på att prova en ny social aktivitet (64). Aktiviteterna som ingick i PGR-programmet skiljde sig åt mellan grupperna och deltagarna fick vara med i den grupp som bäst matchade deras intressen och innefattade konstnärliga aktiviteter, terapeutiskt skrivande eller terapi i grupp alternativt fysisk aktivitet med diskussion. Detta möjliggjorde för studiedeltagarna att umgås med, och lära känna, likasinnade (26).

Interventionen som riktade sig till äldre som nyligen flyttat till en ny stad, attraherade de som ville stärka sitt sociala nätverk och lära sig mer om den nya hemstaden (62).

Behov

Studiedeltagarna i ett nätverksbaserat rehabiliteringsprogram fick möjlighet att träffa andra som befann sig i en liknande situation, där alla drabbats av en dalande försämring av sin vitalitet (59). Äldre som hade begränsad möjlighet att förflytta sig utanför sin bostad på grund av rörlighetsproblem, kunde genom ett telefonbaserat gruppstöd umgås med andra som kunde sätta sig in deras situation och få nya vänner (65). Även i interventionen som grundades på programmet LISTEN, bestod studiepopulationen av äldre personer med liknande livssituation: de var alla ensamma, bodde på landsbygden och led av kronisk ohälsa (60).

Grad av upplevd ensamhet

Graden av ensamhet hos studiedeltagarna varierade mellan de nio genomgångna studierna, samtidigt som den var relativt homogen bland studiedeltagarna i de enskilda studierna (se bilaga 1). I två av studierna bedömdes deltagarna ha en hög grad av upplevd ensamhet – en bedömning som baserades på UCLA LS-20 (26) och frågan ”lider du av ensamhet?” (59). Utöver den gemensamma nämnaren, var ensamhet ett givet obligatoriskt diskussionsämne i båda studierna. Baserat på informationen om gränsvärden för olika skattningar av ensamhet, som angivits av artikelförfattarna och i litteraturen, bestod populationen i en av studierna av äldre individer som hade låg grad av ensamhet (61).

Kön och ålder

Ett av inklusionskriterierna i en av de nio granskade studierna var att studiedeltagarna skulle vara kvinnor (65). I övriga interventioner fanns inget uttalat krav att den som anmälde sitt intresse skulle vara kvinna, samtidigt bestod studiepopulationen i de andra studierna överlag av minst 75 procent kvinnliga deltagare (26, 58–64). I de nio genomgångna studierna, varierade åldersspannet mellan 65 och 96 år (26, 58–65).

Samverkan mellan olika aktörer

De som förmedlade interventionerna i de nio genomgångna studierna utgjordes av en variation av professioner och samhällsaktörer, som tillsammans bidrog till interventionernas genomförande.

Hälso- och sjukvården

I en studie engagerades personal från hälso- och sjukvården både under rekryteringen och utförandet av interventionen. Dessa ingick i ett etablerat nätverk tillsammans med andra samhällsaktörer som genomfördes på flera rehabiliteringscenter. Under rekryteringsfasen hjälpte kontaktpersoner från olika hälso- och sjukvårdsverksamheter till att identifiera potentiella studiedeltagare som uppfyllde inklusionskriterierna. Själva interventionen utfördes av ett rehabiliteringsteam bestående av läkare, fysioterapeuter, socionomer och arbetsterapeuter (59).

Gruppledarna i den studie som innefattade ett PGR-program var legitimerade specialistsjuksköterskor och fysioterapeuter alternativt arbetsterapeuter. En forskningssjuksköterska var ansvarig för att intervjua och göra bedömningar av deltagarna vid baslinjen, det vill säga när interventionen startade, och vid uppföljningar efter tre och sex månader (26). I en telefonbaserad gruppintervention var en av gruppledarna fysioterapeut med erfarenhet av att arbeta med personer som hade nedsatt rörlighet (65). Interventionsprogrammet LISTEN genomfördes på en vårdcentral. Sjuksköterskor tog blodtryck, blodglukos, BMI och genomförde andra fysiska mätningar i studien (60).

Kommunen

I den studie som genomfördes på rehabiliteringscenter, medverkade representanter från socialförvaltningen som identifierade potentiella studiedeltagare utifrån fastställda kriterier. Representanterna ingick i ett väl etablerat nätverk med övriga samhällsaktörer som var involverade i interventionen. I nätverket fanns även socionomer som utgjorde en av professionerna i interventionsrehabiliteringsteamet och som informerade om det serviceutbud som var tillgängligt inom socialförvaltningen (59).

I en av studierna var målgruppen nyinflyttade äldre individer, och kommunen bistod med information om aktiviteter och stöd för äldre som förmedlades i interventionen (62). En av gruppledarna i en intervention som innefattade telefonbaserat stöd i grupp, var socialarbetare med erfarenhet av att arbeta med kvinnor i kris (65).

Civilsamhället

Flera forskargrupper tog hjälp av aktörer som möter äldre i sin vardag för att rekrytera studiedeltagare. Bland annat engagerades kontaktpersoner från volontärorganisationer såsom serviceprogrammet ”Meals on Wheels” (58) och välgörenhetsgruppen ”Age UK” (65). Studiedeltagare rekryterades även med stöd från intresseorganisationer (65). En av interventionerna genomfördes i samarbete med en lokal musikskola, där studiedeltagarna deltog i strukturerad körsång ledd av en professionell körledare (63).

Utförarna i flera studier var framför allt volontärer från olika organisationer i samhället. I en studie riktad mot äldre som nyligen flyttat till en ny stad, utgjordes personalstyrkan av före detta studiedeltagare och volontärer med erfarenhet att arbeta med gruppaktiviteter för äldre (62). Utöver dem, engagerades nyckelpersoner som utgjorde en länk mellan studiedeltagarna och stadens tillgängliga aktiviteter och tjänster (62). I en annan studie, som var telefonbaserad och riktades till äldre med rörlighetsproblem, var hälften av gruppledarna volontärer med egna fysiska begränsningar (65). Även en intervention som riktades till äldre som ville lära sig navigera på internet, genomfördes med hjälp av volontärer (61). Volontärerna var 50 år eller äldre, kom från lokalsamhället, hade tidigare vana av volontärarbete och var väl bekanta med datorer (61). Frivilliga collegestuderande ingick som utförare i en studie, där de skulle vara en "social partner" medan de spelade aktivitetsspelet Wii eller tittade på tv tillsammans med studiedeltagarna (64).

Diskussion

Syftet med den här kunskapssammanställningen var att få information om vilken typ av interventioner som visat sig effektiva för att minska upplevd ensamhet hos äldre, och därtill om det finns evidensbaserade program som är tillämpbara inom primärvården.

Förhoppningen var att kunna identifiera evidensbaserade interventionsprogram i de inkluderade vetenskapliga artiklarna. Men eftersom design och syfte skiftade i de olika studierna, effekterna var blygsamma och de utformade programmen användes för första gången inom forskningsområdet, krävs det att studierna upprepas med fler deltagare innan det går att avgöra dess effektivitet (7, 51).

De gemensamma nämnare som återkom i de nio inkluderade vetenskapliga artiklarna, var att involvera de äldre i utformningen och utvärderingen av interventionen. Interventionernas innehåll kan utvärderas i studier som innehåller fler deltagare. Det vill säga utvärdering av komponenter som aktiverar deltagarna, att erbjuda program som kan utgöra en plattform för äldre att interagera med andra med liknande behov eller intressen och att genomförandet av interventioner sker i samverkan mellan olika aktörer inom olika verksamheter i samhället. De program som användes som metod i interventionerna hade tidigare aldrig använts i syfte att minska ensamhet hos äldre, och utformning och innehåll varierade mellan enskilda studier.

Enligt den egna kvalitetsbedömningen i denna kunskapssammanställning, var de inkluderade studiernas kvalitet medelhög. Det överensstämmer med resultaten från systematiska översikter och metaanalyser i den befintliga vetenskapliga litteraturen kopplad till upplevd ensamhet hos äldre (46–48). Så länge kvaliteten är ojämn och information som möjliggör upprepning av studierna saknas, krävs det att fler studier av hög kvalitet genomförs, så att interventioners effekt på sikt kan baseras på tillförlitliga data (7).

Svårigheter att jämföra studier

Mätmetoder varierade

För att bedöma graden av upplevd ensamhet användes olika mätmetoder. Det fanns dock information om effektstorlek eller underlag som möjliggjorde beräkning av effekten oavsett mätinstrument. Oavsett mätinstrument är det viktigt att de är utprovade och fungerar för målgruppen.

För att kunna bedöma effekten av interventioner med syfte att motverka ensamhet hos äldre kan samma mätinstrument användas, med fördel både direkta och indirekta mått (52). Med tanke på att upplevelsen av ensamhet kan fluktuera, med både korta och lite längre tidsintervaller (5), är det något som bör tas hänsyn till i samband med att ensamhet mäts. Frågan är hur resultaten kan ha påverkats av om baslinjemätningen och slutmätningen exempelvis gjordes vid olika årstider eller olika tider på dygnet. Det perspektivet saknades i de genomgångna studierna, men kan ha haft en viss påverkan på resultaten – särskilt för de studier som genomfördes i nordisk kontext, eftersom många äldre är mindre aktiva och har ett sämre mående under de kallare årstiderna (67).

Olika mått för ensamhet

I de granskade studierna användes flera olika validerade ensamhetsskalor för att bedöma graden av ensamhet. UCLA LS-20 var den mest frekventa (26, 58, 60, 63, 64), medan DJG LS-6 användes i en studie (61) och AOK LS i en annan (62). Trots att UCLA

LS användes i störst utsträckning, anses DJG LS vara den ensamhetsskala som är mest fördelaktig att använda för att mäta graden av ensamhet när studiepopulationen består av äldre individer (25). Ordet ensamhet förekommer inte alls i ensamhetsskalorna, vilket kan bidra till att tillfrågade svarar mer sanningsenligt än om de behöver svara på konkreta frågor om ensamhet (5).

I några av de granskade studierna ställdes olika varianter av en direkt fråga om ensamhet (26, 59). För att även kunna identifiera äldre vars ensamhetskänslor fluktuerar, kan det vara fördelaktigt att använda en direkt fråga med svarsalternativ som gör det lättare för personen att tänka i ett längre tidsperspektiv, snarare än svarsalternativ som endast ger en ögonblicksbild. I två av studierna förekom svarsalternativen *aldrig, sällan, ibland, ofta* eller *alltid* (26, 59), vilket kan få den tillfrågade att tänka ur ett helhetsperspektiv.

För att få större tillförlitlighet i bedömningen av graden av ensamhet, behöver både objektiva och subjektiva mått användas (53). Det innebär att svaren från de kvantitativa måtten på ensamhet tillsammans med intervjuer där en direkt fråga om förekomst ställs med utrymme för följdfrågor, skulle kunna utgöra en vägledning för att avgöra om det är relevant att hänvisa en person vidare till stöd. En konkret strategi vid hänvisning vidare, är så kallad social förskrivning. Det innebär att personal på vårdcentraler erbjuder aktiviteter som tillhandhålls av organisationer de samverkar med, även om det vetenskapliga stödet är svagt (68). Den huvudsakliga uppgiften för de sociala förskrivarna kan vara att motverka ensamhet samtidigt som strategin avser att ge flera positiva effekter. Till exempel i form av bättre hälsa och välbefinnande för patienterna eller ekonomiska fördelar som genereras av de gemensamma ansträngningarna och utbytet mellan olika samhällssektorer i lokalsamhället (67).

Gemensamma komponenter

Deltagarna involverades

Deltagarna i de granskade studierna involverades i olika aspekter av interventionen, såsom utformning, innehåll och utvärdering. När deltagarna ges möjlighet att påverka interventionen matchar den bättre med målgruppen, vilket även ökar potentialen för önskad verkan (54).

Relationen mellan utförare och studiedeltagare kan vara av intresse att studera ytterligare. De som levererar interventionen kan behöva väsentliga färdigheter och erfarenheter för att generera engagemang hos studiedeltagarna och utgöra ett stöd för dem (8). Utförarna som rekryterades till de granskade interventionerna besatt betydelsefulla egenskaper. Bland annat hade de specifika ämneskunskaper, tidigare vana att arbeta med målgruppen eller var i samma ålder som studiedeltagarna. Oberoende av typ av intervention, fick de som ansvarade för utförandet av aktiviteterna stödja studiedeltagarna på olika sätt. Exempelvis handlade det om att ge teknisk support (58, 61), leda diskussioner kring ämnen kopplade till ensamhet (26, 59, 60, 62, 65) och rehabiliterande fysisk träning (26, 59).

Ytterligare en faktor som kan bidra till om stödet upplevs vara hjälpsamt, är hur personal bemöter frågor och ämnen som lyfts av studiedeltagare. Det är förmodligen lättare för äldre att prata om svåra ämnen, såsom ensamhet, om samtalspartnern upplevs som empatisk och lyhörd (54, 69). I de granskade studierna fanns stödjare som antingen var professionella med vana att möta äldre i sin yrkesvardag (59) eller särskilt

utbildade lekmän (61, 62), och i vissa interventioner var det en blandning av både professionella och lekmän (58, 65).

En viktig komponent i intervention för äldre anses vara att de inkluderas i kontexter som stärker möjligheterna till att knyta meningsfulla relationer med andra, vilket många upplever minskar känslor av ensamhet (47). De flesta av de granskade interventionerna hölls i grupp, med möjlighet att lära känna de andra deltagarna (26, 58–63). En strategi för att stimulera äldre till att medverka i aktiviteter, är att aktiviteterna stämmer överens med deras intressen eller behov (51, 54, 69). I de flesta av interventionerna som ingick i vår översyn inkluderades komponenter som tilltalade specifika målgrupper, såsom att få mer datorvana (58, 61), vara fysiskt aktiv (26, 59, 64), eller medverka i kulturella aktiviteter (26, 63). När äldre ges möjlighet att vara med i sammanhang som kräver aktivt engagemang eller som uppmuntrar till kreativitet, är det sannolikt att aktiviteten engagerar och resulterar i minskad upplevd ensamhet (7).

Utöver att aktiviteter ska matcha deltagarnas intressen eller behov, finns det också indikationer på att de bör pågå under en längre period, troligen mer än tre månader, för att deltagarna ska hinna skapa meningsfulla relationer till varandra (47). Merparten av de inkluderade interventionerna pågick mellan fem och tolv veckor, vilket kan vara för kort för att knyta personliga tillitsfulla band och ge varaktiga positiva effekter på upplevd ensamhet. Två av de inkluderade interventionerna pågick i 30 veckor (63) respektive 12 månader (58) men hade liten effekt.

Positiva effekter på riskgrupper

I majoriteten av studierna ingick främst grupper som riskerade att drabbas av ensamhet. Samtidigt indikerade baslinjemätningarna att studiedeltagarna i merparten av studierna kunde bedömas som ensamma, baserat på de gränsvärden för ensamhet som angavs i artiklarna. Även i den studie där studiedeltagarna överlag upplevde låg grad av ensamhet, visade resultaten på signifikant minskade känslor av ensamhet för deltagare som fick intervention i grupp jämfört med individuellt stöd (61).

En del inkluderade interventioner, riktade mot riskgrupper för ensamhet, mätte även hälsorelaterade utfall. Ett exempel kan hämtas från studien som involverade strukturerad körsång. Utöver minskad upplevd ensamhet, visade deltagarna även signifikant minskad frekvens av fall och minskad användning av läkemedel samt bättre skattad hälsa, jämfört med kontrollgruppen tolv månader efter interventionens slut (63). Likaså rapporterade studiedeltagare som spelat aktivitetsspelet Wii en signifikant bättre hälsa vid eftertestet (64). De som medverkade i ett rehabiliteringsprogram uppgav en signifikant förbättrad självskattad hälsa (59). Förebyggande insatser kan antas bidra till hälsovinster för individen såväl som minskat utnyttjande av hälso- och sjukvårdens resurser. För att bedöma effekten av interventioner skulle objektiva och subjektiva utfall för hälsa kunna utgöra ett komplement till befintliga ensamhetsmått.

I de interventioner där forskarna använt sig av objektiva mått, såsom ensamhetskalorna DJG LS-6 och UCLA LS-20, presenterades medelvärden av poängen även om också gränsvärden för olika grader av ensamhet angavs (26, 60, 61, 64). En kategorisering av olika grader av ensamhet, baserat på antal poäng eller frekvens, skulle ge en tydligare uppfattning om interventionen lett till att fler upplever en lägre grad av ensamhet (53). Ett konkret exempel är resultaten från den studie där skalan DJG LS-6 utgjorde mått på ensamhet (61). I stället för att bara ange att medelvärdet sjunkit från 2,4 poäng till 1,4 poäng för studiedeltagarna i gruppinterventionen, skulle gränsvärdena för ensamhet i DJG LS-6 kunna användas för att tydliggöra att ensamhet hos studiedeltagarna sjunkit:

från att ligga närmare gränsen för ensamhet (2–6 poäng) till en nivå som innebar att de inte längre upplevde ensamhet (0–1,9 poäng) (53).

Män och de allra äldsta i minoritet

Överlag utgjordes studiepopulationen i interventionerna till största del av kvinnor. Män anses vara mindre benägna att medge att de känner sig ensamma, vilket kan ha påverkat att de i större utsträckning klassificerades som att de inte var ensamma och att de avstod från att anmäla sitt intresse till studier där det framgick att syftet var att adressera ensamhet (50, 66). Andelen män som väljer att vara med i sociala interventioner skulle kunna vara högre om det fanns alternativ som endast inkluderade män och hade komponenter som stärker deras maskulina identitet i en miljö där de känner sig bekväma att prata om känsliga ämnen (50). Äldre män som får ett minskat socialt nätverk, på grund av att till exempel deras livspartner går bort, tar mer sällan än kvinnor initiativ till nya sociala kontakter och kan hamna i ensamhet (70). Av den anledningen kan män dra mer nytta av sociala interventioner som stärker deras sociala nätverk och därmed måendet, jämfört med kvinnor (49).

En av de stora utmaningarna i det förebyggande arbetet mot ensamhet, är att nå ut till och motivera äldre personer som anses gynnas allra mest av deltagandet (19). Ett första steg för att fler ska slippa drabbas av upplevd ensamhet, är att minska stigma kopplat till ämnet. Det kan göras genom kampanjer som ökar medvetenheten kring ensamhet (71). Hälso- och sjukvården anses ha en betydelsefull roll för att patienter ska våga prata om ett så känsligt ämne som ensamhet. Legitimerad personal, såsom sjuksköterskor, har möjlighet att skapa en tillitsfull relation till patienter och förutsättningar för att de ska dela med sig av sina erfarenheter av ensamhet (54). Då kan sjuksköterskan hänvisa patienten vidare till adekvat stöd, och tröskeln för att ta nästa steg för att få hjälp blir lägre (72).

I majoriteten av de nio inkluderade studierna var åldersspannet relativt brett. Studiedeltagarnas ålder varierade mellan 65 och 96 år. Med tanke på att upplevd ensamhet är vanligt förekommande bland de allra äldsta i befolkningen, är det viktigt att de inkluderas i studier. Det kan göra det möjligt att få kunskap om vilken typ av interventioner som är mest effektiva för olika ålderskategorier och sårbarheter för ensamhet (9). För att interventionskomponenterna ska överensstämma med målgruppens behov, behöver de som utformar interventioner som avser att motverka ensamhet hos äldre, ta del av den genererade kunskapen om vilka risker som kan kopplas ihop med olika ålderskategorier bland de äldre (9).

Samverkan med samhällsaktörer

Samtliga forskargrupper tog hjälp av andra samhällsaktörer i ett eller flera skeden av interventionen. Det möjliggjorde att rätt målgrupp kunde nås eller att själva interventionen kunde genomföras. En av fördelarna med att använda resurser som olika samhällsaktörer kan bidra med, är att det skapar goda förutsättningar för förbättrad kommunikation och närmare relationer mellan involverade aktörer. Det i sin tur bidrar till att gemensamma mål kan formuleras och främja äldres möjlighet att knyta nya kontakter (8). Ytterligare en fördel med att professionella och civilsamhället samverkar är att arbetet kan fördelas så att de professionella kan utföra sådant som kräver specialkunskap och lekmän eller volontärer kan få relevant utbildning eller handledning som gör att de kan ansvara för andra delar av interventionen (55).

I flera av interventionerna hade volontärer från lokalsamhället en central roll. Det vanligaste var att de var i övre medelåldern eller äldre, och deras funktion var utbildare

(61) eller diskussionsledare (62, 65). Äldre individer som engagerar sig i volontärarbete gör det bland annat för att det är ett sätt att vara till nytta för andra och samtidigt känna sig behövda. Det är en sysselsättning som stimulerar till en aktivare livsstil och sociala kontakter och kan minska risken för att uppleva ensamhet (53, 61).

Genom att bygga upp långsiktiga samarbeten inom befintliga verksamheter, går det att utveckla hållbara interventioner som riktas mot de tänkta målgrupperna (8). I en av studierna beskrevs en metod som innebar att interventionen utfördes inom ett befintligt rehabiliteringsprogram, där aktörerna ingick i ett väletablerat nätverk och alla inblandade parter tilldelats tydliga roller (59). Interventionen genomfördes parallellt på flera rehabiliteringscenter, belägna i olika kommuner. Deltagarna i varje grupp kom från samma kommun och deltog i det rehabiliteringsprogram som geografiskt låg närmast deras bostad (59). En viktig komponent för att minska ensamhet hos äldre är troligen att erbjuda aktiviteter i de äldres närområde. För att skapa kontinuitet kan det krävas att lokala aktörer finns geografiskt nära varandra och att de aktivt arbetar tillsammans för att motverka ensamhet.

Rekommendationer

Gemensamma faktorer kan studeras för att utveckla effektiva insatser

Resultaten från den här kunskapssammanställningen har bidragit till en ökad kännedom om vilka faktorer som kan vara värdefulla att utvärdera i arbetet för att förebygga och minska upplevd ensamhet hos äldre. Däremot finns det inget stöd för att rekommendera ett specifikt program som helhet.

Verktyg för att identifiera ensamhet – komplettera frågeformulär med intervju

Att systematiskt använda den kortare versionen av ensamhetsskalan DJG LS-6 kan underlätta för personal inom primärvården att lyfta ensamhet och identifiera ensamma individer eller de som riskerar att hamna i långvarig ensamhet. Resultatet från frågeformuläret behöver kompletteras med intervjuer, där en direkt fråga om ensamhet ställs. En sådan fråga kan ge mer uttömmande information som fungerar vägledande för att avgöra om det är relevant att hänvisa patienten vidare till någon form av stöd. De som möter patienterna behöver vara empatiska och ha god kunskap om äldres ensamhet. Dels för att skapa en tillitsfull relation där patienten vågar prata om sin livssituation, dels för att kunna göra adekvata bedömningar och dels för att kunna besvara eventuella frågor om ensamhet.

För att kunna följa upp om upplevd ensamhet har förändrats, kan det vara bra att dela in poängen som genereras i DJG LS-6 i kategorier utifrån de fastställda gränsvärden som finns för skalan. Då kan icke ensamma (0–1,9 poäng) skiljas från de som upplever ensamhet (2–6 poäng) (73). Det skulle också ge en indikation på om upplevd ensamhet förändrats. Likaså kan svaren från den direkta frågan om ensamhet delas in i kategorier som kan ge en fingervisning om förekomsten av ensamhet förändrats eller inte. Uppföljningsmätningen bör om möjligt göras ungefär samma tid på dagen och samma veckodag som den första mätningen, för att undvika att eventuella variationer i upplevelsen ger missvisande resultat. Den direkta frågan om upplevd ensamhet bör helst ha svarsalternativ som bidrar till att den tillfrågade svarar utifrån ett långsiktigt perspektiv, som till exempel *aldrig, sällan, ibland, ofta* eller *alltid*.

Mer samverkan mellan primärvård och samhällsaktörer

Social förskrivning är en strategi som eventuellt kan underlätta att på ett systematiskt sätt hänvisa patienter till vidare stöd och aktiviteter. Det bör dock betonas att denna strategi saknar evidens och därför bör utvärderas. Aktiviteterna som erbjuds behöver finnas tillgängliga i patientens närområde, vilket kräver att primärvården i större utsträckning samverkar med andra lokala samhällsaktörer. Ju närmare de olika aktörerna är varandra geografiskt, desto mer tillgängligt blir stödet för den äldre befolkningen.

Nära samverkan mellan primärvården och de som utför aktiviteterna gör det lättare att skapa hållbara insatser. Alla involverade samhällsaktörer bidrar med sina erfarenheter, kunskap och resurser. Personal från primärvården kan ansvara för fysiska mätningar eller andra aktiviteter som kräver specifik vårdkunskap. För att arbetet mot ensamhet hos äldre ska vara hållbart kan det också krävas att volontärer engageras. Volontärerna ska helst ha en roll som matchar deras bakgrund eller erfarenheter, så att de efter en kortare tids utbildning kan utgöra en resurs i erbjudna insatser. Äldre individer är en värdefull volontärresurs, bland annat för att deltagarna kan identifiera sig med dem och för att det även kan bidra till minskad risk för volontärerna att uppleva ensamhet.

Involvera målgruppen och minska stigma

I samband med utvecklingen av insatser mot ensamhet finns det flera aspekter att ta hänsyn till. Bland annat är det av stor vikt att involvera de målgrupper som kan tänkas ta del av aktiviteterna. Då kan insatserna utformas för att passa behov och intressen. Likaså är det viktigt att aktiviteterna pågår under längre tid, så att deltagarna hinner skapa meningsfulla relationer till varandra. Ytterligare en viktig faktor är att säkerställa att insatserna stimulerar till aktivitet, eftersom passiva aktiviteter kan öka upplevelsen av ensamhet.

Parallellt med utvecklingen av hållbara aktiviteter finns det behov av att arbeta för att minska stigma kopplad till ensamhet. Annars kommer sannolikt de som allra mest gynnas av insatserna inte att nås av dem. En strategi är att sprida kunskap om ensamhet och normalisera ämnet, så att det på sikt kan upplevas som mindre känsligt och att fler vågar ta steget att ta del av aktiviteterna. Bland annat kan insatser som minskar stigma, utgöras av informationskampanjer för att lyfta medvetenhet kring ensamhet, skapa tillitsfulla relationer mellan primärvårdspersonal och patienter samt motivera patienter till att medverka i erbjudna aktiviteter.

Många hälsovinster

Primärvården, i samverkan med andra samhällssektorer, kan bidra till att äldre individer i Stockholms län ges rätt förutsättningar för att slippa ensamhet, som en sorts hjälp till självhjälp. Insatser som fungerar förebyggande, eller minskar ensamhet hos äldre, har potential att även ha positiv inverkan på den övergripande hälsan. Dels genererar hälsovinster ökad livskvalitet för individen, dels minskar belastningen på hälso- och sjukvården.

Referenser

1. Vozikaki M, Papadaki A, Linardakis M, Philalithis A. Loneliness among older European adults: results from the survey of health, aging and retirement in Europe. *Journal of public health*. 2018;26(6):613-24.
2. Abramsson A, Hydén L-C, Motel-Klingebiel A. Vem är den äldre? Äldrebilder i ett åldrande Sverige. Stockholm: NISAL; 2017. Contract No.: S2015:03.
3. Nilsen C, Agahi N, von Saneger I, Österman J, Hedberg Rundgren Å, Lennartsson C. HUR MÅR STOCKHOLMARNÄ EFTER 65? Beskrivningg av hälsa och levnadsvanor 2002-2018. Stockholm: Äldrecentrum; 2019.
4. Nyqvist F, Cattan M, Conradsson M, Nasman M, Gustafsson Y. Prevalence of loneliness over ten years among the oldest old. *Scand J Public Health*. 2017;45(4):411-8.
5. Victor CR. Loneliness and later life: concepts, prevalence, and consequences. In: Sha'ked A, Rokach A, editors. *Addressing loneliness: coping, prevention and clinical interventions*. New York: Taylor & Francis Group; 2015. p. 185-204.
6. Dahlberg L, McKee KJ. Correlates of social and emotional loneliness in older people: evidence from an English community study. *Aging & mental health*. 2014;18(4):504-14.
7. Gardiner C, Geldenhuys G, Gott M. Interventions to reduce social isolation and loneliness among older people: an integrative review. *Health & social care in the community*. 2018;26(2):147-57.
8. Poscia A, Stojanovic J, La Milia DI, Duplaga M, Grysztar M, Moscato U, et al. Interventions targeting loneliness and social isolation among the older people: An update systematic review. *Exp Gerontol*. 2018;102:133-44.
9. Hawkey LC, Kocherginsky M. Transitions in Loneliness Among Older Adults: A 5-Year Follow-Up in the National Social Life, Health, and Aging Project. *Res Aging*. 2018;40(4):365-87.
10. Ong AD, Uchino BN, Wethington E. Loneliness and Health in Older Adults: A Mini-Review and Synthesis. *Gerontology*. 2016;62(4):443-9.
11. Eloranta S, Arve S, Isoaho H, Lehtonen A, Viitanen M. Loneliness of older people aged 70: a comparison of two Finnish cohorts born 20 years apart. *Archives of gerontology and geriatrics*. 2015;61(2):254-60.
12. Cohen-Mansfield J, Hazan H, Lerman Y, Shalom V. Correlates and predictors of loneliness in older-adults: a review of quantitative results informed by qualitative insights. *Int Psychogeriatr*. 2016;28(4):557-76.
13. Aichberger MC, Busch MA, Reischies FM, Ströhle A, Heinz A, Rapp MA. Effect of physical inactivity on cognitive performance after 2.5 years of follow-up: longitudinal results from the survey of health, ageing, and retirement (SHARE). *GeroPsych*. 2010;23(1):7-15.
14. Fielding RA, Guralnik JM, King AC, Pahor M, McDermott MM, Tudor-Locke C, et al. Dose of physical activity, physical functioning and disability risk in mobility-limited

- older adults: Results from the LIFE study randomized trial. *PloS one*. 2017;12(8):e0182155.
15. Naef R, Ward R, Mahrer-Imhof R, Grande G. Characteristics of the bereavement experience of older persons after spousal loss: an integrative review. *Int J Nurs Stud*. 2013;50(8):1108-21.
 16. Brittain K, Kingston A, Davies K, Collerton J. An investigation into the patterns of loneliness and loss in the oldest old - Newcastle 85+ study. *Ageing & Society*. 2017;37(1):39-62.
 17. Bradley DE, Van Willigen M. Migration and psychological well-being among older adults: a growth curve analysis based on panel data from the Health and Retirement Study, 1996-2006. *J Aging Health*. 2010;22(7):882-913.
 18. Wu Z, Penning M. Immigration and loneliness in later life. *Ageing & Society*. 2015;35(1):64-95.
 19. Due TD, Sandholdt H, Waldorff FB. Social relations and loneliness among older patients consulting their general practitioner. *Dan Med J*. 2017;64(3).
 20. Tomstad S, Dale B, Sundsli K, Saevareid HI, Soderhamn U. Who often feels lonely? A cross-sectional study about loneliness and its related factors among older home-dwelling people. *International journal of older people nursing*. 2017;12(4).
 21. Evans IEM, Llewellyn DJ, Matthews FE, Woods RT, Brayne C, Clare L, et al. Living alone and cognitive function in later life. *Archives of gerontology and geriatrics*. 2019;81:222-33.
 22. Zebhauser A, Hofmann-Xu L, Baumert J, Hafner S, Lacruz ME, Emeny RT, et al. How much does it hurt to be lonely? Mental and physical differences between older men and women in the KORA-Age Study. *International journal of geriatric psychiatry*. 2014;29(3):245-52.
 23. Niedzwiedz CL, Richardson EA, Tunstall H, Shortt NK, Mitchell RJ, Pearce JR. The relationship between wealth and loneliness among older people across Europe: Is social participation protective? *Prev Med*. 2016;91:24-31.
 24. Valtorta NK, Kanaan M, Gilbody S, Hanratty B. Loneliness, social isolation and social relationships: what are we measuring? A novel framework for classifying and comparing tools. *BMJ open*. 2016;6(4):e010799.
 25. Penning MJ, Liu G, Chou PHB. Measuring loneliness among middle-aged and older adults: the UCLA and de Jong Gierveld loneliness scales. *Social Indicators Research*. 2014;118(3):1147-66.
 26. Routasalo PE, Tilvis RS, Kautiainen H, Pitkala KH. Effects of psychosocial group rehabilitation on social functioning, loneliness and well-being of lonely, older people: randomized controlled trial. *Journal of advanced nursing*. 2009;65(2):297-305.
 27. De Jong Gierveld J, Van Tilburg T. The De Jong Gierveld short scales for emotional and social loneliness: tested on data from 7 countries in the UN generations and gender surveys. *Eur J Ageing*. 2010;7(2):121-30.
 28. Shiovitz-Ezra S, Ayalon L. Use of direct versus indirect approaches to measure loneliness in later life. *Research on Aging*. 2012;34(5):572-91.

29. Lagerin A, Tornkvist L, Hylander I. District nurses' experiences of preventive home visits to 75-year-olds in Stockholm: a qualitative study. *Primary health care research & development*. 2016;17(5):464-78.
30. Victor CR, Bowling A. A longitudinal analysis of loneliness among older people in Great Britain. *The Journal of psychology*. 2012;146(3):313-31.
31. Scharf T, de Jong Gierveld J. Loneliness in urban neighbourhoods: an Anglo-Dutch comparison. *Eur J Ageing*. 2008;5(2):103.
32. Victor C, Scambler S, Bond J, A. B. Being alone in later life: loneliness, social isolation and living alone. *Reviews in Clinical Gerontology* 2000;10(4):407-17.
33. Heikkinen RL, Kauppinen M. Mental well-being: a 16-year follow-up among older residents in Jyvaskyla. *Archives of gerontology and geriatrics*. 2011;52(1):33-9.
34. Luanaigh CO, Lawlor BA. Loneliness and the health of older people. *International journal of geriatric psychiatry*. 2008;23(12):1213-21.
35. Leigh-Hunt N, Bagguley D, Bash K, Turner V, Turnbull S, Valtorta N, et al. An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *Public health*. 2017;152:157-71.
36. Cacioppo S, Capitanio JP, Cacioppo JT. Toward a neurology of loneliness. *Psychological bulletin*. 2014;140(6):1464-504.
37. Courtin E, Knapp M. Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review. *Health & social care in the community*. 2017;25(3):799-812.
38. Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, Harris T, Stephenson D. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspect Psychol Sci*. 2015;10(2):227-37.
39. Leitch S, Glue P, Gray AR, Greco P, Barak Y. Comparison of Psychosocial Variables Associated With Loneliness in Centenarian vs Elderly Populations in New Zealand. *JAMA Netw Open*. 2018;1(6):e183880.
40. Honigh-de Vlaming R, Haveman-Nies A, Bos-Oude Groeniger I, Hooft van Huysduynen EJ, de Groot LC, Van't Veer P. Loneliness Literacy Scale: Development and Evaluation of an Early Indicator for Loneliness Prevention. *Soc Indic Res*. 2014;116:989-1001.
41. Bruggengate T, Lujckx K, J. S. Social needs of older people: a systematic literature review. *Ageing and Society*. 2018;38(9):1745-70.
42. O'Rourke HM, Collins L, Sidani S. Interventions to address social connectedness and loneliness for older adults: a scoping review. *BMC geriatrics*. 2018;18(1):214.
43. Pinguart M, Sorensen SIOLiOAAM-A. Influences on Loneliness in Older Adults: A Meta-Analysis. *Basic and Applied Social Psychology*. 2001;23(4):245-66.
44. Cohen-Mansfield J, Perach R. Interventions for alleviating loneliness among older persons: a critical review. *Am J Health Promot*. 2015;29(3):e109-25.
45. Choi M, Kong S, Jung D. Computer and internet interventions for loneliness and depression in older adults: a meta-analysis. *Healthc Inform Res*. 2012;18(3):191-8.

46. Morris ME, Adair B, Ozanne E, Kurowski W, Miller KJ, Pearce AJ, et al. Smart technologies to enhance social connectedness in older people who live at home. *Australasian journal on ageing*. 2014;33(3):142-52.
47. Shvedko AV, Thompson JL, Greig CA, Whittaker AC. Physical Activity Intervention for treatment of social isolation, loneliness or low social support in older adults. *Psychol Sport Exercise*. 2018;34:128-137.
48. Dickens AP, Richards SH, Greaves CJ, Campbell JL. Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review. *BMC public health*. 2011;11:647.
49. Gleibs IH, Haslam C, Jones JM, Alexander Haslam S, McNeill J, Connolly H. No country for old men? The role of a 'Gentlemen's Club' in promoting social engagement and psychological well-being in residential care. *Ageing & mental health*. 2011;15(4):456-66.
50. Reynolds K, Mackenzie C, Medved M, K. R. The experiences of older male adults throughout their involvement in a community programme for men. *Ageing and Society*. 2015;35(3):531-51.
51. Forsman AK, Nordmyr J, Matosevic T, Park AL, Wahlbeck K, McDaid D. Promoting mental wellbeing among older people: technology-based interventions. *Health promotion international*. 2018;33(6):1042-54.
52. Teater B, Baldwin M. Singing for Successful Ageing: The Perceived Benefits of Participating in the Golden Oldies Community-Arts Programme. *The British Journal of Social Work*. 2012;44(1):81-99.
53. Victor C, Mansfield L, Kay T, Daykon N, Lane J, Grigsby Duffy L, et al. An overview of reviews: the effectiveness of interventions to address loneliness at all stages of the life-course. London: What Works Centre for Wellbeing; 2018.
54. Kharicha K, Iliffe S, Manthorpe J, Chew-Graham CA, Cattan M, Goodman C, et al. What do older people experiencing loneliness think about primary care or community based interventions to reduce loneliness? A qualitative study in England. *Health & social care in the community*. 2017;25(6):1733-42.
55. Mountain G, Gossage-Worrall R, Cattan M, Bowling A. Only available to a selected few? Is it feasible to rely on a volunteer workforce for complex intervention delivery? *Health & social care in the community*. 2017;25(1):177-84.
56. Eriksen MB, TF. F. The impact of patient, intervention, comparison, outcome (PICO) as a search strategy tool on literature search quality: a systematic review. *J Med Libr Assoc*. 2018;106(4):420-31.
57. SBU. Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården och insatser i socialtjänsten. Stockholm: Statens Beredning för Medicinsk och Social Utvärdering; 2017.
58. Czaja SJ, Boot WR, Charness N, Rogers WA, Sharit J. Improving Social Support for Older Adults Through Technology: Findings From the PRISM Randomized Controlled Trial. *The Gerontologist*. 2018;58(3):467-77.
59. Ollonqvist K, Palkeinen H, Aaltonen T, Pohjolainen T, Puukka P, Hinkka K, et al. Alleviating loneliness among frail older people - findings from a randomised controlled trial. *International Journal of Mental Health Promotion*. 2008;10(2):26-34.

60. Theeke LA, Mallow JA, Moore J, McBurney A, Rellick S, VanGilder R. Effectiveness of LISTEN on loneliness, neuroimmunological stress response, psychosocial functioning, quality of life, and physical health measures of chronic illness. *International journal of nursing sciences*. 2016;3(3):242-51.
61. Jones RB, Ashurst EJ, Atkey J, Duffy B. Older people going online: its value and before-after evaluation of volunteer support. *Journal of medical Internet research*. 2015;17(5):e122.
62. Saito T, Kai I, Takizawa A. Effects of a program to prevent social isolation on loneliness, depression, and subjective well-being of older adults: a randomized trial among older migrants in Japan. *Archives of gerontology and geriatrics*. 2012;55(3):539-47.
63. Cohen GD, Perlstein S, Chapline J, Kelly J, Firth KM, Simmens S. The impact of professionally conducted cultural programs on the physical health, mental health, and social functioning of older adults. *The Gerontologist*. 2006;46(6):726-34.
64. Kahlbaugh PE, Sperandio AJ, Carlson A, L., Hauselt J. Effects of playing Wii on well-being in the elderly: physical activity, loneliness, and mood. *Activities, Adaptation & Aging*. 2011;35(4):331-44.
65. Stewart M, Mann K, Jackson S, Downe-Wamboldt B, Slater M, Turner L. Telephone support groups for seniors with disabilities. *Canadian Journal on Aging*. 2001;20(1):47-72.
66. Masi CM, Chen HY, Hawkey LC, Cacioppo JT. A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Pers Soc Psychol Rev*. 2011;15(3):219-66.
67. Lotvonen S, Kyngas H, Koistinen P, Bloigu R, Elo S. Mental Well-Being of Older People in Finland during the First Year in Senior Housing and Its Association with Physical Performance. *International journal of environmental research and public health*. 2018;15(7).
68. Husk K, Elston J, Gradinger F, Callaghan L, Asthana S. Social prescribing: where is the evidence? *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*. 2019;69(678):6-7.
69. van Beljouw IM, van Exel E, de Jong Gierveld J, Comijs HC, Heerings M, Stek ML, et al. "Being all alone makes me sad": loneliness in older adults with depressive symptoms. *Int Psychogeriatr*. 2014:1-11.
70. Dahlberg L, Andersson L, McKee KJ, Lennartsson C. Predictors of loneliness among older women and men in Sweden: A national longitudinal study. *Aging & mental health*. 2015;19(5):409-17.
71. Cacioppo S, Grippo AJ, London S, Goossens L, Cacioppo JT. Loneliness: clinical import and interventions. *Perspect Psychol Sci*. 2015;10(2):238-49.
72. Price B. Approaches to counter loneliness and social isolation. *Nursing older people*. 2015;27(7):31-9.
73. Tan SS, Fierloos IN, Zhang X, Koppelaar E, Alhambra-Borras T, Rentoumis T, et al. The Association between Loneliness and Health Related Quality of Life (HR-QoL) among Community-Dwelling Older Citizens. *International journal of environmental research and public health*. 2020;17(2).

Bilagor

Bilaga 1. Mått som användes i studierna för att bedöma ensamhet, målgrupp, grad av ensamhet vid studiens start (baslinje) respektive vid uppföljningar för interventionsgrupperna samt effekt på ensamhet.

Studie Typ av studie	Mått	Angivet gränsvärde för bedömning av ensamhet	Målgrupp – antal deltagare, ålder	Ensamhet baslinje medelvärde (SD)	Ensamhet uppföljning Medelvärde (SD)	Effekt på ensamhet
Cohen et al. (63) Fall-kontrollstudie	UCLA LS-20: 20 frågor med svarsalternativ: aldrig, sällan, ibland, alltid.	Inte angivet.	166 deltagare, friska, 65 år eller äldre, som ville vara med i en samhällsbaserad aktivitet. Medelålder: intervention = 79,0 år kontroll = 79,6 år	Intervention = 35,1 (8,9) Kontroll = 38,3 (10,1)	Intervention = 34,6 (7,9) Kontroll = 37,0 (10,3) Effektstorlek=0,06*	Signifikant lägre poäng än kontrollgruppen vid 12 månaders uppföljning, dock hade interventionsgruppen lägre poäng vid baslinjen.
Czaja et al. (58) RCT-studie	UCLA LS-20	21 poäng eller högre indikerar en viss, eller högre grad, av ensamhet.	300 deltagare, 65 år eller äldre med risk för social isolering p.g.a. ensamboende, utan begränsande fysisk eller psykisk funktionsnedsättning Medelålder: intervention = 76,9 år kontroll = 75,3 år	Intervention = 39,8 (9,7) Kontroll = 40,2 (10,3)	Inte angivet Effektstorlek 6 månader = 0,17+ 12 månader = 0,25+	Signifikant minskning av upplevd ensamhet jämfört med kontrollgruppen efter 6 och 12 månader.

Jones et al. (61) Kvasi-experimentell studie	DJG LS-6: 6 frågor med svarsalternativ: ja, mer eller mindre, nej.	Skala 0–6, högre poäng indikerar högre grad av ensamhet.	144 deltagare, 75–84 år som ville bekanta sig med datorns funktion-er. Lite äldre med större behov av hjälp för att ta sig ut i en individuell intervention och de lite yngre med färre fysiska begränsningar ingick i en gruppintervention. Medelålder: grupp = 74,3 år individuell = 79,0 år	Grupp = 2,4 (1,7) Individuell = 2,4 (1,7)	Grupp = 1,4 (1,4) Individuell = 2,3 (1,6) Effektstorlek = 0,60†	Signifikant minskad ensamhet för Gruppinterventionen (p=.001), medan de som hade individuella sessioner inte uppvisade lägre ensamhet.
Kahlbaugh et al. (64) RCT-studie	UCLA LS-20	Poäng 20–80, ju högre poäng desto högre grad av ensamhet.	35 deltagare, änkor eller änklingar, 72–92 år, vid god hälsa som ville prova videospel. Delades in i två interventionsgrupper: Wii-spel och tv. Medelålder: 82,0 år	Wii = 40,0 (9,0) tv = 41,0 (9,2) Kontroll = 37,0 (10,0)	Inte angivet.	Minskad ensamhet rapporterades av de som deltog i Wii-gruppen, medan tv- och kontrollgruppen uppvisade ökad ensamhet.
Ollonqvist et al. (59) RCT-studie	"Upplever du dig själv som ensam?" Svarsalternativ: aldrig, sällan, ibland, ofta, alltid.	Kategoriserades i två grupper beroende på svar. 1) Ensam (om svaret var ensam ibland, ofta eller alltid) 2) Inte ensam (om svaret var ensam sällan eller aldrig)	708 deltagare, 65–96 år, med risk för institutionsvistelse p.g.a. försämrad funktionell kapacitet. Medelålder: intervention = 78,1 år kontroll = 78,6 år	Intervention = 28 % bedömdes känna sig ensamma. Kontroll = 27 % bedömdes känna sig ensamma.	Intervention = 0,9-faldig rapporterad minskning. Kontroll = 1,1-faldig ökning av upplevd ensamhet. Effektstorlek = -0,17*	Minskad ensamhet 2 till 3 månader efter att programmet avslutades.

Routasalo et al. (26) RCT-studie	UCLA LS-20 "Lider du av ensamhet?" Svarsalternativ sällan eller aldrig, ibland, ofta eller alltid.	Mindre än 34 poäng indikerade måttlig grad av ensamhet och mer än 50 poäng måttligt hög till hög grad av ensamhet. Om ensamhet ibland, ofta eller alltid angavs så erbjöds deltagande.	235 deltagare, 75–92 år, som vid rekryteringen bedömts vara ensamma. Utan begränsande fysisk eller psykisk kapacitet, med intresse för att medverka i erbjudna aktiviteter. Medelålder: intervention = 80 år kontroll = 80 år	Intervention = 49,7 (Range 40–72) Kontroll = 49,7 (Range 39–64)	Inga skillnader i medelvärde mellan interventions- och kontrollgrupp vid 3 och 6 månaders uppföljning.	UCLA LS-poäng oförändrade i både interventions- och kontrollgruppen.
Saito et al. (62) RCT-studie	Reviderad version av UCLA - LS-10	0–10 poäng = låg risk för ensamhet 11–20 poäng = hög risk för ensamhet	76 deltagare, 65 år eller äldre, i självständigt boende med risk för social isolering p.g.a. flytt till ny ort. Medelålder: intervention = 72,6 år kontroll = 72,8 år	Intervention = 12,1 (2,7) Kontroll = 11,9 (2,6) Hög risk ensamhet: Intervention = 42 % Kontroll = 45 %	Intervention = 11,1 (SD ej angivet) efter 6 månader. Kontroll = 11,5 (SD ej angivet) efter 6 månader.	Signifikant minskning av ensamhet för deltagare för hög risk för ensamhet (n = 8) i interventionsgruppen, 1 månad efter att interventionen genomförts, kvarstod ej efter 6 månader.
Stewart et al. (65) Kvalitativ studie	Tolkning av intervjuer, fältanteckningar, dagböcker, transkriberingar av inspelade gruppmöten och handledning.	Inte angivet.	21 deltagare, 66–93 år, kvinnor med risk för ensamhet p.g.a. nedsatt rörelseförmåga eller funktionshinder. Medelålder = 75 år	78,3 % levde ensamma.	Många deltagare uppgav minskade känslor av ensamhet i uppföljningsintervjuer efter deltagande.	Minskade känslor av ensamhet för majoriteten av studiedeltagarna bekräftades i analyser och i intervjuer med deltagarna.
Theeke et al. (60) RCT-studie	UCLA LS-20	Mindre än 40 poäng bedömdes som ensamhet.	27 deltagare, 65–89 år, från landsbygden och med kroniska sjukdomar. Medelålder: Alla = 75 år intervention = 74,9 år placebokontroll = 75,2 år	Intervention = 46,0 (5,3) Placebo = 51,8 (9,5)	Intervention = 41,2 (5,8) Placebo = 47,8 (8,4) Effektstorlek: 6 veckor = -0,10† 2 veckor = -0,86†	Signifikant minskad ensamhet i interventionsgruppen en vecka efter intervention, en minskning som kvarstod 6 och 12 veckor efter avslutad intervention.

*Hedges *g* redovisad i Masi et al (66) +Cohen's *d* redovisad i originalartikeln †Cohen's *d* beräknad i denna översikt

Bilaga 2. Översikt av genomgångna studier

Författare År Land Studiedesign	Syfte	Intervention	Kontroll	Program Format	Omfattning Uppföljning	Population	Kontext	Samverkan Utförare
Cohen et al. (63) 2006 USA Fall- kontrollstudie	Mäta om deltagande i professionellt ledda kulturella program har inverkan på hälsa och sociala aktiviteter.	Medverkan i regelbunden körsångsträning i grupp samt flera uppträdanden tillsammans.	Fortsatte med de aktiviteter de redan var involverade i sedan tidigare.	Konstprogram, inte specifikt utvecklat för syftet. Gruppformat.	30 veckor (1 gång i veckan) samt flera uppträdanden.lera uppträdanden. Uppföljning 12 månader efter baslinjemätning.	Interventionsgrupp: 90 personer (78 % kvinnor). Kontrollgrupp: 76 personer (80 % kvinnor).	Lokala äldrecenter eller -kontor.	Samarbete med lokal musikskola. Professionell dirigent eller körledare.
Czaja et al. (58) 2018 USA RCT	Undersöka om deltagare som får datorbaserat stöd för att främja social samvaro, minne, ämneskunskap, aktiviteter och tillgängliga resurser (Personal Reminder Information & Social Management - PRISM) uppvisar minskade känslor av ensamhet jämfört med en kontrollgrupp.	PRISM: Bekanta sig med datorns funktioner, stöd i form av manual och teknisk support samt information om tillgängliga tjänster eller aktiviteter lokalt och nationellt. Flera hembesök.	Anteckningsbok med liknande innehåll som PRISM. Flera hembesök.	PRISM - ett datorbaserat stöd specifikt utvecklat för äldre. Programmet har tidigare använts i södra USA för att minska social isolering. Anpassades för äldre. Gruppformat.	12 månader. Uppföljning 6, 12 och 18 månader efter baslinjemätning.	Interventionsgrupp: 119 personer (79,3 % kvinnor). Kontrollgrupp: 115 personer (76,7 % kvinnor).	I deltagarens hem, aktiva via internet.	Interaktion med aktörer som arbetar med äldre, t.ex. "meals on wheels" i samband med rekrytering. Kunnig teknisk personal. Angavs att personal utgjordes av bedömare och behandlare, utan att specificera profession eller erfarenhet.
Jones et al. (61) 2015 Storbritannien Före – efter studie	Skatta en internet-interventions inverkan på deltagarnas ensamhet och psykiska hälsa.	Interventionen var en del av Silver Dreams program, med syfte att hjälpa äldre personer. Två olika interventioner: a) Volontär kom hem och gav stöd för	Ingen kontrollgrupp	Interventionen var en del av "Silver Dreams program of Interventions", vars syfte var att hitta innovativa sätt för att hjälpa sårbara äldre individer hantera	Varierade mellan 5 och 42 veckor (i genomsnitt 18,5 veckor för individ-intervention och 11 veckor för grupp-intervention).	144 personer totalt, varav 58 fick individuell intervention, 86 personer fick gruppintervention. 71 % kvinnor.	a) I deltagarens hem, aktiva via internet. b) Fysiska gruppträffar.	Kontaktpersoner från välgörenhetsgruppen "Age UK" hjälpte till att rekrytera studiedeltagare. Volontärer 50+ år från lokalsamhället, som efter

användande av dator-funktioner som att navigera på internet, använda Skype etc.
b) Gruppträffar där deltagare fick stöd i att använda dator-funktioner såsom att navigera på internet, använda Skype etc.

livsförändringar mer effektivt.
Individ- och gruppformat.

Uppföljning några veckor efter avslutat deltagande.

interventionen engagerades i Age UK Plymouth som it-tränare och diskussionsledare.

Kahlbaugh et al. (64) 2011 USA RCT	Studera aktivitetsspelet Wii:s effekter på fysisk hälsa, ensamhet och sinnesstämning.	Två interventioner: a) Spela valfritt Wii-spel tillsammans med en social partner. b) Titta på tv tillsammans med en social partner.	Fortsatte med sina vanliga rutiner.	Inget angivet program. Individformat.	10 veckor, 1 timme i veckan. Ingen uppföljning efter slutmätning i samband med avslutat deltagande.	Totalt 35 personer (89 % kvinnor). Wii-grupp: 16 personer. Tv-grupp: 12 personer. Kontrollgrupp: 7 personer.	I deltagarens hem.	Rekrytering genom att dela ut informationsblad i bostadskomplex och arrangera informella informationstillfällen. Studering på college.
Ollonqvist et al. (59) 2008 Finland RCT	Fastställa effekter av ett rehabiliterings-program på ensamhet bland äldre i vanligt boende med risk för institutionell vård p.g.a. minskad funktionell kapacitet.	Gruppdiskussioner och föreläsningar (livssituation och problem, främja egenvård, psykologisk rådgivning medicinska aspekter, sociala tjänster, fritidsaktiviteter) samt fysisk aktivitet (mycket fysisk aktivering i sittande position).	Fortsatte med sina vanliga rutiner.	Ett befintligt rehabiliteringsprogram anpassades för intervention i glesbygd. Gruppformat samt inslag av individuell rådgivning vid behov.	1 månad (11 dagar inlagd på klinik). Gruppaktiviteter varierade mellan 20 och 56 timmar och individuell rådgivning mellan 4 och 19 timmar. Uppföljning under 6 månader (5 dagar) samt utvärdering (5 dagar).	Totalt 708 personer (86 % kvinnor). Interventionsgrupp: 343 personer. Kontrollgrupp: 365 personer.	Rehabiliteringscenter på olika orter med deltagare från 41 kommuner (de från samma kommun var i samma grupp).	Personal från lokal socialtjänst och sjukvård samverkade. Rehabiliteringsteam bestående av läkare, fysioterapeuter, socialarbetare och arbetsterapeuter.
Routasalo et al. (26) 2009 Finland RCT	Undersöka effekterna av en psykosocial grupprehabilitering (Psychosocial Group Rehabilitation - PGR) på	Erfarenheter av ensamhet diskuterades i samtliga grupper. a) Konst och inspirerade aktiviteter.	Ordinarie insatser.	Grupprehabilitering (PGR), som tidigare använts i finska interventioner. Routasalo et al. bedömde att en	3 månader (12 träffar).	Totalt 235 personer. Interventionsgrupp: 117 personer (74 % kvinnor).	Rehabiliterings- och terapicenter.	Samverkan med involverade rehabiliterings- och terapicenter.

	<p>äldre personers känslor av ensamhet, social aktivitet och psykiskt välbefinnande.</p>	<p>b) Gruppträning och diskussioner. c) Terapeutiskt skrivande och gruppterapi. Gratis transport erbjöds till träffar och aktiviteter. Vid varje grupptillfälle åt deltagarna frukost och lunch tillsammans.</p>		<p>välplanerad PGR-intervention kan möjliggöra att ensamma äldre individer blir socialt aktiva och stärkta i sitt välbefinnande.</p> <p>Gruppformat (7–8 personer per grupp).</p>	<p>Uppföljning 3, 6 och 12 månader efter baslinje-mätning.</p>	<p>Kontrollgrupp: 118 personer (73 % kvinnor).</p>	<p>Leg. sjuksköterska intervjuade och gjorde bedömningar. Aktiviteterna utfördes av professionella gruppleddare (leg. sjuksköterska och arbetsterapeut alternativt fysioterapeut).</p>
<p>Saito et al. (62) 2012 Japan RCT</p>	<p>Undersöka vilka effekter ett förebyggande program mot social isolering, har på ensamhet, depression och subjektivt välmående hos äldre som hade bytt bostadsort. Avsåg att förbättra studiedeltagarnas kunskap rörande närsamhället samt skapa nätverk med andra deltagare och "grindvaktare" i samhället.</p>	<p>Träff 1: Allmän information om staden och studiens innehåll, bekanta sig med varandra. Träff 2: Grupp-diskussion för att göra deltagarna medvetna om sina behov, dela personliga erfarenheter och skapa nätverk. Träff 3: Ta reda på vilken information deltagare vill ta del av som ny i staden, t.ex. stöd, volontärarbete, transporter, aktiviteter Träff 4: Rundtur i staden för att visa deltagarna allmänna faciliteter och historiska platser.</p>	<p>Fick vänta sju månader innan medverkan i programmet.</p>	<p>Komponenterna i det program som utvecklades innefattade gruppbaseade insatser med utbildning, stöd av kognitiva funktioner och socialt stöd för äldre. Gruppformat.</p>	<p>6 veckor, 4 tillfällen (2 timmar varannan vecka). Uppföljning 1 respektive 6 månader efter avslutad intervention.</p>	<p>Totalt 63 personer (60 % kvinnor). Interventionsgrupp: 21 personer Kontrollgrupp: 42 personer.</p>	<p>Allmän facilitet i staden där studien genomfördes.</p> <p>Vid rekrytering hjälpte kommunen till att identifiera nyinflyttade äldre. Volontärer (en medborgare i samhället med erfarenhet av att arbeta med gruppaktiviteter för äldre och fyra inflyttade äldre som tidigare deltagit i pilotprojektet). Även nyckelpersoner boende i samhället var en länk mellan deltagare och olika tjänster i samhället.</p>

Stewart et al. (65) 2001 Kanada Kvalitativ studie	Utveckla och testa inverkan av en stödgrupp via telefon för seniorer med funktionsnedsättningar.	Telefonmöten med i förväg bestämda teman, som kunde modifieras av deltagare.	Ingen kontrollgrupp.	Inget angivet program. Gruppformat (högst 6 personer per grupp).	12 veckor, en gång i veckan. Cirka 1 timme per tillfälle. Intervjuer med deltagarna efter avslutad intervention.	21 kvinnor.	I deltagarens hem, aktiva via telefon.	Information till aktörer som träffar äldre kvinnor. "Kamrat"-ledare med inter-personella färdigheter och potential för ledarskap p.g.a. tidigare erfarenhet av samhällsengagemang. Professionella gruppledare kom från socialtjänsten eller från hälso- & sjukvården med erfarenhet av att arbeta med äldre och samhällsbaserade grupper.
Theeke et al. (60) 2016 USA RCT^a	Undersöka om "Loneliness Intervention" med "Story Theory to Enhance Nursing" (LISTEN) minskar ensamhet hos ensamma äldre från landsbygden som är kroniskt sjuka och om det förekommer skillnader i ensamhet mellan interventions- och kontrollgruppen.	En form av kognitiv beteende-intervention, med syfte att uppmuntra ensamma att förändra sina upplevelser av ensamhet för att förstärka och understödja att deltagarna bryter sin ensamhet. Dela med sig av berättelser om personliga erfarenheter av ensamhet.	Samma antal mötestillfällen som interventionsgruppen. Fick information om åldrande.	Loneliness Intervention using Story Theory to Enhance Nursing-sensitive outcomes (LISTEN), en form av kognitiv beteende-intervention. Theeke et al. ansåg att LISTEN är rimlig att använda inom primärvård och har potential att minska ensamhet. Gruppformat.	5 veckor i rad, 2 timmar per tillfälle. Uppföljning 6 respektive 12 veckor efter avslutad intervention.	Totalt 27 personer (89 % kvinnor). Interventionsgrupp: 15 personer. Kontrollgrupp: 12 personer.	Primärvårdscenter.	Annonsering via ett primärvårds-center. Vårdpersonal såsom leg. sjuk-sköterskor tog blodtryck, glukos, BMI och andra fysiska prover. Arbetsgrupp med behandlare som fått träning utifrån studieprotokoll.

Bilaga 3. Kvalitetsbedömning av inkluderade studier i kunskapsöversikten

	Selektionbias	Interventions-bias	Utfallsmåttbias	Bortfallbias	Kvalitet rapportering	Intressekonflikt	Sammanfattande bedömning
Cohen et al. (63)	Låg	Låg	Hög	Medelhög	Medelhög	Medelhög	Medelhög
Czaja et al. (58)	Medelhög	Låg	Medelhög	Medelhög	Medelhög	Medelhög	Medelhög
Jones et al. (61)	Medelhög	Låg	Medelhög	Hög	Medelhög	Medelhög	Medelhög
Kahlbaugh et al. (64)	Hög	Hög	Medelhög	Hög	Medelhög	Hög	Låg
Ollonqviist et al. (59)	Låg	Medelhög	Hög	Låg	Medelhög	Hög	Medelhög
Routasalo et al. (26)	Låg	Hög	Medelhög	Hög	Medelhög	Medelhög	Medelhög
Saito et al. (62)	Låg	Medelhög	Medelhög	Medelhög	Låg	Hög	Medelhög
Stewart et al. (65)^a	Hög	-	-	-	Hög	-	Medelhög
Theeke et al. (60)	Medelhög	Hög	Medelhög	Medelhög	Medelhög	Hög	Medelhög

^aFör den kvalitativa studien ingick delvis andra komponenter för kvalitetsgranskning: Syfte – Hög kvaliter, Datainsamling – Medelhög kvalitet, Analys – Låg kvalitet, Resultat – Hög

ISBN 978-91-87691-81-2



**Centrum för epidemiologi
och samhällsmedicin**

REGION STOCKHOLM