

ENSAMHET

bland äldre
personer
i Norden



Nordiska
ministerrådet



Innehåll

SAMMANFATTNING	4
Slutsatser	5
KAPITEL 1 INLEDNING	6
Definitioner och dimensioner av ensamhet	6
Förekomst av ensamhet	7
Studiens syfte och rapportens disposition	8
Referenser	9
KAPITEL 2 SAMMANFATTNING AV FORSKNINGEN RÖRANDE KONSEKVENSER AV ENSAMHET FÖR OHÄLSA OCH DÖDLIGHET	11
Konsekvenser av ensamhet	11
Förklaringsmekanismer	14
Slutsatser	15
Referenser	16
KAPITEL 3 SYSTEMATISK ÖVERSIKT ÖVER LONGITUDINELLA RISKFAKTORER FÖR ENSAMHET	18
Introduktion	18
Syfte	19
Metod	19
Resultat	20
Diskussion	27
Slutsatser	28
Referenser	30
KAPITEL 4 FÖREKOMST OCH RISKFAKTORER FÖR ENSAMHET BLAND ÄLDRE PERSONER I NORDEN	33
Introduktion	33
Syfte	34
Data och metod	35
Resultat	37
Diskussion	44
Referenser	48
Slutsatser	47
KAPITEL 5 INTERVENTIONER FÖR ATT MINSKA ENSAMHET BLAND ÄLDRE PERSONER	51
Internationella översikter	51

Översikt över nordiska interventionsstudier	54
Diskussion	58
Slutsatser	60
Referenser	61
 APPENDIX	 64
Appendix 1 Artiklar om riskfaktorer presenterade i Kapitel 3	64
Appendix 2 Översiktsartiklar presenterade i Kapitel 5	67
Appendix 3 Artiklar om interventionsstudier presenterade i Kapitel 5	69

Sammanfattning

Den här rapporten har skrivits på uppdrag av Nordiska Ministerrådet. Syftet med studien var att bidra med kunskap och identifiera kunskapsluckor i den nordiska forskningen kring ensamhet. Därigenom kan förutsättningarna stärkas för samarbete mellan de nordiska länderna och en utveckling av arbetet med ensamhet bland äldre personer. Ensamhet är en subjektiv och negativ känsla som uppstår till följd av en skillnad mellan den önskade och faktiska nivån av sociala relationer. Ensamhet är vanligast bland yngre personer och bland dem som är ca 75–80 år eller äldre. Det har inte skett någon ökning av andelen äldre personer som upplever ensamhet över tid. Trots detta drabbas ett allt större antal personer, eftersom antalet äldre personer ökar i befolkningen.

I rapporten visas att resultat från tidigare forskning har funnit att upplevd ensamhet och olika aspekter av sociala relationer och social isolering har ett samband med ohälsa och till och med kan leda till en för tidig död. Tydligast är sambandet mellan ensamhet och nedsatt psykisk och fysisk hälsa. Det är dock inte alltid möjligt att avgöra sambandets riktning eller graden av kausalitet i sambandet, eftersom forskningen ofta är baserad på studier som undersöker situationen vid ett tillfälle snarare än studier som följer individer över tid (longitudinella studier). Få studier är dessutom genomförda specifikt på äldre personer och skiljer inte alltid mellan ensamhet och andra aspekter av sociala relationer såsom social isolering.

Resultaten av en systematisk översikt över longitudinell forskning om riskfaktorer för ensamhet bland äldre personer visar att detta är ett växande forskningsfält, men att det finns stora variationer vad gäller fokus, sätt att mäta olika riskfaktorer och resultat. Det finns relativt entydiga resultat rörande vissa faktors longitudinella samband med en ökad risk för ensamhet, såsom att inte ha eller förlora en partner, låga nivåer av sociala kontakter, lågt socialt stöd, självskattad ohälsa, nedsatt funktionsförmåga och depression. Många potentiella riskfaktorer för ensamhet ingår dock i för få studier för att slutsatser ska kunna dras och inom vissa områden saknas helt longitudinella studier, till exempel inom stora delar av äldreomsorgen och många av de livsloppsfaktorer som kan ha betydelse för ensamhet bland äldre personer.

Analyser av data från European Social Service (ESS) påvisar en förhållandevis låg förekomst av ensamhet bland äldre personer i de nordiska länderna i jämförelse med andra europeiska länder. Inom de nordiska länderna är förekomsten av ensamhet något högre i Finland och Sverige. Analyserna bekräftar att förekomsten av ensamhet bland äldre personer överlag har varit stabil under studieperioden. Vidare identifieras samband mellan såväl ohälsa som ett antal indikatorer för social exkludering och ensamhet. Detta gäller inte bara exkludering från sociala relationer utan även exkludering från civilt deltagande, materiella resurser och lokalsamhället.

Slutligen genomfördes en översikt över nordiska interventionsstudier som syftar till att minska ensamheten bland äldre personer. Endast nio sådana studier har publicerats i internationella vetenskapliga tidskrifter sedan år 2000. Dessa studier kom från Finland och Sverige. Interventionerna var framför allt inriktade mot utbildning och valbara psykosociala aktiviteter, även om det fanns en stor innehållsmässig spridning. Drygt hälften av studierna påvisade en minskning av

deltagarnas ensamhetskänslor, men denna minskning var inte alltid var statistiskt säkerställd. Få studier lyfte fram vilka faktorer som gjorde olika interventioner framgångsrika.

Slutsatser

- Det finns viss kunskap om konsekvenser av ensamhet i termer av ohälsa och dödlighet, men det behövs ytterligare forskning som har en design där starkare slutsatser kan dras om sambandets riktning, har tydligare fokus på ensamhet, samt inkluderar och särredovisar resultat för äldre personer.
- Det finns god kunskap om vissa riskfaktorer för ensamhet. Många potentiella riskfaktorer har dock endast inkluderats i enstaka studier och det finns förhållanden som inte alls har undersökts i longitudinell forskning rörande ensamhet bland äldre personer.
- Förekomsten av ensamhet bland äldre personer i Norden är på en relativt låg och överlag stabil nivå. Såväl ohälsa som olika indikatorer för social exkludering har samband med ensamhet.
- Endast nio nordiska interventionsstudier i syfte att minska ensamhet bland äldre personer har publicerats internationellt sedan år 2000. Kunskapen om effekterna av olika interventioner och vilka faktorer i interventionerna som bidrar till en positiv effekt är således mycket begränsad.

Kapitel 1

Inledning

Lena Dahlberg

Ensamhet bland äldre personer är en aktuell fråga, som under senare tid har fått mycket uppmärksamhet i media. Det har också gjorts nationella satsningar för att minska ensamheten bland äldre personer. Mest uppmärksammas har kanske den brittiska satsningen varit. I Storbritannien finns sedan år 2018 världens första ensamhetsminister och en strategi har utarbetats för att minska ensamheten (HM Government, 2018). Strategin förespråkar bland annat sociala aktiviteter på recept, en förändring av lokalsamhällen och dess organisationer för att underlätta möten mellan människor, samt ett arbete mot det stigma som kan finnas rörande ensamhet.

Även i de nordiska länderna har olika satsningar gjorts. Till exempel har den norska regeringen antagit en strategi för att förebygga ensamhet som ett led i folkhälsoarbetet. Strategin syftar till att synliggöra ensamhet som en utmaning för folkhälsan och stimulera ökat socialt deltagande, öka kunskapen om ensamhet och effektiva åtgärder, samt arbeta systematiskt för att förhindra ensamhet och öka det sociala stödet (Det konglige helse- og omsorgsdepartementet, 2019). En heltäckande bild av de nordiska ländernas arbete med att minska ensamhet kan inte ges här, men ytterligare några exempel kan nämnas. Sundhedsstyrelsen i Danmark har givit stöd till tolv kommunala projekt som har genomförts i samverkan med frivilligorganisationer för att minska ensamhet bland dem som får hemtjänst (Rambøll Management Consulting, u.å.). I Sverige har Socialstyrelsen avsatt medel till frivilligorganisationer och stiftelser i syfte att förebygga och bryta ensamhet och isolering bland äldre personer (Socialstyrelsen, u.å.). Dessa bidrag kan gå till aktiviteter som främjar gemenskap och stimulans, mötesplatser, eller möjligheter för äldre personer att engagera sig ideellt eller delta i ideella verksamheter. I Finland stödjer regeringen, genom Social- och hälsoorganisationernas understödscentral, projekt för att främja hälsa och social välfärd vilket inkluderar frågan om ensamhet (STEA, 2020). Arbetet med att minska ensamhet bland äldre personer sker ibland inom ramen för större initiativ, såsom i Reykjavik där man arbetar med lättillgänglig information om sociala aktiviteter, hembesök, sociala-/aktivitetscentran, kamratstöd och möten mellan generationer inom ramen för Världshälsoorganisationens projekt Äldrevänliga kommuner (Reykjavíkurborg Velferðarsvið, 2019).

Definitioner och dimensioner av ensamhet

Ensamhet är en subjektiv och negativ känsla som uppstår till följd av en skillnad mellan den önskade och faktiska nivån av sociala relationer (Perlman & Peplau, 1981). Den upplevda skillnaden kan vara kvantitativ och handla om att en person vill ha fler eller tätare sociala kontakter. Skillnaden kan också vara kvalitativ och handla om det önskade och faktiska djupet i de sociala relationerna.

Ibland skiljs mellan social och emotionell ensamhet (Weiss, 1973). Social ensamhet handlar om en upplevd avsaknad av sociala relationer i vidare bemärkelse, att inte höra till en grupp eller ett sammanhang. Den emotionella ensamheten handlar om upplevelsen att inte ha någon nära förtrogen vän, en avsaknad av intimitet. Utifrån skillnaden mellan social och emotionell ensamhet blir det begripligt att en person kan uppleva (emotionell) ensamhet även om hon/han har ett brett umgänge, och (social) ensamhet även om hon/han har en eller flera nära vänner men saknar ett större sammanhang. Ensamhet kan mätas endera genom en enkel fråga om känslan av ensamhet eller genom en skala med ett flertal frågor om ensamhet. Skolor kan innehålla två dimensioner, där den ena mäter social och den andra emotionell ensamhet (se Dahlberg & McKee, 2014).

Känslan av ensamhet ska inte sammanblandas med social isolering som är ett mer objektivt mått på sociala relationer. Att bo ensam, ha ett litet socialt nätverk, och sällan träffa vänner och familj är tecken på social isolering (se Holt-Lunstad, Smith, Baker, Harris, & Stephenson, 2015).

Förekomst av ensamhet

Sett ur ett befolkningsperspektiv är ensamhet vanligast bland yngre personer och de allra äldsta (de som är ca 75–80 år eller äldre), medan nivåerna av ensamhet är lägre bland personer i medelåldern och yngre äldre. Detta mönster har bland annat påvisats i en europeisk studie (Yang & Victor, 2011). Den studien visade också att ungefär 17 % av personerna i ålder 80 år eller äldre upplever ensamhet alltid eller för det mesta, och att en betydligt större andel upplever ensamhet ibland. Vad gäller åldersfördelningen identifierades ett liknande mönster i en norsk studie (Nicolaisen & Thorsen, 2017).

Det har inte skett någon ökning av ensamhet bland äldre personer över tid. En nationell svensk studie visade att mellan 11 och 15 procent av personer som var 77 år eller äldre upplevde ensamhet ofta eller nästan alltid vid fem olika mättillfällen under perioden 1992 till 2014 (Dahlberg, Agahi, & Lennartsson, 2018). En isländsk nationell studie visade att det var en ungefär lika hög andel personer i åldern 67 år eller äldre som upplevde ensamhet ofta under hela perioden 1999 till 2016 (The Social Science Research Institute, 2017). De stabila mönstren i nivåerna av ensamhet har bekräftats i lokala studier från Finland och Sverige (Eloranta, Arve, Isoaho, Lehtonen, & Viitanen, 2015; Nyqvist, Cattán, Conradsson, Nasman, & Gustafsson, 2017).

Även om den mesta av forskningen pekar på att andelen äldre personer som upplever ensamhet är stabil över tid så är det ändå ett allt större antal personer som är drabbade. Detta beror på den demografiska utvecklingen med ett ökande antal äldre personer i befolkningen. Den demografiska utvecklingen innebär att antalet personer i åldern 65 år och äldre i Norden beräknas öka med nästan 1 miljon mellan åren 2020 och 2030 samt att andelen äldre i befolkningen blir högre (United Nations, 2019; egna beräkningar).

Studiens syfte och rapportens disposition

Syftet med studien är att bidra med kunskap och identifiera kunskapsluckor i den nordiska forskningen kring ensamhet. Målsättningen är att därigenom stärka förutsättningarna för att främja samarbete mellan de nordiska länderna och bidra till en utveckling av arbetet för att minska ensamhet bland äldre personer.

Mer specifikt syftar studien till att:

1. sammanfatta forskningen rörande konsekvenser av ensamhet i form av ohälsa och dödlighet,
2. genomföra en forskningsöversikt över longitudinella studier om riskfaktorer för ensamhet,
3. undersöka förekomsten av ensamhet bland äldre personer i de nordiska länderna och vilka faktorer som har samband med ensamhet i denna grupp, samt
4. identifiera framgångsrika interventioner för att motverka ensamhet bland äldre personer i de nordiska länderna.

Var och ett av de mer specifika syftena motsvarar en delstudie som presenteras i var sitt avsnitt i rapporten. Det andra och tredje kapitlet presenterar således forskning om konsekvenser av ensamhet respektive om riskfaktorer för ensamhet. I det fjärde kapitlet presenteras analyser av ensamhet bland äldre personer i de nordiska länderna. I rapportens avslutande kapitel presenteras nordiska studier om interventioner för att motverka ensamhet. Rapporten har genomgående fokus på ensamhet bland äldre personer.

Referenser

- Dahlberg, L., Agahi, N., & Lennartsson, C. (2018). Lonelier than ever? Loneliness of older people over two decades. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 75, 96–103. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2017.11.004>
- Dahlberg, L., & McKee, K. J. (2014). Correlates of social and emotional loneliness in older people: Evidence from an English community study. *Aging & Mental Health*, 18(4), 504–514. <https://doi.org/10.1080/13607863.2013.856863>
- Det konglige helse- og omsorgsdepartementet. (2019). 3 Saman mot einsemd – regjeringa sin strategi for å førebyggje einsemd (2019–2023). *Meld. St. 19 (2018–2019). Folkehelsemeldinga – Gode liv i eit trygt samfunn*. Hämtad från <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-20182019/id2639770/sec2#KAP3>
- Eloranta, S., Arve, S., Isoaho, H., Lehtonen, A., & Viitanen, M. (2015). Loneliness of older people aged 70: A comparison of two Finnish cohorts born 20 years apart. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 61(2), 254–260. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2015.06.004>
- HM Government. (2018). *A connected society: A strategy for tackling loneliness - laying the foundations for change*. London: Department for Digital, Culture, Media and Sport.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 227–237. <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>
- Nicolaisen, M., & Thorsen, K. (2017). What are friends for? Friendships and loneliness over the lifespan from 18 to 79 years. *International Journal of Aging & Human Development*, 84(2), 126–158. <https://doi.org/10.1177/0091415016655166>
- Nyqvist, F., Cattan, M., Conradsson, M., Nasman, M., & Gustafsson, Y. (2017). Prevalence of loneliness over ten years among the oldest old. *Scandinavian Journal of Public Health*, 45(4), 411–418. <https://doi.org/10.1177/1403494817697511>
- Perlman, D., & Peplau, L. A. (1981). Toward a social psychology of loneliness. In S. Duck & R. Gilmour (Eds.), *Personal relationships in disorder* (pp. 31–56). London: Academic Press.
- Rambøll Management Consulting. (u.å.). *Evaluering av projekter i puljen: Styrket indsats mod ensomhed blandt ældre mennesker, der modtager meget hjemmehjælp*. Hämtad från https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2019/Ensomme-hjemmehjaelpsmodtagere/Rapport_Styrket-indsats-mod-ensomhed.ashx?la=da&hash=92E1B9D9FE2D041DCC66EC990E14AD8BFD85F0CB
- Reykjavíkurborg Velferðarsvið. (2019). *Reykjavík aldursvæn og heilsueflandi borg*. Hämtad från https://reykjavik.is/sites/default/files/ymis_skjol/skjol_utgefild_efni/velferdarsvid_210x210_stefna_thjonustueldriborgara.pdf
- Socialstyrelsen. (u.å.). Insatser som bidrar till att motverka ofrivillig ensamhet bland äldre. Hämtad från <https://statsbidrag.socialstyrelsen.se/organisationer/motverka-ensamhet-bland-aldre/>
- STEA. (2020). Social- och hälsoorganisationernas understödscentral. Hämtad

från <https://www.stea.fi/web/sv/framsida>

The Social Science Research Institute. (2017). *Greining á högum og líðan aldraðra á Íslandi árið 2016 [Analys av förhållandena och välbefinnande bland äldre personer på Island år 2016]*. Reykjavik: University of Iceland.

United Nations. (2019). *World Population Prospects 2019: Volume I Comprehensive Tables*. New York: Department of Economic and Social Affairs, United Nations.

Weiss, R. S. (1973). *Loneliness: the experience of emotional and social isolation*. Cambridge: MIT Press.

Yang, K. M., & Victor, C. R. (2011). Age and loneliness in 25 European nations. *Ageing & Society*, 31, 1368–1388. <https://doi.org/10.1017/S0144686X1000139X>

Kapitel 2

Sammanfattning av forskningen rörande konsekvenser av ensamhet för ohälsa och dödlighet

Carin Lennartsson

I detta kapitel sammanfattas forskningsöversikter om dödlighet och ohälsa till följd av ensamhet. Resultaten redovisas grupperade för olika hälsoutfall. Noteras bör att forskningsöversikterna ibland omfattar såväl ensamhet som social isolering, socialt stöd och sociala kontakter, vilket påvisas när så är fallet. I flera fall särskiljs inte heller olika åldersgrupper från varandra, vilket också kommenteras. Kapitlet avslutas med en beskrivning av möjliga förklaringsmekanismer mellan ensamhet och ohälsa samt en kort slutsats.

Konsekvenser av ensamhet

Dödlighet

Det har under de senaste årtiondena publicerats en del översikter om ensamhet och dess konsekvenser. Till exempel genomförde Rico-Urbe och kollegor en omfattande systematisk översikt som inkluderade i stort sett alla åldersgrupper, slutsatsen från denna översikt är att det finns ett tydligt samband mellan ensamhet och en ökad risk för dödlighet (Rico-Urbe, Caballero, Martín-María, Cabello, Ayuso-Mateos & Miret, 2018). Andra forskare har även framhållit att den ökade risken för dödlighet är i nivå med tidigare kända riskfaktorer såsom fetma, missbruk, psykisk ohälsa och fysisk inaktivitet (Holt-Lunstad, Smith, Baker, Harris, & Stephenson, 2015). I översikten av Holt-Lunstad inkluderades över 70 oberoende studier genomförda mellan 1980 och 2014. Generellt vid studiernas start ingick personer med en medelålder på 66 år. Resultaten visade att givet en mängd olika faktorer såsom ålder, kön, socioekonomisk status, hälsa, fysisk aktivitet och rökning var risken för förtida död 26 % i gruppen som upplevde ensamhet, 29 % i gruppen socialt isolerade och 32 % i gruppen som levde ensamma. Enligt författarna bör det dock noteras att, givet att olika mått på social isolering och ensamhet används, återstår ännu frågan om den relativa betydelsen av ensamhet och social isolering för dödlighet och att mer forskning inom fältet behövs (Holt-Lunstad, et al., 2015).

Leigh-Hunt och kollegor (2017) genomförde en meta-analys på fyrtio systematiska översikter, inkluderande alla åldersgrupper, om konsekvenser av social isolering och ensamhet för folkhälsan. I denna identifierades signifikanta samband mellan både ensamhet och social isolering och ökad dödlighet, och ett samband mellan social isolering och kardiovaskulära sjukdomar. Även om sambandet mellan social isolering, ensamhet och ökad risk för mortalitet kunde bekräftas, så påpekar författarna att

det återstår forskning med att fastställa om social isolering och ensamhet har en direkt påverkan på dödligheten eller om påverkan av dessa förhållanden går via det kardiovaskulära systemet och psykisk ohälsa (Leigh-Hunt, Bagguley, Bash, Turner, Turnbull, Valtorta, & Caan, (2017).

I en översikt som enbart inkluderade studier med äldre personer rapporterade författarna att många studier har påvisat en högre risk för dödlighet bland äldre personer som upplever ensamhet jämfört med äldre personer som inte upplever ensamhet, men författarna påpekar att det generellt sett inte finns något konsensus i frågan om ensamhet i sig är en riskfaktor för dödlighet när hänsyn tas till hälsostatus, hälsobeteenden, depression och social isolering (Ong, Uchino & Wethington, 2016).

Flera studier har således rapporterat högre dödsrisker i grupper där förekomsten av ensamhet är stor. Om ensamhet är ett förhållande som på egen hand bidrar till en ökad risk för dödlighet eller inte bland äldre personer är dock ännu inte helt klarlagt.

Demens och kognitiv förmåga

Ett av de vanligaste utfallsmåtten som används i studier om konsekvenser av ensamhet är incidensen av olika demenssjukdomar. Eftersom både incidens (nya fall av sjukdom) och prevalens (andelen som vid en given tidpunkt har sjukdomen) av demenssjukdomar ökar med stigande ålder är majoriteten av dessa studier på personer i högre åldrar. Till exempel visar resultaten av ett flertal studier och meta-analysen på personer 55 år och äldre, att personer som upplever ensamhet har en statistiskt säkerställd högre risk att drabbas av en demenssjukdom i jämförelse med personer som inte känner sig ensamma (Kuiper, Zuidersma, Voshaar, Zuidema, van den Heuvel, Stolk, & Smidt, 2015). Meta-analysen visar även att lågt socialt deltagande och få sociala kontakter är relaterat till en ökad risk för att utveckla en demenssjukdom (Kuiper m.fl., 2015). Samband mellan känsla av ensamhet och demenssjukdom har även bekräftats i en systematisk översikt och meta-analys av longitudinella studier där genomsnittsåldern för deltagarna i de ingående studierna varierade mellan 65 och 83 år (Lara, Martín-María, De la Torre-Luque, Koyanagi, Vancampfort, Izquierdo, & Miret, 2019).

Till skillnad från ovanstående studier återfanns inte något statistiskt signifikant samband mellan ensamhet och ökad risk för demenssjukdom i en meta-analys som genomfördes av Penninkilampi och kollegor (2018). I meta-analysen inkluderades över 30 studier omfattande över 2 miljoner personer med en medelålder på över 60 år. Anledningen tros vara att det var ett fåtal studier som specifikt studerade sambandet mellan ensamhet och demenssjukdom och av de inkluderade studierna var det endast en studie hade använt sig av en validerad skala för att mäta ensamhet. Däremot återfanns ett tydligt samband mellan olika sociala aspekter såsom att vara ogift, ensamboende, begränsat socialt nätverk, få sociala kontakter och svagt socialt stöd och ökad risk för demenssjukdom.

I en annan omfattande systematisk översikt, där både tvärsnittsdata och longitudinella data inkluderades, studerades sambandet mellan ensamhet och kognitiv funktionsförmåga (Boss, Kang, & Branson, 2015). Generellt visade resultaten att en ökad grad av ensamhet minskade den kognitiva förmågan, även när kontroll gjordes för en mängd olika faktorer. Den studerade populationen hade en medelålder på 60 år. Författarna sammanfattar dock med att fler longitudinella

studier behövs för att kunna fastställa den kausala riktningen mellan ensamhet och kognitiv förmåga.

Depression och psykisk ohälsa

Det finns även några översikter som har fokuserat på ensamhet och psykisk ohälsa. Bland annat har det i en översikt från 2017, bestående av populationer i åldrarna över 50 år belysts att ensamhet i hög ålder ökar risken för depression, när hänsyn tas till demografiska faktorer, social isolering och psykosociala riskfaktorer. Denna slutsats bygger på resultat från tvärsnittsstudier, men bekräftades även i en longitudinell studie (Courtin & Knapp, 2017).

I en översikt rörande ensamhet och hälsa bland äldre personer diskuterade O'Luanaigh och Lawlor (2008) förekomsten av ensamhet och dess samband med hälsa. Syftet var bland annat att öka kunskapen och förståelsen om ensamhetens konsekvenser. Resultaten från översikten visade på att det finns ett starkt samband mellan depression och ensamhet och att känsla av ensamhet och depression ofta förekommer samtidigt. Eftersom studiedesignen i många av de inkluderade studierna inte uppfyllde kraven för att besvara kausalitetsfrågan var det mycket svårt att fastställa sambandets riktning/kausaliteten mellan dessa tillstånd eller symtom, eller om det är så att ensamhet är en del av den depressiva symtomen. I översikten förekom även resultat från longitudinella studier som är bättre lämpade för att klargöra sambandets riktning än tvärsnittsstudier. Resultaten från dessa longitudinella studier visade att ensamhet leder till ökad risk för depression, men även att ensamhet och depressiva symtom ömsesidigt påverkar varandra över tid.

I en systematisk översikt konstaterades att depression har samband med mer kvalitativa aspekter av sociala kontakter, såsom avsaknad av goda relationer, att inte ha någon nära vän och bristande socialt stöd. Däremot visade inte mera kvantitativa aspekter av sociala kontakter, såsom antalet relationer, på ett lika tydligt resultat (Schwarzbach, Luppia, Forstmeier, König & Riedel-Heller, 2014).

Wang och kollegor fann evidens för att bristande socialt stöd är associerat med mer allvarlig depression och ångestsymtom, och även mindre grad av tillfrisknande från depression. Den systematiska översikten bestod av vuxna personer över 16 år med en redan känd förekomst av olika psykiska problem (Wang, Mann, Lloyd-Evans, Rumin, & Johnson, 2018). Översikten inkluderar således studier med ett stort åldersspann, vilket minskar möjligheten att dra slutsatsen att sambandet är lika tydligt för alla åldersgrupper. Med andra ord är det inte klart om socialt stöd är lika skyddande mot depression eller för tillfrisknandet från en depression i alla åldersgrupper.

I en systematisk översikt över studier som analyserar sambandet mellan sociala förhållanden och suicidalt beteende bland personer som var 65 år och äldre konstaterades att ett begränsat socialt umgänge med familj, vänner och sociala grupper har ett samband med suicidalt beteende. Studierna var förhållandevis få till antalet, varför författarna poängterar att fler studier behövs för att bekräfta detta samband (Fässberg, van Orden, Duberstein, Erlangen, Lapierre, Bodner, Canetto, De Leo, Szanto, & Waern, 2012).

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att även om en mängd forskning har identifierat att ensamhet, social isolering och socialt stöd har samband med psykisk ohälsa så är kunskapen om det kausala förhållandet mellan ensamhet och psykisk ohälsa bland äldre personer mera begränsad.

Fysisk hälsa

Forskningen kring sambandet mellan ensamhet, social isolering och fysisk hälsa är förhållandevis omfattande. Dock har den övervägande delen av denna forskning analyserat sambandet mellan social isolering och olika utfall av fysisk ohälsa. Till exempel framkom i en översikt av systematiska översikter, där ingen åldersselektion gjordes, att ensamhet tillsammans med social isolering ökar risken för stroke med 32 % både hos kvinnor och män (Valtorta, Kanaan, Gilbody, Ronzi, & Hanratty, 2016).

Även Hawkey och Cacioppo (2010) redovisar i en översikt (alla åldrar) att ensamhet och relaterade begrepp såsom socialt stöd, social isolering och sociala kontakter har ett samband med olika former av fysisk ohälsa samt dödlighet. I översikten, där både tvärsnittsstudier och longitudinella studier är representerade, redovisades även att ensamhet och social isolering har ett samband med kardiovaskulära riskfaktorer såsom övervikt, förhöjda kolesterolvärden och högt blodtryck (Hawkey & Cacioppo, 2010).

I en annan översikt av studier som enbart inkluderade äldre personer poängterades att allmän daglig livsföring, reducerad fysisk aktivitet, lägre subjektivt välmående och sämre fysisk hälsa är associerat med ensamhet även när hänsyn tas till social isolering, samt att ovannämnda konsekvenser av ensamhet kan leda till ytterligare försämrad hälsa (Ong, et al., 2016). Ensamhet, livsföring och fysisk hälsa tycks således ömsesidigt påverka varandra i en negativ spiral.

Återigen kan vi konstatera att det är få studier som fokuserar på den äldre delen av befolkningen samt särskiljer ensamhet från social isolering. Detta försvårar kartläggningen kring vad känsla av ensamhet har för konsekvenser i form av fysisk ohälsa bland äldre personer.

Förklaringsmekanismer

Förklaringarna till sambandet mellan ensamhet och ohälsa kan vara biologiska, psykologiska och sociala, och de kan också till viss del variera mellan kvinnor och män och olika åldersgrupper.

Ong och kollegor (2016), som genomförde en översikt på ensamhet och hälsa hos äldre personer, lyfte fram att personer som upplever ensamhet ofta har ogynnsamma hälsobeteenden såsom rökning och högre alkoholkonsumtion. Även ohälsosamma matvanor tycks förekomma i högre utsträckning bland personer som upplever ensamhet vilka i sin tur kan leda till försämrad hälsa. Personer som känner sig ensamma uppvisar även andra mera negativa sömnvanor och sämre sömnkvalitet än personer som inte känner sig ensamma. Sömnproblem kan i sin tur leda till ökad ensamhet och trötthet (se även Segrin & Passalacqua, 2010). Personer som upplever ensamhet har även högre risk för att inte följa läkemedelsföreskrifter och för att motionera mindre (Segrin & Passalacqua, 2010).

Psykologiska förklaringar till sambandet mellan ensamhet och ohälsa handlar till exempel om att personer som upplever ensamhet oftare misstolkar andra människors beteenden och upplever dem som negativa och hotfulla, tilliten till andra människor blir därmed mindre, vilket kan påverka den psykiska hälsan. Dessutom ser ofta personer som upplever ensamhet sitt liv som mer stressfyllt, oförutsägbart och

överväldigande. Ensamhet kan frisätta stresshormoner och därmed påverka kroppens nervsystem och fysiologi, vilket bland annat leder till ett lägre immunförsvar (Hawkley & Cacioppo, 2007).

I förhållandet mellan ensamhet och kognitiv funktion tycks ökade kortisolnivåer och inflammation vara den främsta förklaringsmekanismen till varför ensamhet är relaterat till den kognitiva förmågan (Boss, Kang, & Branson, 2015).

Social isolering har även visat sig påverka hälsan genom bristande möjligheter till hälsosamma normer och bristande beteenden samt avsaknad av ett kontaktnät som kan ge hälsoråd och uppmana till vårdbesök (Berkman, Glass, Brissette, & Seeman, 2000).

Slutsatser

Tidigare forskning har påvisat ett samband mellan ensamhet och olika aspekter av sociala relationer, social isolering å ena sidan och dödlighet och hälsa å andra sidan. Det finns således forskning som fastställer att upplevd ensamhet och bristande sociala relationer och social isolering är negativt för hälsan och till och med kan leda till en för tidig död. Vad gäller olika hälsoutfall så är det sambandet tydligast mellan ensamhet och nedsatt psykisk och fysisk hälsa, även om det finns mindre stöd i forskningen för detta förhållande hos äldre personer. Viss forskning har även påvisat ett samband mellan ensamhet och kognitiv förmåga. Tidigare forskning har även visat att hälsan påverkar våra relationer och upplevd ensamhet (se kapitel 3).

Det är svårt att få klarhet i kausaliteten i sambandet mellan ensamhet och olika typer av ohälsa, det vill säga det är inte alltid möjligt att avgöra sambandets riktning eller graden av kausalitet i sambandet. Anledningen är att många studier bygger på tvärsnittsstudier snarare än studier som följer individer över tid. Få studier är dessutom genomförda på äldre personer och personer i mycket hög ålder. Dessutom är det svårt att dra tydliga slutsatser kring ensamhetens konsekvenser för bland annat hälsan, då forskningen inte alltid särskiljer på olika aspekter på till exempel sociala relationer, social isolering och ensamhet.

Det är förstås viktigt att förstå konsekvenserna av ensamhet hos den äldre delen av befolkningen, både för den äldre personen själv men även för samhället i stort. För att öka kunskapen kring detta behövs mera forskning som bygger på longitudinella studier och som fokuserar på äldre personer. Dessutom behöver studier begreppsmässigt och empiriskt skilja på effekten av ensamhet respektive effekten av andra aspekter av sociala relationer inklusive social isolering på olika hälsoutfall.

Referenser

- Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine*, 51(6), 843–857. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00065-4](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00065-4)
- Boss, L., Kang, D. H., & Branson, S. (2015). Loneliness and cognitive function in the older adult: a systematic review. *International Psychogeriatrics*, 27(4), 541–553. <https://doi.org/10.1017/S1041610214002749>
- Courtin, E. & Knapp, M. (2017). Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review. *Health & Social Care in the Community*, 25, 799–812. <https://doi.org/10.1111/hsc.12311>
- Fässberg, M., van Orden, K., Duberstein, P., Erlangen, A., Lapierre, S., Bodner, E., Canetto, S., De Leo, D., Szanto, K., & Waern, M. (2012). A systematic review of social factors and suicidal behaviour in older adulthood, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9, 722–745. <https://doi.org/10.3390/ijerph9030722>
- Hawkey, L. & Cacioppo, J. (2007). Aging and loneliness: Downhill quickly? *Current Directions in Psychological Science*, 16, 187–191. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2007.00501.x>
- Hawkey, L. & Cacioppo, J., (2010). Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 40(2), 218–227. <https://doi.org/10.1007/s12160-010-9210-8>
- Holt-Lunstad, J., Smith, T., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 227–237. <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>
- Kuiper, J. S., Zuidersma, M., Voshaar, R. C. O., Zuidema, S. U., van den Heuvel, E. R., Stolk, R. P., & Smidt, N. (2015). Social relationships and risk of dementia: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Ageing Research Reviews*, 22, 39–57. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2015.04.006>
- Lara, E., Martín-María, N., De la Torre-Luque, A., Koyanagi, A., Vancampfort, D., Izquierdo, A. & Miret, M. (2019). Does loneliness contribute to mild cognitive impairment and dementia? A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Ageing Research Reviews*, 52, 7–16. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2019.03.002>
- Leigh-Hunt, N., Bagguley, D., Bash, K., Turner, V., Turnbull, S., Valtorta, N. & Caan, W. (2017). An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *Public Health*, 152, 157–171. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.07.035>
- O'Luanaigh, C., & Lawlor, B. (2008). Loneliness and the health of older people. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(12), 1213–1221. <https://doi.org/10.1002/gps.2054>
- Ong A., Uchino B., & Wethington E. (2016). Loneliness and health in older adults: A mini-review and synthesis. *Gerontology*. 62, 443–449. <https://doi.org/10.1159/000441651>
- Penninkilampi, R., Casey, AN., Singh, MF., & Brodaty, H. (2018). The association between social engagement, loneliness, and risk of dementia: A systematic review

and meta-analysis. *International Journal of Alzheimers Disease*, 66(4), 1619–1633. <https://doi.org/10.3233/JAD-180439>

Rico-Uribe, L., Caballero, F., Martín-María, N., Cabello, M., Ayuso-Mateos, J., & Miret, M. (2018). Association of loneliness with all-cause mortality: A meta-analysis. *PLOS ONE*, 13(1), p.e0190033. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190033>

Schwarzbach, M., Luppa, M., Forstmeier, S., König, H. H., & Riedel-Heller, S. G. (2014). Social relations and depression in late life—a systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(1), 1–21. <https://doi.org/10.1002/gps.3971>

Segrin, C., & Passalacqua, S. (2010). Functions of loneliness, social support, health behaviors, and stress in association with poor health. *Health Communication*, 25(4), 312–322. <https://doi.org/10.1080/10410231003773334>

Valtorta, N., Kanaan, M., Gilbody, S., Ronzi, S., & Hanratty, B. (2016). Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. *HEART*, 102(13), 1009–1016. <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2015-308790>

Wang, J., Mann, F., Lloyd-Evans, B., Rumin, M., & Johnson, S. (2018). Associations between loneliness and perceived social support and outcomes of mental health problems: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 18, 156. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1736-5>

Kapitel 3

Systematisk översikt över longitudinella riskfaktorer för ensamhet

Lena Dahlberg, Kevin J. McKee, Amanda Frank och Mahwish Naseer

I det här kapitlet presenteras en översikt över internationell forskning som har studerat faktorer som har samband med risk för ensamhet bland äldre personer. Översikten omfattar artiklar som har studerat detta samband över tid (longitudinella studier), det vill säga där riskfaktorerna har mätts vid ett tillfälle (ibland kallat baslinjemätning) medan utfallet – i det här fallet ensamhet – har mätts vid ett senare tillfälle (ibland kallat uppföljning). Analyserna undersöker således om faktorer som mäts vid det första tillfället ökar risken för ensamhet vid det andra mättillfället. Kapitlet inleds med en kort introduktion, följt av en redovisning av hur översikten genomfördes. Därefter presenteras översiktens resultat, vilket omfattar både en beskrivning av de artiklar som identifierats och de samband som har identifierats mellan olika riskfaktorer och ensamhet. Kapitlet avslutas med en diskussion av resultaten.

Introduktion

Det har gjorts ett antal översikter över ensamhet bland äldre personer. Som presenteras i Kapitel 2 och 5 i denna rapport har flera av dem fokuserat på konsekvenser av ensamhet respektive interventioner för att minska ensamhet. Det har också gjorts några översikter över forskning om riskfaktorer för ensamhet, det vill säga olika förhållanden som har ett samband med en ökad risk för ensamhet. Till exempel har Pinquart och Sörensen (2001, 2003) genomfört en systematisk översikt och meta-analys av riskfaktorer för ensamhet. Dessa baserades på tvärsnittsstudier, det vill säga studier som undersöker förhållanden vid en given tidpunkt och utan uppföljning. Tvärsnittsstudier kan bidra med kunskap om förekomst av ensamhet och vilka förhållanden som ensamhet har samband med. Däremot går det inte att avgöra om dessa förhållanden är riskfaktorer för eller konsekvenser av ensamhet, det vill säga vad som är orsak och verkan.

I en översikt av Routasalo och Pitkala (2003) konstaterades att forskningen om riskfaktorer för ensamhet bland äldre personer i huvudsak har haft tvärsnittsdesign. Även i en senare översikt, som inkluderade både tvärsnittsstudier och longitudinella studier, konstaterades att de samband mellan olika riskfaktorer och ensamhet som identifierats främst har undersökts i tvärsnittsstudier (Cohen-Mansfield, Hazan, Lerman, & Shalom, 2016). Det har under senare år publicerats ett antal studier med longitudinell design, men hittills har ingen översikt över resultaten från dessa studier gjorts.

Syfte

Syftet med denna systematiska översikt var att identifiera, kvalitetsbedöma och sammanfatta de viktigaste resultaten av longitudinell forskning rörande riskfaktorer för ensamhet bland äldre personer.

Metod

Översikten begränsades till kollegiegranskade vetenskapliga artiklar publicerade på engelska. Artiklarna skulle vara kvantitativa med longitudinell design, omfatta personer som har en medelålder om 60 år eller äldre vid uppföljningstidpunkten, vara genomförda i ett eller flera länder eller delar av länder som tillhör Organisationen för ekonomiskt samarbete och utveckling (OECD), samt ha ensamhet som utfall.

En artikelsökning gjordes i fyra databaser den 25 juni 2018, och omfattade artiklar som publicerats till och med detta datum. En kvalitetsbedömning gjordes av alla relevanta artiklar utifrån kvalitetskriterier som hade anpassats för den här specifika översikten utifrån Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU, 2014) och Boyle (1998). Kvalitetskriterierna tog hänsyn till olika aspekter av urvalet, materialet, och den statistiska analysen. Om tillräcklig information om metod och genomförande saknades i artiklarna inhämtades sådan information i möjligaste mån från andra källor, såsom bakgrundsrapporter eller hemsidor för de studier artiklarna som bygger på. Artiklar som bedömdes ha låg kvalitet utifrån ovan nämnda kriterier exkluderades från översikten.

Resultaten presenteras i tabeller där det framgår i hur många artiklar sambandet mellan olika faktorer och ensamhet har analyserats, samt antalet artiklar där en ökad risk (positivt statistiskt samband) eller minskad risk (negativt statistiskt samband) har bekräftats. Samband identifierade i såväl bivariata som multivariabla analyser presenteras. I en bivariat analys fastställs sambandet mellan en faktor i taget och ensamhet. I multivariabla analyser undersöks sambandet mellan flera faktorer samtidigt och ensamhet, det vill säga flera faktorer ingår i samma analys och deras oberoende samband med ensamhet i relation till övriga faktorer fastställs. Resultaten för en faktor i en multivariabel analys är således beroende av hur många och vilka andra faktorer som ingår i analysen.

I den här rapporten redovisas resultaten för de oftast undersökta faktorerna samt ett urval av de faktorer som har undersökts mer sällan. I några artiklar förekommer mer än en uppföljning av ensamhet och/eller flera utfall (social respektive emotionell ensamhet; för definitioner se Kapitel 1). Vi ser varje enskild artikel som en analysenhet och har därför redovisat det vanligast förekommande resultatet (ökad risk/minskad risk/inget samband) i de artiklar som innehåller flera analyser av samma riskfaktor eller flera utfall. Om det är fråga om två resultat och endast en av dem är statistiskt signifikant har det signifikanta resultatet redovisats.

Resultat

Det är avsnittet inleds med en beskrivning av de artiklar som har identifierats. Därefter presenteras huvudresultaten rörande olika riskfaktorer för ensamhet som har framkommit i dessa artiklar.

Beskrivning av identifierade artiklar

Databassökningen genererade 964 artiklar. Ytterligare 4 artiklar identifierades genom andra källor, såsom i referenslistor till inkluderade artiklar. Av dessa var 47 artiklar relevanta för översikten, varav 34 artiklar bedömdes hålla tillräcklig god kvalitet för att inkluderas (se Appendix 1).

Artiklarna byggde på data från 11 länder. Flest artiklar kom från Nederländerna (10 artiklar) och USA (9 artiklar), följt av Storbritannien (4 artiklar) och Sverige (3 artiklar). Bland de övriga nordiska länderna identifierades artiklar från Norge (2 artiklar) och Finland (1 artikel). En artikel omfattade mer än ett land och baserades på data från Belgien och Nederländerna. Totalt 17 artiklar baserades på nationella data, vilka representerade Israel, Nederländerna, Sverige, Tyskland och USA. I övrigt var det fråga om data som omfattade en eller flera regioner eller lokala områden inom ett land. Flera av artiklarna var baserade på data från samma studier. Dessa artiklar skiljde sig åt vad gäller vilka riskfaktorer som analyserats, urval av deltagare, datainsamlingsår och/eller typ av analys.

Den tidigaste artikeln publicerades år 1999, medan drygt hälften av artiklarna har publicerats år 2015 eller senare. Majoriteten av artiklarna baserades på urval där mer än hälften av deltagarna var kvinnor och i hälften av artiklarna var deltagarnas medelålder vid uppföljningstillfället 70 år eller äldre.

De flesta artiklarna omfattade studier som inkluderar ett brett urval av äldre personer, men en del av artiklarna baserades på data för specifika grupper av äldre personer, till exempel personer med hörselnedsättning (Pronk et al., 2011), cancerpatienter (Deckx et al., 2015), änkor/änklingar (van Baarsen, 2002) eller män (Tijhuis, de Jong Gierveld, Feskens, & Kromhout, 1999).

Artiklarnas resultat

De flesta artiklarna presenterade analyser av sambanden mellan många olika faktorer och ensamhet, men några hade ett snävare huvudfokus på till exempel hörsel (Pronk, et al., 2014; Pronk et al., 2011), depressiva symptom (Cacioppo, Hawkley, & Thisted, 2010), tandhälsa (Rouxel et al., 2017) eller diskriminering (Sutin, Stephan, Carretta, & Terracciano, 2015).

Ett stort antal faktorer studerades i de inkluderade artiklarna. I redovisningen nedan har dessa grupperats enligt följande: demografiska faktorer, sociala förhållanden, socioekonomiska förhållanden, fysisk hälsa och funktionsnedsättningar, psykisk hälsa och psykologiska faktorer, samt andra faktorer.

Varje delavsnitt innehåller en tabell som presenterar de riskfaktorer som oftast har undersökts inom det området. I tabellerna redovisas antalet artiklar som har undersökt respektive faktor, samt antalet artiklar som funnit ett signifikant samband mellan faktorn och en ökad respektive minskad risk för ensamhet. Utöver de faktorer som redovisas i tabellerna ges exempel på andra studerade faktorer inom området.

Demografiska riskfaktorer

Resultaten rörande demografiska riskfaktorer presenteras i Tabell 3.1. Deltagarnas kön och ålder rapporterades i de flesta av artiklarna. Det var dock inte alltid som kön och ålder analyserades som en riskfaktor för ensamhet, utan istället användes sådan information till exempel för att beskriva urvalet.

Det finns ett samband mellan att vara kvinna och uppleva ensamhet. Detta samband bekräftades i fem av sex artiklar som gjort sådana analyser på bivariat nivå (Aartsen & Jylhä, 2011; Cohen-Mansfield, Shmotkin, & Goldberg, 2009; Dahlberg, Andersson, McKee, & Lennartsson, 2015; Nicolaisen & Thorsen, 2014; Pikhartova, Bowling, & Victor, 2016). Sambandet bottnar dock ofta i andra faktorer än könet i sig, det vill säga förhållanden som i högre grad gäller för kvinnor än män. Detta visar sig genom att sambandet mellan kön och ensamhet vanligtvis inte längre var statistiskt signifikant när även andra variabler togs med i analysen. I multivariabla analyser konstaterades ett samband mellan att vara kvinna och ensamhet i två av 17 artiklar (Cohen-Mansfield et al., 2009; Donovan et al., 2017).

Ett liknande mönster finns vad gäller ålder. Ett bivariat samband mellan ensamhet och högre ålder hittades i fyra av sex artiklar (Dahlberg et al., 2015; Newall et al., 2009; Nicolaisen & Thorsen, 2014; Pikhartova et al., 2016), men endast i tre av de 15 artiklar som studerade ålder i kombination med andra variabler (Donovan et al., 2017; Dykstra, van Tilburg, & de Jong Gierveld, 2005; vid en av två uppföljningar: Taube, Kristensson, Midlöv, Holst, & Jakobsson, 2013).

Tabell 3.1 Samband mellan demografiska faktorer och ensamhet

Faktor	Antal artiklar som analyserat faktorn		Antal artiklar som redovisat ett statistiskt signifikant samband			
	BV	MV	Ökad risk		Minskad risk	
	BV	MV	BV	MV	BV	MV
Kön (kvinna)	6	17	5	2	0	2
Ålder (högre)	6	15	4	3	0	0

Not: BV står för bivariat analys; MV står för multivariabel analys.

Sociala förhållanden

Sambandet mellan olika sociala förhållanden och ensamhet presenteras i Tabell 3.2. Civilstånd är ett socialt förhållande som har studerats relativt ofta. Att vara gift eller ha en partner tycks fungera som en skyddsfaktor för ensamhet. Det bivariata sambandet mellan att vara gift/ha en partner och ensamhet bekräftades i tre av fem artiklar (Cohen-Mansfield et al., 2009; Nicolaisen & Thorsen, 2014; Pikhartova et al., 2016), medan det multivariabla sambandet bekräftades i fem av elva artiklar (Deckx et al., 2015; Dykstra et al., 2005; Nicolaisen & Thorsen, 2012; Pikhartova et al., 2016; Tijhuis et al., 1999). Att vara änka/änkling tycks istället öka risken för ensamhet (Dahlberg et al., 2015). En del av dessa änkor/änklingar kan dock ha förlorat sin

make/maka för många år sen. Därför har en del artiklar inkluderat förlusten av en partner, och i nästan alla av dessa artiklar påvisades att detta ökade risken för ensamhet (Aartsen & Jylhä, 2011; Dahlberg et al., 2015; Dykstra et al., 2005; Nicolaisen & Thorsen, 2014; Tijhuis et al., 1999).

Sociala kontakter omfattar till exempel antal vänner eller hur ofta respondenten träffar sina sociala kontakter. Ungefär hälften av de artiklar som studerade sociala kontakter eller sociala nätverk fann att de minskar risken för ensamhet (Böger & Huxhold, 2018; Dahlberg et al., 2015; Donovan et al., 2017; Dykstra et al., 2005).

Socialt stöd har studerats på olika sätt i förhållande till ensamhet. Det kan handla om breda frågor om socialt stöd eller ett snävare fokus på känslomässigt stöd, och det kan handla om stöd från ett bredare socialt nätverk eller från specifika personer eller grupper såsom make/maka, familj eller vänner. Bivarata samband mellan socialt stöd och ensamhet hittades i en av två artiklar (Dahlberg, Andersson, & Lennartsson, 2018), medan sådana multivariabla samband hittades i fem av sex artiklar (Cacioppo et al., 2010; Dahlberg et al., 2018; Hawkey & Kocherginsky, 2017; van Baarsen, 2002; Wong & Waite, 2017). Då flera olika mått på socialt stöd ibland förekom i samma artiklar, betyder detta resultat att en del av dessa artiklar även påvisade att (andra typer av) socialt stöd inte hade samband med risk för ensamhet.

I enstaka artiklar undersöktes olika aspekter på kvaliteten i sociala kontakter. Till exempel fann en artikel en lägre risk för ensamhet bland dem som är lyckligt gifta (Warner & Adams, 2016), medan en annan artikel fann ett samband mellan att vara lyckligt gift och en lägre risk för social, men inte emotionell, ensamhet (Margelisch, Schneewind, Violette, & Perrig-Chiello, 2017).

I två artiklar studerades stressfulla relationer. Båda artiklarna påvisade en ökad risk för ensamhet bland personer som har stressfulla relationer med vänner (Hawkey & Kocherginsky, 2017; Warner & Adams, 2016). Däremot gällde inte detta samband stressfulla relationer med familjen i en av artiklarna (Hawkey & Kocherginsky, 2017). En artikel omfattade verbala övergrepp och finansiellt utnyttjande och fann att verbala övergrepp ökade risken för ensamhet om dessa övergrepp gjordes av någon anhörig (Wong & Waite, 2017).

Tabell 3.2 Samband mellan sociala förhållanden och ensamhet

Faktor	Antal artiklar som analyserat faktorn		Antal artiklar som redovisat ett statistiskt signifikant samband			
	BV	MV	Ökad risk		Minskad risk	
			BV	MV	BV	MV
Civilstånd						
Gift/ sammanboende	5	11	0	0	3	5
Änka/ änkling	1	1	1	1	0	0
Förlust av partner	2	6	2	5	0	0
Sociala kontakter	2	7	0	0	1	3
Förlust/ minskning av sociala kontakter	2	4	1	1	0	
Socialt stöd	2	6	0	1	1	5

Not: BV står för bivariat analys; MV står för multivariabel analys.

Socioekonomiska förhållanden

Socioekonomiska förhållanden kan studeras utifrån exempelvis inkomst, utbildning eller finansiell situation (se Tabell 3.3). Det finns svag evidens för att socioekonomiska förhållanden har samband med ensamhet. Låg hushållsinkomst hade ett bivariat samband med ensamhet i en artikel (Pikhartova et al., 2016) och ett multivariabelt signifikant samband med ökad risk för ensamhet i en av tre artiklar (Donovan et al., 2017). Rörande låg utbildning påvisades ett bivariat samband med ökad ensamhet i två av fem artiklar (Nicolaisen & Thorsen, 2014; Pikhartova et al., 2016) och multivariat samband i två av tio artiklar (Donovan et al., 2017; Sutin et al., 2015). Vidare undersöktes finansiell situation eller välbefinnande i fyra artiklar, där två av artiklarna fann att sämre finansiell situation ökade risken för ensamhet (Cohen-Mansfield et al., 2009; Donovan et al., 2017).

Tabell 3.3 Samband mellan socioekonomiska förhållanden och ensamhet

Faktor	Antal artiklar som analyserat faktorn		Antal artiklar som redovisat ett statistiskt signifikant samband			
			Ökad risk		Minskad risk	
	BV	MV	BV	MV	BV	MV
Hushållsinkomst (låg)	1	3	1	1	0	0
Utbildning (låg)	5	10	2	2	0	0
Finansiell situation (sämre) eller välstånd	1	4	1	2	0	0

Not: BV står för bivariat analys; MV står för multivariabel analys.

Fysisk hälsa och funktionsförmåga

I Tabell 3.4 presenteras vilka samband fysisk hälsa och funktionsförmåga har med ensamhet. Ett vanligt mått på fysisk hälsa är en enkel fråga om hur personen själv skattar sin hälsa, och det finns stöd för att självskattad hälsa har samband med ensamhet i tre av de fyra artiklar som inkluderade detta i bivariata analyser (Cohen-Mansfield et al., 2009; Nicolaisen & Thorsen, 2014; Pikhartova et al., 2016) och i tre av de sex artiklar som gjorde multivariabla analyser av detta samband (Dykstra et al., 2005; Tijhuis et al., 1999; van Baarsen, 2002).

Funktionsförmåga studeras vanligtvis genom att personer tillfrågas om de klarar av att utföra olika aktiviteter i det dagliga livet. Det kan vara basala aktiviteter i dagliga livet (ADL), såsom att gå upp ur sängen, klara sin hygien och att äta, eller instrumentella aktiviteter i dagliga livet (IADL), såsom att handla, städa och laga mat. I båda de artiklar som analyserade ADL identifierades ett samband mellan nedsatt ADL-förmåga och ensamhet (Hawkley & Kocherginsky, 2017; Warner & Adams, 2016), medan en av två artiklar påvisade ett samband mellan nedsatt IADL-förmåga och ensamhet på bivariat nivå (Newall et al., 2009). I sex artiklar användes ett kombinerat mått på ADL och IADL. Två av dessa artiklar redovisade ett statistiskt signifikant multivariabelt samband (Brittain et al., 2017; Dykstra et al., 2005).

Ingen av de tre artiklar som undersökte kognitiv förmåga identifierade något samband med risk för ensamhet. Däremot hittades samband med ökad risk för ensamhet i en artikel som använde ett mer avgränsat mått på kognition, nämligen nedsatt minnesförmåga (Ayalon, Shiovitz-Ezra, & Roziner, 2016).

Tabell 3.4 Samband mellan fysisk hälsa och funktionsförmåga och ensamhet

Faktor	Antal artiklar som analyserat faktorn		Antal artiklar som redovisat ett statistiskt signifikant samband			
			Ökad risk		Minskad risk	
	BV	MV	BV	MV	BV	MV
Självskattad hälsa (god)	4	6	0	0	3	3
Försämrad självskattad hälsa	1	4	0	2	0	0
Funktionsförmåga						
Aktiviteter i dagliga livet (ADL) (god)	0	2	0	0	0	2
Instrumentella aktiviteter i dagliga livet (IADL) (god)	2	1	0	0	1	0
Kombination ADL och IADL (god)	1	5	0	0	0	2
Kognition (god)	0	3	0	0	0	0

Not: BV står för bivariat analys; MV står för multivariabel analys.

Psykisk hälsa och psykologiska faktorer

Depression eller nedstämdhet är det vanligaste måttet på psykisk hälsa och psykologiska faktorer i de artiklar som ingår i denna översikt, och det finns ett starkt stöd för att detta är förenat med en ökad risk för ensamhet (se Tabell 3.5). Fyra av fem artiklar som studerade bivariata samband (Cacioppo, Chen, & Cacioppo, 2017; Cacioppo et al., 2010; Dahlberg et al., 2015; Pikhartova et al., 2016) och fyra av sju artiklar som studerade multivariabla samband identifierade ett samband med en ökad risk för ensamhet (Brittain et al., 2017; Dahlberg et al., 2015; Donovan et al., 2017; Houtjes et al., 2014). Ökad depression hade i samtliga fall då detta analyserades samband med en ökad risk för ensamhet (Aartsen & Jylhä, 2011; Cacioppo et al., 2017; Dahlberg et al., 2015).

Utöver depression och nedstämdhet har ett antal olika psykologiska faktorer studerats, men det är sällan de förekommer i mer än en artikel. Till exempel visade en artikel att höga nivåer av optimism kan minska risken för ensamhet (Rius-Ottenheim et al., 2012) och en annan artikel visade att god självskattad mental hälsa kan minska risken för ensamhet (Warner & Adams, 2016).

I tre artiklar undersöktes fem olika aspekter av personlighet, vilken grundar sig i femfaktorteorin (Costa, & McCrae, 1985). En av artiklarna fann att personer som hade hög nivå av öppenhet hade en minskad risk för ensamhet (Taube et al., 2013), medan en annan artikel fann att neuroticism ökade risken för emotionell ensamhet

(Margelisch et al., 2017). Ingen artikel hittade något samband mellan vänlighet, samvetsgrannhet eller extraversion och ensamhet.

Tabell 3.5 Samband mellan psykisk hälsa/psykologiska faktorer och ensamhet

Faktor	Antal artiklar som analyserat faktorn		Antal artiklar som redovisat ett statistiskt signifikant samband			
	BV	MV	Ökad risk		Minskad risk	
	BV	MV	BV	MV	BV	MV
Depression, nedstämdhet	5	7	4	4	0	0
Försämring av depression, nedstämdhet	3	2	3	2	0	0

Not: BV står för bivariat analys; MV står för multivariabel analys.

Andra riskfaktorer

Utöver de faktorer som presenterats hittills finns ett antal faktorer som inte enkelt kan sorteras in i ovanstående områden.

Det är vanligt att ensamhet vid baslinjemätningen studeras som en riskfaktor för ensamhet, det vill säga att nivån av ensamhet vid en tid i livet förklarar nivån av ensamhet senare i livet. Ett sådant samband bekräftades i samtliga artiklar som analyserade detta.

Endast tre artiklar studerade äldreomsorgssituationen i förhållande till ensamhet. Samtliga av dessa artiklar fokuserade på särskilt boende. Två artiklar fann att personer som bodde på särskilt boende hade en högre risk för ensamhet än personer i ordinärt boende (Brittain et al., 2017; Tijhuis et al., 1999), medan den tredje artikeln inte fann något statistiskt signifikant samband mellan boende och ensamhet (Dykstra et al., 2005). Detta betyder att ingen av artiklarna i denna översikt undersökte ensamhet utifrån andra aspekter av äldreomsorgen, såsom hemtjänst, dagverksamhet eller träffpunkter.

Två artiklar undersökte olika attityder i förhållande till ensamhet. I en av dessa påvisades att risken för ensamhet var högre bland dem som instämde i att ålderdomen är en tid av ensamhet och bland dem som förväntade sig en större grad av ensamhet när de åldrades (Pikhartova et al., 2016). I den andra artikeln tillfrågades deltagarna om vad de ansåg att ensamhet orsakas av. De som ansåg att ensamhet orsakades av att man inte anstränger sig att vara vänlig hade en lägre risk för ensamhet och de som ansåg att det var tur som gjorde att man fick vänner hade en högre risk för ensamhet (Newall et al., 2009).

En artikel rapporterade resultat rörande samband mellan erfarenhet av diskriminering och ensamhet. Den fann ett samband med ökad risk för ensamhet bland personer som hade upplevt diskriminering baserad på ålder, vikt, fysisk funktionsnedsättning eller utseende men inte bland dem som hade upplevt diskriminering baserad på etnicitet, ursprung, sexuell läggning eller kön (Sutin et al.,

2015).

Slutligen finns det några få artiklar som studerade ensamhet bland äldre personer ur ett livsloppsperspektiv. Två artiklar undersökte signifikanta respektive traumatiska livshändelser, vilket inte visade sig ha något samband med ensamhet (Cacioppo et al., 2010; Cohen-Mansfield et al., 2009). I en annan artikel undersöktes antalet äktenskap genom livet, vilket inte heller hade samband med ensamhet (Warner & Adams, 2016). Däremot påvisade en artikel att barndomsförhållanden såsom konflikter mellan föräldrarna, mobbning och ekonomiska problem i hemmet ökade risken för ensamhet (Nicolaisen & Thorsen, 2014). Slutligen hade två artiklar en uppföljningstid om tjugo år eller mer. Den ena artikeln visade att sociala förhållanden grundläggs tidigare i livet och att vissa avseenden, såsom tillgång till socialt stöd, har samband med lägre risk för ensamhet som äldre (se t.ex. Dahlberg et al., 2018), medan den andra påvisade vikten av förändringar i sociala förhållanden (Aartsen & Jylhä, 2011). Inga övriga artiklar tog hänsyn till förhållanden eller upplevelser under barndom, uppväxt och yrkesverksam ålder.

Diskussion

I det här kapitlet har den första systematiska översikten över longitudinella artiklar om riskfaktorer för ensamhet bland äldre personer presenterats. Ensamhet bland äldre personer är ett forskningsområde som har fått uppmärksamhet under senare år, men endast sex av 35 relevanta artiklar kommer från de nordiska länderna (Sverige, Norge och Finland).

Översikten visar att det finns evidens för att en del faktorer har samband med ensamhet bland äldre personer. Ungefär hälften av de artiklar som har analyserat effekten av att vara gift eller sammanboende har funnit att detta är en skyddande faktor och samtliga artiklar som analyserat förlust av partner har funnit att detta ökar risken för ensamhet. Detta kan jämföras med en tidigare forskningsöversikt, baserad på en kombination av tvärsnitts- och longitudinella studier, som fann ett stort stöd för en ökad risk för ensamhet bland personer som saknade en partner såsom änkor/änklingar (Cohen-Mansfield et al., 2016).

Även sociala kontakter och minskning av sociala kontakter har ett samband med ensamhet, vilket bekräftades i ungefär hälften av de artiklar där detta analyserades. Socialt stöd är ett mått på sociala relationer som handlar om dess funktion och socialt stöd har visat sig ha ett negativt samband med ensamhet i en större andel artiklar. Dessa resultat är i linje med resultaten från den metaanalys av tvärsnittsstudier som gjordes i början av 2000-talet och som visade att kvalitet i sociala relationer hade starkare samband med ensamhet än omfattningen av eller frekvensen i de sociala relationerna (Pinquart & Sörensen, 2001).

Vidare finns det evidens för att självskattad ohälsa, begränsad förmåga att utföra aktiviteter i det dagliga livet samt depression och nedstämdhet har samband med en ökad risk för ensamhet. Samband mellan ensamhet och fysisk och psykisk ohälsa har hittats även i en tidigare översikt, men i den översikten konstaterades att detta samband främst har undersökts i tvärsnittsstudier, vilket minimerade möjligheterna att dra slutsatser om vad som är orsak och verkan (Cohen-Mansfield et al., 2016). När det gäller psykisk ohälsa har dock en översiktsartikel visat att depression och ensamhet ofta uppträder samtidigt och kan förstärka varandra över tid (O'Luanaigh & Lawlor, 2008).

I samtliga artiklar som har tagit hänsyn till ensamhet vid baslinjemätningen visades att detta ökar risken för ensamhet även vid uppföljningen. Detta är inget oväntat resultat, samtidigt som det inte ska tolkas som att ensamhet är omöjligt att ta sig ur. Tvärtom finns det flera studier som påvisat ett fluktuerande mönster i ensamhet bland äldre personer (se t.ex. Victor & Bowling, 2012).

Det finns flera artiklar som visade att ensamhet var vanligare hos kvinnor och bland personer i högre åldrar. Dessa samband blev dock vanligtvis icke-signifikanta när hänsyn togs även till andra förhållanden, vilket bekräftar resultaten från en tidigare översikt (Cohen-Mansfield et al., 2016). Dessa resultat betyder att sambandet med ensamhet kan förklaras bättre av andra förhållanden än av kön och ålder i sig, det vill säga att riskfaktorer såsom att bli änka/änkling eller försämrad hälsa är vanligare bland kvinnor och i högre åldrar och att det är sådana faktorer som förklarar den ökade risken för ensamhet.

En svaghet i denna översikt, liksom i alla forskningsöversikter, är att det finns en risk för att vi kan ha missat någon artikel. För att minimera denna risk har vi gjort sökningar i flera olika databaser och haft två oberoende medarbetare som har gått igenom alla sökträffar och gjort en bedömning av artiklarnas relevans. En annan begränsning är att översikten endast omfattar vetenskapliga artiklar publicerade på engelska.

Slutsatser

Innan definitiva slutsatser kan dras rörande riskfaktorer för ensamhet bland äldre personer behöver ett antal förhållanden beaktas. Artiklarna har haft mycket varierande inriktning. Inte heller då flera artiklar har undersökt samma riskfaktorer betyder det att dessa faktorer har mätts på samma sätt i de olika artiklarna. Ibland har en riskfaktor mätts med en enkel fråga och ibland med validerade skalor. Detta reser frågor om det verkligen är samma fenomen som har fångats, samtidigt som denna variation i frågor och skalor är naturlig med tanke på att många av artiklarna är baserade på etablerade nationella studier som kan ha initierats med bredare syften än just ensamhet.

Dessutom har inte alltid longitudinella resultat redovisats för alla de faktorer som har inkluderats i artiklarna. Till exempel har vissa faktorer, såsom kön eller ålder, ibland enbart använts för att beskriva urvalet eller för bivariata analyser baserade på baslinjemätningen istället för på det longitudinella materialet. Till skillnad från tvärsnittsstudier så följer longitudinella studier individer över tid. Det gör det möjligt att se om faktorer vid en tidpunkt har samband med ett utfall, såsom ensamhet, vid en senare tidpunkt. Det är dock ändå inte möjligt att helt fastställa sambandet i termer av orsak och verkan, eftersom både faktorer och utfall kan ha samband med andra faktorer som inte har mätts i studien.

Trots dessa begränsningar visar översikten att det finns relativt entydiga resultat rörande vissa faktors longitudinella samband med ensamhet, såsom att ha en partner, förlora en partner, socialt stöd, självskattad hälsa, nedsatt funktionsförmåga, depression och ökning i depression. Sådan evidens kan utgöra grunden för att utveckla interventioner riktade till äldre personer som har särskilt

stor risk för ensamhet. Detta gäller inte minst personer som har förlorat sin partner. Översikten visar också att det inte enbart är sociala förhållanden som är av betydelse för risken att uppleva ensamhet. Det är minst lika viktigt att hälsa och funktionsförmåga tas i beaktande och då inte minst den psykiska hälsan. Evidensen för ett samband mellan andra riskfaktorer och ensamhet är dock svag, vilket beror på skiftande resultat och/eller att det finns ett brett spektrum av tänkbara riskfaktorer och många av dem endast har studerats i en eller ett fåtal artiklar.

Det finns också områden där det helt saknas evidens baserad på longitudinella studier. Exempelvis saknas forskning kring stora delar av äldreomsorgen och kring många livsloppsfaktorer som kan ha betydelse för ensamhet bland äldre personer. Det behövs alltså ytterligare forskning för att mer säkert kunna identifiera riskfaktorerna för ensamhet bland äldre personer och därmed kunna utforma evidensbaserade interventioner som effektivt kan förebygga eller minska ensamhet.

Referenser

- Aartsen, M., & Jylhä, M. (2011). Onset of loneliness in older adults: Results of a 28 year prospective study. *European Journal of Ageing*, 8(1), 31–38. <https://doi.org/10.1007/s10433-011-0175-7>
- Ayalon, L., Shiovitz-Ezra, S., & Roziner, I. (2016). A cross-lagged model of the reciprocal associations of loneliness and memory functioning. *Psychology and Aging*, 31(3), 255–261. <https://doi.org/10.1037/pag0000075>
- Boyle, M. H. (1998). Guidelines for evaluating prevalence studies. *Evidence-Based Mental Health*, 1(2), 37–39. <https://doi.org/10.1136/ebmh.1.2.37>
- Brittain, K., Kingston, A., Davies, K., Collerton, J., Robinson, L. A., Kirkwood, T. B. L., Bond, J., & Jagger, C. (2017). An investigation into the patterns of loneliness and loss in the oldest old – Newcastle 85+ Study. *Ageing & Society*, 37(1), 39–62. <https://doi.org/10.1017/S0144686X15001142>
- Böger, A., & Huxhold, O. (2018). Do the antecedents and consequences of loneliness change From middle adulthood into old age? *Developmental Psychology*, 54(1), 181–197. <https://doi.org/10.1037/dev0000453>
- Cacioppo, J. T., Chen, H. Y., & Cacioppo, S. (2017). Reciprocal Influences Between Loneliness and Self-Centeredness: A Cross-Lagged Panel Analysis in a Population-Based Sample of African American, Hispanic, and Caucasian Adults. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 43(8), 1125–1135. <https://doi.org/10.1177/0146167217705120>
- Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., & Thisted, R. A. (2010). Perceived social isolation makes me sad: 5-year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. *Psychology and Aging*, 25(2), 453–463. <https://doi.org/10.1037/a0017216>
- Cohen-Mansfield, J., Hazan, H., Lerman, Y., & Shalom, V. (2016). Correlates and predictors of loneliness in older-adults: a review of quantitative results informed by qualitative insights. *International Psychogeriatrics*, 28(4), 557–576. <https://doi.org/10.1017/S1041610215001532>
- Cohen-Mansfield, J., Shmotkin, D., & Goldberg, S. (2009). Loneliness in old age: longitudinal changes and their determinants in an Israeli sample. *International Psychogeriatrics*, 21(6), 1160–1170. <https://doi.org/10.1017/S1041610209990974>
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1985). *The NEO personality inventory manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources. <https://doi.org/10.1037/t07564-000>
- Dahlberg, L., Andersson, L., & Lennartsson, C. (2018). Long-term predictors of loneliness in old age: results of a 20-year national study. *Aging & Mental Health*, 22(2), 190–196. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1247425>
- Dahlberg, L., Andersson, L., McKee, K. J., & Lennartsson, C. (2015). Predictors of loneliness among older women and men in Sweden: A national longitudinal study. *Aging and Mental Health*, 19(7), 409–417. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.944091>
- Deckx, L., van den Akker, M., van Driel, M., Bulens, P., van Abbema, D., Tjan-Heijnen, V., Kenis, C., de Jonge, E. T., Houben, B., & Buntinx, F. (2015). Loneliness in patients with cancer: the first year after cancer diagnosis. *Psycho-Oncology*, 24(11), 1521–1528. <https://doi.org/10.1002/pon.3818>

- Donovan, N. J., Wu, Q., Rentz, D. M., Sperling, R. A., Marshall, G. A., & Glymour, M. M. (2017). Loneliness, depression and cognitive function in older US adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 32(5), 564–573. <https://doi.org/10.1002/gps.4495>
- Dykstra, P. A., van Tilburg, T. G., & de Jong Gierveld, J. (2005). Changes in older adult loneliness: Results from a seven-year longitudinal study. *Research on Aging*, 27(6), 725–747. <https://doi.org/10.1177/0164027505279712>
- Hawkey, L. C., & Kocherginsky, M. (2017). Transitions in loneliness among older adults: A 5-year follow-up in the National Social Life, Health, and Aging Project Research on Aging, Published online ahead of print 17 March 2017. <https://doi.org/10.1177/0164027517698965>
- Houtjes, W., van Meijel, B., van de Ven, P. M., Deeg, D., van Tilburg, T., & Beekman, A. (2014). The impact of an unfavorable depression course on network size and loneliness in older people: a longitudinal study in the community. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(10), 1010–1017. <https://doi.org/10.1002/gps.4091>
- Margelisch, K., Schneewind, K. A., Violette, J., & Perrig-Chiello, P. (2017). Marital stability, satisfaction and well-being in old age: variability and continuity in long-term continuously married older persons. *Aging & Mental Health*, 21(4), 389–398. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1102197>
- Newall, N. E., Chipperfield, J. G., Clifton, R. A., Perry, R. P., Swift, A. U., & Ruthig, J. C. (2009). Causal beliefs, social participation, and loneliness among older adults: A longitudinal study. *Journal of Social and Personal Relationships*, 26(2-3), 273–290. <https://doi.org/10.1177/0265407509106718>
- Nicolaisen, M., & Thorsen, K. (2012). Impairments, mastery and loneliness. A prospective study of loneliness among older adults. *Norsk Epidemiologi*, 22(2), 143–150. <https://doi.org/10.5324/nje.v22i2.1560>
- Nicolaisen, M., & Thorsen, K. (2014). Loneliness among men and women - a five-year follow-up study. *Aging & Mental Health*, 18(2), 194–206. <https://doi.org/10.1080/13607863.2013.821457>
- O'Luanaigh, C., & Lawlor, B. A. (2008). Loneliness and the health of older people. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(12), 1213–1221. <https://doi.org/10.1002/gps.2054>
- Pikhartova, J., Bowling, A., & Victor, C. (2016). Is loneliness in later life a self-fulfilling prophecy? *Aging & Mental Health*, 20(5), 543–549. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1023767>
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2001). Influences on loneliness in older adults: A meta-analysis. *Basic and Applied Social Psychology*, 23(4), 245–266. https://doi.org/10.1207/S15324834BASP2304_2
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2003). Risk factors for loneliness in adulthood and old age: A meta-analysis. *Advances in Psychology Research*, 19(3), 111–143.
- Pronk, M., Deeg, D. J. H., Smits, C., Twisk, J. W., van Tilburg, T. G., Festen, J. M., & Kramer, S. E. (2014). Hearing loss in older persons: Does the rate of decline affect psychosocial health? *Journal of Aging and Health*, 26(5), 703–723. <https://doi.org/10.1177/0898264314529329>
- Pronk, M., Deeg, D. J. H., Smits, C., van Tilburg, T. G., Kuik, D. J., Festen, J. M., &

- Kramer, S. E. (2011). Prospective effects of hearing status on loneliness and depression in older persons: Identification of subgroups. *International Journal of Audiology*, 50(12), 887–896. <https://doi.org/10.3109/14992027.2011.599871>
- Rius-Ottenheim, N., Kromhout, D., van der Mast, R. C., Zitman, F. G., Geleijnse, J. M., & Giltay, E. J. (2012). Dispositional optimism and loneliness in older men. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(2), 151–159. <https://doi.org/10.1002/gps.2701>
- Routasalo, P., & Pitkala, K. H. (2003). Loneliness among older people. *Reviews in Clinical Gerontology*, 13, 303–311. <https://doi.org/10.1017/S095925980400111X>
- Rouxel, P., Heilmann, A., Demakakos, P., Aida, J., Tsakos, G., & Watt, R. G. (2017). Oral health-related quality of life and loneliness among older adults. *European Journal of Ageing*, 14(2), 101–109. <https://doi.org/10.1007/s10433-016-0392-1>
- SBU. (2014). *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården [Assessment of methods in health care]*. Stockholm: Swedish Agency for Health Technology Assessment and Assessment of Social Services.
- Sutin, A. R., Stephan, Y., Carretta, H., & Terracciano, A. (2015). Perceived discrimination and physical, cognitive, and emotional health in older adulthood. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(2), 171–179. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2014.03.007>
- Taube, E., Kristensson, J., Midlöv, P., Holst, G., & Jakobsson, U. (2013). Loneliness among older people. Results from the Swedish National Study on Aging and Care – Blekinge. *The Open Geriatric Medicine Journal*, 6(1), 1–10. <https://doi.org/10.2174/1874827901306010001>
- Tijhuis, M. A. R., de Jong Gierveld, J., Feskens, E. J. M., & Kromhout, D. (1999). Changes in and factors related to loneliness in older men. *The Zutphen Elderly Study*. *Age and Ageing*, 28(5), 491–495. <https://doi.org/10.1093/ageing/28.5.491>
- van Baarsen, B. (2002). Theories on coping with loss: The impact of social support and self-esteem on adjustment to emotional and social loneliness following a partner's death in later life. *Journals of Gerontology Series B-Psychological Sciences and Social Sciences*, 57(1), S33–S42. <https://doi.org/10.1093/geronb/57.1.S33>
- Warner, D. F., & Adams, S. A. (2016). Physical disability and increased loneliness among married older adults: The role of changing social relations. *Society and Mental Health*, 6(2), 106–128. <https://doi.org/10.1177/2156869315616257>
- Victor, C. R., & Bowling, A. (2012). A longitudinal analysis of loneliness among older people in Great Britain. *Journal of Psychology*, 146(3), 313–331. <https://doi.org/10.1080/00223980.2011.609572>
- Wong, J. S., & Waite, L. J. (2017). Elder mistreatment predicts later physical and psychological health: Results from a national longitudinal study. *Journal of Mistreatment and Neglect*, 29(1), 15–42. <https://doi.org/10.1080/08946566.2016.1235521>
- Yang, K. M. (2018). Longitudinal loneliness and its risk factors among older people in England. *Canadian Journal on Aging-Revue Canadienne Du Vieillissement*, 37(1), 12–21. <https://doi.org/10.1017/S0714980817000526>

Kapitel 4

Förekomst och riskfaktorer för ensamhet bland äldre personer i Norden

Carin Lennartsson, Johan Rehnberg, Kevin J. McKee, Lena Dahlberg

I det här kapitlet presenteras en studie av förekomsten av ensamhet samt vilka faktorer som har samband med ensamhet bland äldre personer i de nordiska länderna. Studien bygger på analyser av ett europeiskt material, European Social Survey (ESS). Kapitlet inleds med en presentation av liknande tidigare forskning. Därefter presenteras hur studien har genomförts och dess resultat. Kapitlet avslutas med en diskussion av resultaten.

Introduktion

Nivåerna av ensamhet bland äldre personer i Europa har framför allt studerats utifrån två datamaterial: European Social Survey (ESS) och Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). Båda studierna omfattar ett stort antal europeiska länder och har upprepats vid flera tillfällen, även om inte alla länder har deltagit i varje datainsamling. En skillnad mellan studierna är att ett nytt urval dras vid varje datainsamling av ESS, medan SHARE är longitudinell, det vill säga den följer samma urval av individer över tid.

Tidigare forskning

Förekomst av ensamhet

Det finns avsevärda skillnader i förekomst av ensamhet bland äldre personer mellan de europeiska länderna. Dykstra (2009) hänvisade i en översikt av forskning om förekomst av ensamhet till normer om familjesolidaritet. Förenklat kan dessa normer beskrivas som starkare i södra Europa och svagare i norra Europa. Detta visar sig till exempel genom att familjen står för en större del av omsorgen om äldre personer i sydeuropeiska länder och att ensamboende är vanligare i nordeuropeiska länder. Dykstra menade att det därmed skulle kunna vara rimligt att anta att det är ovanligare med ensamhet i familjeorienterade länder, men visade utifrån tidigare forskning att ensamhet tvärtom är vanligare i familjeorienterade länder.

Denna bild har bekräftats i senare forskning. Samma år som Dykstras översikt publicerades utkom en artikel som visade att ensamhet bland äldre personer var vanligare i medelhavsländerna än i norra Europa (Sundström, Fransson, Malmberg, & Davey, 2009). Senare studier, som har inkluderat ett större antal länder, har visat att högre förekomster av ensamhet återfinns i södra och centrala Europa och lägre förekomster i norra och västra Europa (Fokkema, Gierveld, & Dykstra, 2012; Yang & Victor, 2011).

Dessa skillnader har även diskuterats utifrån om samhällena är individualistiska eller kollektivistiska. I mer individualistiska samhällen värderas oberoende och självförverkligande, och i mer kollektivistiska samhällen prioriteras relationer med familjen eller gruppen (see Lykes & Kimmelmeier, 2014; Swader, 2019). Det har också visat sig att ensamhet i individualistiska samhällen har samband med att inte träffa vänner och inte ha någon nära förtrogen vän, medan ensamhet i kollektivistiska samhällen har samband med att inte träffa sin familj (Lykes & Kimmelmeier, 2014).

Vidare har välfärdsstatens betydelse för skillnaderna i förekomst av ensamhet mellan norra/västra och södra/centrala Europa studerats. En slutsats är att den nordiska välfärdsregimen med en väl utbyggd välfärdsstat ger individer resurser som underlättar socialt engagemang och gör dem mindre beroende av individuella resurser, samtidigt som det finns individuella resurser som har stor betydelse oavsett välfärdsregim, inte minst är det en skyddande faktor att vara gift eller sammanboende (Nyqvist, Nygard, & Scharf, 2019). Även tidigare forskning har lyft fram skillnader mellan länderna vad gäller hälsa och socioekonomisk situation som delförklaringar till de olika nivåerna i ensamhet (Fokkema et al., 2012).

Social exkludering och ensamhet

Som framgår av presentationen i Kapitel 3 i denna rapport så har ett stort antal riskfaktorer för ensamhet identifierats i tidigare forskning. Ett sätt att sortera bland dessa riskfaktorer är att utgå från social exkludering som teoretiskt ramverk. Social exkludering innebär att människor är förhindrade att delta fullt ut i samhället. Det finns en rad definitioner av social exkludering där en av de gemensamma nämnarna är att exkludering sker på flera olika områden i livet (Silver & Miller, 2003; Walsh, Scharf, & Keating, 2017), och att exkludering från ett område i livet ökar risken för exkludering från andra områden (se Dahlberg, kommande). Vad gäller forskningen om social exkludering bland äldre personer har följande områden ofta studerats: civilt deltagande, sociala relationer, materiella resurser samt lokalsamhället (Walsh et al., 2017; se även Van Regenmortel, De Donder, Dury, Smetcoren, De Witte, & Verté, 2016).

Ensamhet kan antas vara en konsekvens av, eller ibland ett tecken på, exkludering från sociala relationer (Burholt, Winter, Aartsen, Constantinou, Dahlberg, Feliciano, De Jong Gierveld, Van Regenmortel, & Waldegrave, 2020), men givet bredden i riskfaktorer för ensamhet är det tydligt att ensamhet även kan ha samband med exkludering från andra områden, till exempel exkludering från materiella resurser (Myck, Waldegrave, & Dahlberg, kommande). Vidare har forskning visat att ensamhet har samband med förhållanden på samhällsnivå som bidrar till exkludering, till exempel risk för fattigdom och otrygghet i lokalsamhället (Morgan, Dahlberg, Waldegrave, Mikulionienė, Rapolienė, Lamura, & Aartsen, kommande).

Syfte

Syftet med studien som presenteras i det här avsnittet var att undersöka förekomsten av ensamhet bland äldre personer i de nordiska länderna och vilka faktorer som har samband med ensamhet i denna grupp.

Data och metod

Denna studie bygger på data från European Social Survey (ESS), som är en undersökning som har genomförts ungefär vartannat år i Europa sedan 2001. Undersökningen genomförs via besök där personer i åldrarna 15 år och äldre tillfrågas om en mängd olika aspekter av och attityder till livet. Idag ingår 38 länder i studien, vars syfte bland annat är att studera stabilitet och förändringar i sociala strukturer, levnadsförhållanden och attityder i Europa, samt att tolka hur Europas sociala, politiska och moraliska system förändras.

Frågan om ensamhet ingår i de datainsamlingar som genomfördes åren 2006, 2010, 2012 och 2014. Danmark, Finland, Norge och Sverige har deltagit i samtliga dessa undersökningsomgångar, medan Island endast har deltagit år 2012. Det analytiska studiematerialet omfattar personer 60 år och äldre boende i något av de nordiska länderna. Svarsfrekvensen i studiematerialet (totalt för samtliga åldrar) är i Danmark (49–55 % för de olika åren), Finland (60–67 %), Island (55 %), Norge (54–66 %) och i Sverige (50–66 %). I Tabell 4.1 beskrivs antal observationer för respektive land som ingår i det analytiska studiematerialet.

Tabell 4.1. Antal observationer per land i samtliga ESS-omgångar. Personer 60 år och äldre (oviktat)

	Danmark	Finland	Island	Norge	Sverige	Totalt
ESS 3 (2006)	400	508	-	383	462	1 753
ESS 5 (2010)	409	536	-	368	460	1 773
ESS 6 (2012)	424	667	140	390	548	2 169
ESS 7 (2014)	393	699	-	382	564	2 038
Totalt	1 626	2 410	140	1 523	2 034	7 733

Vad gäller förekomsten av ensamhet över tid redovisas resultaten separat för de fem nordiska länderna. I analyser av sambanden mellan ensamhet och olika faktorer i de nordiska länderna slogs data från de nordiska länderna samman från varje undersökningsomgång (år) av ESS där frågan om ensamhet var inkluderad. Detta genererade ett studiematerial med 7 733 observationer. Sammanslagningen av ESS-omgångarna ansågs vara statistiskt giltigt, eftersom sambandet mellan ensamhet och riskfaktorerna relaterade till ensamhet inte hade förändrats under perioden och prevalenserna av ensamhet inte hade statistiskt förändrats (redovisas inte).

Ensamhet

Frågan om ensamhet mättes med hjälp av frågan "Hur ofta under förra veckan kände du dig ensam?" Svartalternativen till frågan var: "Aldrig eller nästan aldrig", "Ibland", "Oftast", "Alltid eller nästan alltid". De som svarat att de aldrig eller nästan aldrig kände sig ensamma föregående vecka har kategoriserats som att de inte

upplevde ensamhet. Övriga har kategoriserats som att de upplevde ensamhet.

Studerade grupper

I samtliga analyser tar vi hänsyn till ålder, utbildning, hushållsinkomst och kön. Ålder har kategoriserats i tre grupper, 60–69 år, 70–79 år och 80 år och äldre. Utbildning har mätts i antal år och hushållsinkomst har delats in i tio lika stora grupper, så kallade deciler.

Risikfaktorer

För att täcka en bredd av riskfaktorer utgår dessa från indikatorer för social exkludering och omfattar frågor som reflekterar följande områden: civilt deltagande, sociala relationer, materiella resurser och lokalsamhället. Vidare inkluderas två frågor om hälsa, eftersom hälsostatus i tidigare forskning har visat sig vara av betydelse för ensamhet (se Kapitel 3) och även har samband med social exkludering (Sacker, Ross, MacLeod, Netuveli, & Windle, 2017).

Civilt deltagande mättes med två indikatorer. Den första frågan var: "röstade du i det senaste nationella valet" (ja; nej). Den andra frågan handlade om politiskt engagemang (ja; nej), vilket mättes med fem frågor där ja på någon av frågorna kodades som politiskt engagemang. Dessa frågor rörde om svarspersonerna under de senaste 12 månaderna hade kontaktat en politiker eller offentlig tjänsteman; burit eller visat kampanjblem/klistermärke; undertecknat en namninsamling; deltagit i en laglig demonstration; eller bojkottat några produkter.

Sociala relationer baserades på tre indikatorer: sociala kontakter, antal hushållsmedlemmar och socialt stöd. Sociala kontakter mättes genom frågor om hur ofta respondenten träffade vänner, släktingar eller kollegor, där svarsalternativen varierade mellan dagligen och aldrig. Antalet hushållsmedlemmar har grupperats i ensamhushåll, tvåpersonshushåll samt tre eller fler i hushållet. Socialt stöd bygger på frågan "hur många personer, om några, finns det som du kan diskutera privata och personliga frågor med?", där de som hade minst en person att diskutera sådana frågor med ansågs ha socialt stöd.

Materiella resurser undersöktes utifrån hushållets inkomst samt frågan "Hur uppfattar du ditt hushålls nuvarande inkomst?". Svarsalternativen var: "klarar mig/oss bra på den nuvarande inkomsten", "klarar mig/oss på den nuvarande inkomsten", "har svårt att klara mig/oss på den nuvarande inkomsten", samt "har mycket svårt att klara mig/oss på den nuvarande inkomsten".

Exkludering från lokalsamhället bygger på frågan "Hur trygg känner du dig, eller skulle du känna dig, att gå ensam i ditt bostadsområde efter mörkrets inbrott? Känner du dig, eller skulle du känna dig... mycket trygg, trygg, otrygg eller mycket otrygg?".

Hälsa mättes med hjälp av två frågor. Den första frågan var: "Hindras du på något sätt i dina dagliga aktiviteter av någon långvarig sjukdom eller funktionshinder, krämpor eller psykiska besvär?" Svarsalternativen var: "ja, mycket", "ja, i viss utsträckning" och "nej". Den andra frågan rörde den självskattade hälsan: "Hur är ditt allmänna hälsotillstånd?" med svarsalternativen "mycket bra", "bra", "någorlunda", "dåligt" eller "mycket dåligt".

Analysmetod

Resultaten korrigerades för olika former av felkällor, bland annat bortfallets storlek i olika grupper, med hjälp av ett viktsystem som tillhandahålls av ESS. Dessa stratifieringsvikter har konstruerats med hjälp av information om åldersgrupp, kön, utbildning och region.

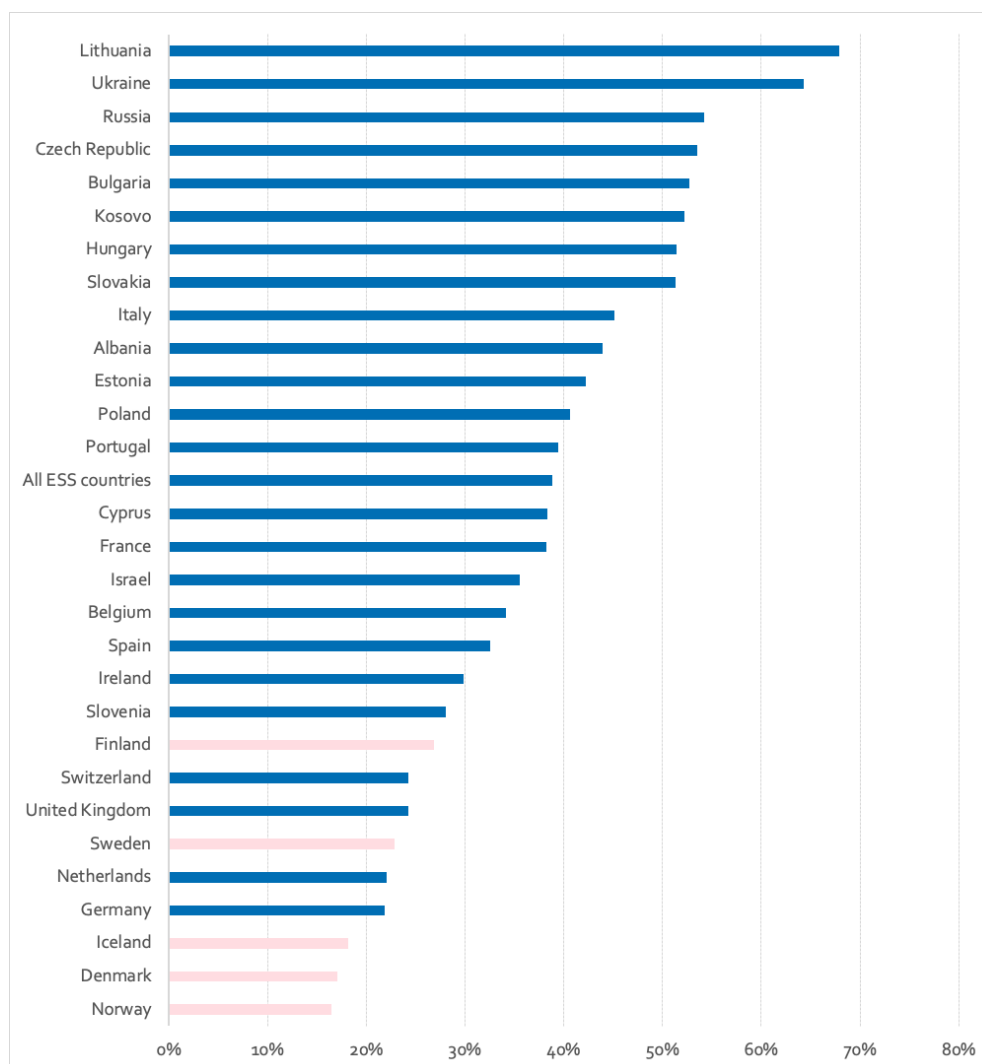
Förekomst av ensamhet studerades i det sammanslagna materialet för åren 2006, 2010, 2012 och 2014. Om inte annat anges är analyserna baserade på det sammanslagna materialet. Notera dock att data från Island enbart finns tillgängligt för 2012. Deskriptiva siffror för procentfördelning och medelvärden anges för personer som upplever respektive inte upplever ensamhet i hela populationen och uppdelat grupper. Chi-två-test användes för att undersöka om de bivariata sambanden var statistisk signifikanta. Logistisk regression användes för att analysera sambanden mellan ensamhet och en mängd olika riskfaktorer där flera faktorer samtidigt kontrollerades för. Resultaten från dessa analyser presenteras inte som tabeller i denna rapport, men omnämns i texten under rubriken *Riskfaktorer för ensamhet* nedan. Endast statistiskt säkerhetsställda samband på 95 % signifikansnivå, kontrollerat för övriga faktorer, tas upp i texten.

Resultat

Förekomst av ensamhet i Norden

Nästan 40 procent av äldre personer i Europa upplevde ensamhet *ibland eller oftare* under veckan innan mättillfället år 2012 (Figur 4.1). Noterbart är att många av länderna där förekomsten av ensamhet bland äldre personer var förhållandevis stor ligger i östra och sydöstra delarna av Europa och att ensamhet bland äldre personer var mindre förekommande i de nordiska länderna. År 2012 hade Norge, Danmark och Island de lägsta nivåerna av ensamhet i Europa. I Sverige och Finland var förekomsten något högre men nivåerna var ändå förhållandevis låga.

Figur 4.1 Förekomst av ensamhet 2012 i 29 europeiska länder (enbart data från ESS-2012)

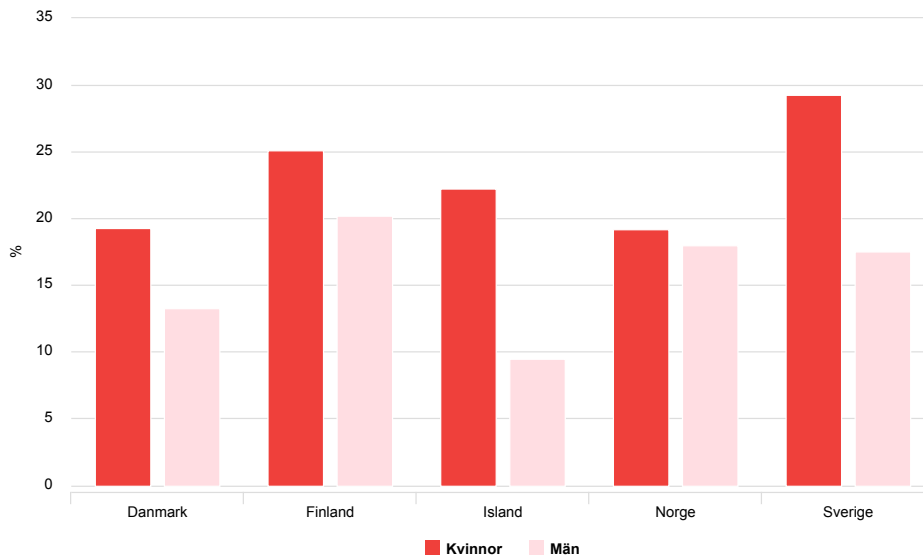


År 2012 var andelen i åldrarna 60 år eller äldre som föregående vecka upplevde ensamhet 26,8 procent i Finland och 23,4 procent i Sverige. Andelen uppgick till 16,5 procent i Norge, 17,1 procent i Danmark och 18,2 procent på Island. Andelarna varierade således mellan cirka 16 procent i Norge till cirka var fjärde person i Sverige och Finland. Ser vi istället till andelen som alltid eller nästan alltid upplevde känsla av ensamhet så låg nivåerna på 1 till 2 procent i respektive land (ej redovisat).

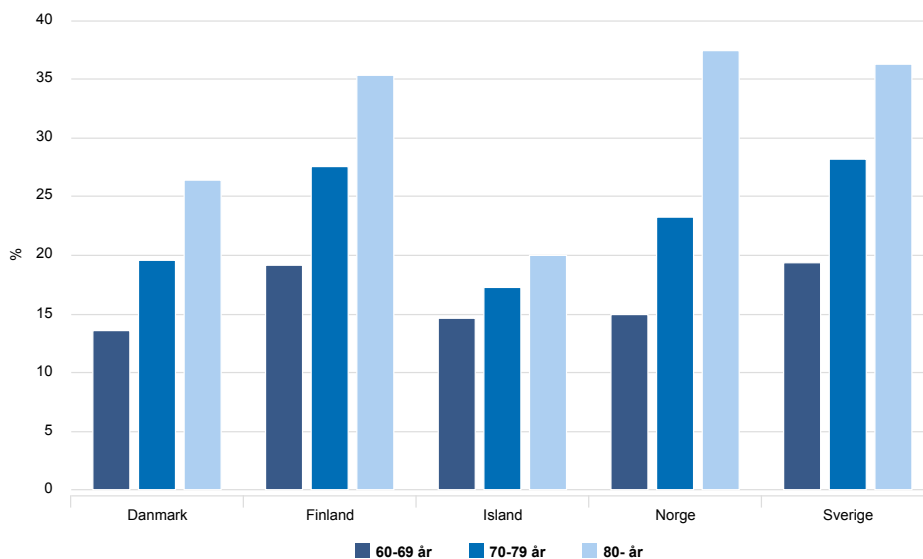
I samtliga nordiska länder upplevde kvinnor ensamhet i större utsträckning än män i gruppen 60 år och äldre. Skillnaden mellan kvinnor och män var störst i Sverige och Island (Figur 4.2). I samtliga länder ökade andelen som upplevde ensamhet med ålder (Figur 4.3). I den yngsta åldersgruppen var förekomsten av ensamhet ca 16 procent och variationen mellan länderna förhållandevis liten. I åldersgruppen 70–79 år var den genomsnittliga andelen som upplevde ensamhet till 23 procent. Spridningen mellan länderna var större och det var framförallt i Finland och Sverige som förekomsten av ensamhet var högre än i de övriga länderna. I den äldsta

åldersgruppen (80 år eller äldre) var förekomsten av ensamhet 31 procent. För denna åldersgrupp var andelen som upplevde ensamhet hög i Finland och Sverige och som högst i Norge (37 %).

Figur 4.2 Förekomsten av ensamhet, sammanslagna data från ESS 2006 till 2014. Kvinnor och män i fem nordiska länder (viktade andelar)



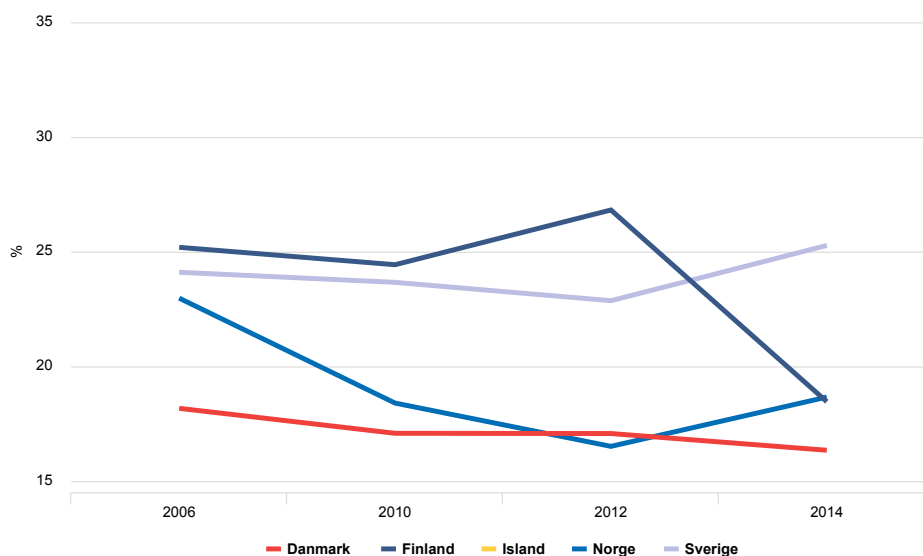
Figur 4.3. Förekomsten av ensamhet, sammanslagna data från ESS 2006 till 2014. I åldrarna 60–69 år, 70–79 år och 80 år och äldre i fem nordiska länder (viktade andelar)



Ensamhet över perioden 2006 till 2014

I Figur 4.4 visas hur förekomsten av ensamhet har utvecklats under perioden 2006 till 2014 för Danmark, Finland, Norge och Sverige, samt förekomsten av ensamhet vid en tidpunkt, år 2012, för Island. Resultaten visar att förekomsten av ensamhet i respektive land är stabil, det vill säga det har inte skett några statistiskt signifikanta förändringar under den här perioden. Skillnaderna mellan länderna återfinns under hela perioden förutom att förekomsten av ensamhet i Finland minskar mellan åren 2012 och 2014. Detta innebär att vid periodens slut är förekomsten av ensamhet i Finland inte längre i paritet med nivåerna i Sverige, utan har sjunkit till omkring 18 procent och ligger därmed på samma nivå som Danmark och Norge.

Figur 4.4. Känsla av ensamhet år 2006 till 2014 per land (viktade andelar)



Tabell 4.2 Beskrivning av den totala studiepopulationen samt uppdelat på upplevd ensamhet eller inte (N=7 733)

		Upplever ensamhet		
		Alla	Ja	Nej
Medelvärde				
Ålder (år)		70,0	73,3	69,5
Utbildning (år)		11,2	10,1	11,4
%				
Kön	Kvinnor	52,4	23,7	76,3
	Män	47,6	17,3	82,7
Politiskt engagemang	Ja	52,6	19,6	80,4
	Nej	47,4	21,9	78,1
Valdeltagande	Ja	91,9	19,6	80,4
	Nej	7,2	33,1	66,9
	Ej röstberättigad	0,9	23,9	76,1
Sociala kontakter	Dagligen	12,7	17,2	82,8
	Flera gånger i veckan	31,3	19,1	80,9
	Varje vecka	20,2	22,6	77,4
	Flera gånger i månaden	22,3	18,8	81,2
	En gång i månaden	8,4	23,2	76,8
	Mer sällan eller aldrig	5,0	35,2	64,8
Socialt stöd	Ja	91,3	18,1	81,9
	Nej	8,7	32,6	67,4
Antal hushålls-medlemmar	1	31,6	39,5	60,5
	2	63,9	11,7	88,3
	3 eller fler	4,5	16,4	83,6
Medelvärde				
Hushållsinkomst	Deciler	5,1	4,0	5,4
		%		
Uppfattning om hushållsinkomsten	Klarar mig/oss bra	51,8	15,1	84,9
	Karar mig/oss	40,9	24,0	76,0
	Svårt att klara mig/oss	6,1	39,7	60,3

	Mycket svårt att klara mig/oss	1,3	46,7	53,3
Trygghet i närområdet	Mycket tryggt	38,7	15,7	84,3
	Tryggt	46,3	21,5	78,5
	Otryggt	11,7	29,2	70,8
	Mycket otryggt	3,3	36,9	63,1
Hälsan hindrar vardagliga aktiviteter	Nej	60,8	16,2	83,8
	Ja, till viss del	29,8	25,1	74,9
	Ja, mycket	9,5	35,1	64,9
Självskattad hälsa	Mycket bra	19,6	13,0	87,0
	Bra	39,2	17,1	82,9
	Någorlunda	33,9	25,5	74,5
	Dålig	6,2	37,8	62,2
	Mycket dålig	1,2	35,3	64,7

Beskrivning av studiepopulationen 2006 till 2014 för samtliga länder

Studiepopulationen består i samtliga undersökningsomgångar av personer som är 60 år eller äldre och boende i ett nordiskt land. I Tabell 4.2 presenteras den totala studiepopulationen samt uppdelat på den grupp som upplevde ensamhet under veckan före mättillfället och den grupp som inte gjorde det. I det sammanslagna studiematerialet var andelen kvinnor 52,4 procent och genomsnittsåldern 70 år. Antal år i utbildning var i genomsnitt 11,2 år.

Vad gäller civilt deltagande så var strax över hälften politiskt engagerade och närmare 92 procent hade röstat i det senaste valet. Angående frågorna om sociala relationer så hade 64 procent sociala kontakter med vänner, släktingar eller kollegor minst en gång i veckan, drygt 91 procent hade socialt stöd och drygt 68 procent bodde tillsammans med minst en person. Inom området materiella resurser låg hushållets medelinkomst strax över den femte decilen och det var nästan 93 procent av de svarande som uppgav att de klarade sig/oss eller klarade sig/oss bra på den totala hushållsinkomsten. Rörande inkludering i lokalsamhället upplevde 85 procent trygghet i närområdet.

Närmare 60 procent av de svarande uppgav att de hade god eller mycket god hälsa och 61 procent av de svarande hade inte några hälsoproblem som utgjorde ett hinder i vardagen.

Riskfaktorer för ensamhet

Angående demografiska variabler så visar resultaten att medelåldern var högre i gruppen som upplevde ensamhet och det genomsnittliga antalet utbildningsår var lägre i gruppen som upplevde ensamhet jämfört med gruppen som inte upplevde ensamhet. Kvinnor upplevde i högre grad ensamhet än män. Dessa bivariata samband var statistiskt signifikanta. När hänsyn tas till övriga riskfaktorer för

ensamhet i en multivariabel logistisk regression återfinns inte längre något samband mellan kön och ensamhet eller mellan utbildning och ensamhet. Med andra ord så kan den högre förekomsten av ensamhet bland kvinnor förklaras av andra faktorer (såsom till exempel ålder, hälsa). På liknande sätt kan sambandet mellan utbildningsår och ensamhet förklaras.

Hur ser då sambandet ut mellan social exkludering och ensamhet? Resultaten från studiematerialet visar att det finns tydliga och statistiskt säkerhetsställda samband mellan vissa exkluderingsområden och upplevd känsla av ensamhet när hänsyn tas till land, kön, ålder, utbildning samt alla exkluderingsvariabler och hälsa.

Rörande social exkludering så återfanns ett tydligt samband med förekomsten av ensamhet rörande valdeltagande, sociala kontakter, socialt stöd, antal hushållsmedlemmar, upplevelse av hur väl de klarade sig på hushållsinkomsten, samt upplevelsen av att lokalsamhället var tryggt (se de bivariata sambanden i Tabell 4.2).

En av de två indikatorerna för civilt deltagande hade samband med förekomsten av ensamhet, nämligen valdeltagande. De som hade röstat i föregående val uppvisade en lägre grad av ensamhet jämfört med de som inte röstat. Däremot återfanns inte något samband mellan politiskt engagemang och ensamhet.

Resultaten från analyser av sambanden mellan sociala kontakter, socialt stöd, antalet personer i hushållet och ensamhet visar att personer som hade sociala kontakter med vänner, släktingar eller kollegor, hade socialt stöd eller bodde i flerfamiljshushåll upplevde ensamhet i mindre utsträckning än de som hade mindre frekvent umgänge, saknade socialt stöd eller bodde ensamma. Vi kan således konstatera att exkludering från sociala relationer har ett tydligt samband med förekomsten av ensamhet. Även i grupperna där sociala kontakter är mindre frekventa så är fortfarande andelen som inte upplevde ensamhet högre än andelen som upplevde ensamhet *ibland eller oftare* under veckan innan mättillfället.

En av de två indikatorerna för exkludering från materiella resurser hade samband med ensamhet. Det är uppfattningen om hushållets inkomster är tillräckliga snarare än storleken på hushållets inkomster som har ett samband med förekomsten av ensamhet. Personer som ansåg sig ha svårare att klara sig på sin hushållsinkomst upplevde oftare ensamhet jämfört med dem som inte hade några problem att klara sig. Skillnaden var tydlig och kvarstod när hänsyn tog till övriga faktorer inklusive hushållets inkomster.

Exkludering från lokalsamhället bygger på frågan om trygghet i närområdet. Resultaten visar att personer som kände sig trygga i sitt närområde upplevde ensamhet i mindre utsträckning än de som inte kände sig trygga.

Slutligen visar våra resultat att förekomsten av ensamhet har ett samband med hälsa. Personer som hade en sämre självskattad hälsa eller som hade hälsoproblem som påverkade deras vardag upplevde ensamhet i större utsträckning än personer med god hälsa.

Diskussion

Förekomst av ensamhet

Vi har i denna empiriska studie, som bygger på analyser av data från European Social Survey (ESS), bekräftat att det finns tydliga skillnader i förekomst av ensamhet bland äldre personer i Europa. Förekomsten av ensamhet i 29 europeiska länder varierade år 2012 mellan drygt 16 procent och 68 procent. Generellt var det en låg förekomst av ensamhet i de nordiska länderna, medan förekomsten var som störst i östra och i sydöstra Europa följt av södra delen av Europa. Variationen i ensamhet har konstaterats och diskuterats i tidigare studier (se Fokkema et al., 2012; Lykes & Kemmelmeier, 2014; Nyqvist et al., 2019; Swader, 2019).

Inom de nordiska länderna är förekomsten av ensamhet generellt sett högre i Finland och Sverige. Även detta ligger i linje med tidigare forskning som har analyserat ESS-data (Yang & Victor, 2011) respektive SHARE-data där dock enbart Sverige och Danmark av de nordiska länderna har ingått i analyserna (Fokkema et al., 2012; Morgan et al., kommande; Sundström et al., 2009). Ingen av dessa studier har dock diskuterat skillnaderna mellan de nordiska länderna. En tänkbar förklaring kan vara att faktorer som har samband med ensamhet kan variera mellan länderna, men ytterligare forskning behövs för att förklara skillnaderna mellan de nordiska länderna.

Resultaten visar även att andelen som upplever ensamhet har varit relativt stabil över perioden 2006 till 2014. I genomsnitt för samtliga nordiska länder och år rapporterade 19 procent av deltagarna att de upplevt ensamhet *ibland eller oftare* veckan innan mättilfället. De förhållandevis stabila nivåerna av ensamhet är i linje med tidigare nordisk forskning (Dahlberg, Agahi, & Lennartsson, 2018; Eloranta, Arve, Isoaho, Lehtonen, & Viitanen, 2015; Nyqvist, Cattán, Conradsson, Nasman, & Gustafsson, 2017; The Social Science Research Institute, 2017). Andelen äldre personer som upplever ensamhet har alltså inte ökat under de senaste åren och den förhållandevis låga förekomsten av ensamhet i de nordiska länderna ger en lite annorlunda bild av ensamheten bland äldre personer än den allmänna föreställningen bland befolkningen (Taube, Kristensson, Midlöv, Holst, & Jakobsson, 2013; Tornstam, 2007) och mediebilderna av ensamhet bland äldre personer (Ågren, 2017).

Riskfaktorer för ensamhet

För att kunna identifiera och stödja de personer som upplever ensamhet behövs kunskap om förhållanden som är förenade med en ökad risk för ensamhet. I våra analyser av riskfaktorer för ensamhet har huvudfokus varit på indikatorer för social exkludering och hälsa, men även demografiska faktorer såsom kön och ålder har studerats.

Våra resultat visar inledningsvis att kvinnor upplevde ensamhet i större utsträckning än män. Denna skillnad var dock inte statistiskt signifikant när hänsyn togs till andra faktorer såsom social exkludering och hälsa. Detta beror på kvinnornas och männens olika livssituation. Kvinnor lever i genomsnitt längre än män och löper större risk att förlora sin partner, vilket betyder att de oftare är ensamboende. Med andra ord så lever äldre kvinnor i ensamhushåll i större utsträckning än män (se t.ex. SCB, 2020). Samtidigt har kvinnor sämre hälsa än män (Schön & Parker, 2009). I relation till att

många äldre kvinnor är änkor så kan ohälsa och nedsatt funktionsförmåga få större konsekvenser för dem än för män, som oftare lever i en parrelation. Den högre rapporteringen av ensamhet bland kvinnor beror med stor sannolikhet på till exempel sådana skillnader snarare än på kön i sig.

Sambandet som återfinns mellan ålder och förekomst av ensamhet följer samma mönster som i tidigare studier. Bland annat har en studie av äldre personer i Region Stockholm visat att andelen som upplevde ensamhet ökade markant i åldrarna över 85 år (Nilsen, Agahi, von Saenger, Österman, Rundgren & Lennartsson, 2019). Ett sådant samband har även hittats i en nationell svensk studie (Dahlberg, Andersson, McKee, & Lennartsson, 2015). I den studien, liksom i flera andra longitudinella studier av ensamhet, har dock sambandet mellan ensamhet och högre ålder inte längre varit signifikant när hänsyn tagits till andra faktorer (se Kapitel 3). Sambandet mellan ensamhet och högre ålder hör således samman med att det blir vanligare att förlora en partner samt ha sämre hälsa och minskad funktionsförmåga med ökad ålder.

Resultaten i denna studie visar att flera indikatorer för social exkludering hade samband med ensamhet bland äldre personer i Norden. Detta gäller inte bara exkludering från sociala relationer utan även exkludering från civilt deltagande, materiella resurser och lokalsamhället.

I den här studien identifierades ett samband mellan ensamhet och civilt deltagande i form av valdeltagande. Detta har tidigare sällan studerats i tidigare forskning och ytterligare forskning behövs för att bekräfta hur ensamhet och civilt deltagande är relaterade. Det är dock knappast rimligt att tolka sambandet som att lågt valdeltagande i sig skulle leda till ensamhet. Snarare kan det handla om att lågt valdeltagande är ett uttryck för en låg nivå av samhällsengagemang eller en känsla av att vara exkluderad från samhället, vilket kan ha samband med ensamhet.

Den här studien visar även på samband mellan olika mått på exkludering från sociala relationer och ensamhet, vilket är i linje med den tidigare forskning som presenterats i Kapitel 3. Med stigande ålder kan det sociala deltagandet i olika aktiviteter minska och därmed minskar även de sociala relationerna. Förklaringar kan vara att det yrkesverksamma livet försvinner, men även att sämre hälsa och nedsatt funktionsförmåga begränsar personens möjligheter till sociala kontakter och relationer. Detta behöver dock inte vara en passiv process. Istället kan det handla om ett val att prioritera de relationer och aktiviteter som är de viktigaste för den enskilda individen (se t.ex. Carstensen, Fung, & Charles, 2003).

Exkludering från materiella resurser har visat sig ha samband med ensamhet i tidigare europeiska studier (Morgan et al., kommande; Myck et al., kommande) och även i en del nationella och lokala studier (se Kapitel 3). Våra resultat nyanserar bilden genom att visa att det är den subjektiva upplevelsen av att klara sig på sin inkomst snarare än den faktiska inkomsten som har betydelse för ensamhet. Detta betyder att en person med en högre faktisk inkomst kan uppleva större ensamhet än en person med en lägre inkomst, till exempel om personen inte upplever att inte klarar sig på den nuvarande inkomsten.

Den här studien påvisade ett samband mellan exkludering från lokalsamhället i form av otrygghet och förekomst av ensamhet. Exkludering från lokalsamhället har sällan studerats i förhållande till ensamhet, men våra resultat finner stöd i en europeisk studie som har påvisat ett sådant samband (Morgan et al., kommande). Även en

brittisk studie om ensamhet och social exkludering har påvisat att integrering i lokalsamhället och även tillit till andra personer i lokalsamhället har samband med ensamhet (Dahlberg & McKee, 2014).

Analyserna som presenterats i detta kapitel visar också att hälsa har ett tydligt samband med ensamhet. Dessa resultat är i linje med tidigare forskning om riskfaktorer för ensamhet. Denna forskning har sammanfattats i Kapitel 3. Översikten i Kapitel 3 visar att en rad olika mått för hälsostatus och funktionsförmåga har använts i tidigare forskning, och att det finns evidens för att sämre självskattad hälsa och nedsatt funktionsförmåga ökar risken för ensamhet. Utifrån den genomgång av litteraturen som har presenterats i Kapitel 2 kan vi också konstatera att ensamhet dessutom kan få konsekvenser för hälsan bland äldre personer.

Studiens styrkor och svagheter

Resultaten från den här studien ska tolkas med försiktighet. I likhet med alla andra studier har studien en rad begränsningar. Studien som presenterats i detta kapitel bygger på analyser av ESS. Gruppen som har deltagit i ESS är förhållandevis liten i vissa länder, framförallt på Island. Det betyder att studien bygger på ett representativt urval av ett begränsat antal äldre personer. Studien har dessutom förhållandevis låga svarsfrekvenser. Även om resultatet är viktat för att minska risken för snedvridning, så finns det en viss osäkerhetsmarginal kring de skattningar som gjorts. En möjlig källa till snedvridning är att äldre personer med god hälsa i större utsträckning än äldre personer med sämre hälsa brukar delta i enkätundersökningar. Det innebär att justeringar med hjälp av viktsystem inte helt kompenserar för ett icke slumpmässigt bortfall (Kelfve, Fors, & Lennartsson, 2017).

Studien bygger på ett tvärsnitt av levnadsförhållanden som råder vid en viss tidpunkt. Detta innebär att vi inte kan dra några slutsatser om de orsaksförhållanden som ligger bakom de samband vi ser i studien, det vill säga om de faktorer som vi identifierar faktiskt leder till ensamhet eller om de kan vara en konsekvens av ensamhet. Vissa av de studerade indikatorerna på social exkludering och hälsa har dock studerats vid ett flertal tillfällen i tidigare forskning med hjälp av longitudinella data och det finns därför viss grund att anta att det för dessa kan finnas ett orsakssamband med ensamhet, medan orsaksförhållandet mellan andra faktorer och ensamhet är mera osäkert.

I den här studien har vi, med utgångspunkt i social exkludering och hälsa, strävat efter en bredd i de riskfaktorer som inkluderats. Inte desto mindre handlar det om ett begränsat antal frågor. Det kan alltså finnas ytterligare relevanta faktorer som skiljer sig mellan de studerade grupperna eller andra exkluderings- eller hälsoförhållanden som också har samband med förekomsten av ensamhet.

De data som analyserats i den här studien har inte möjliggjort separata analyser av riskfaktorer för social respektive emotionell ensamhet (för definitioner, se Kapitel 1), men det finns tidigare forskning som påvisat att det handlar om delvis olika riskfaktorer (Dahlberg & McKee, 2014). I utvecklingen av insatser för att minska ensamhet är det därför viktigt att ta hänsyn till om personerna upplever emotionell eller social ensamhet.

En styrka med denna studie är att datainsamlingen har genomförts på samma sätt och med samma frågor i samtliga nordiska länder. Detta har möjliggjort en

sammanhållen analys av de nordiska förhållandena som är mer pålitlig än jämförelser av olika typer av nationella datamaterial. En annan styrka är tillgången till frågor rörande flera olika livsområden. Detta har skapat en grund för en bred ansats i analysen av riskfaktorer, vilken inte enbart har handlat om hälsa och sociala relationer utan även exkludering från civilt deltagande, materiella resurser och lokalsamhället.

Slutsatser

Denna studie påvisar en förhållandevis låg förekomst av ensamhet bland äldre personer i de nordiska länderna, även om det finns en viss variation mellan länderna. Den visar också att förekomsten överlag har varit stabil under de senaste åren. Även om känslan av ensamhet inte är särskilt utbredd bland äldre personer i de nordiska länderna jämfört med andra europeiska länder är det en viktig fråga, då ensamhet har stor betydelse för människors livskvalitet och hälsa (se Kapitel 2).

Resultaten identifierar också ett antal indikatorer för social exkludering och mått på hälsa som har samband med en ökad risk för ensamhet. Kunskap om dessa riskfaktorer är till hjälp för att identifiera de personer som lider av ensamhet och även för utvecklingen av interventioner för att minska ensamhet. En slutsats rörande policy och praktisk verksamhet är att riskfaktorerna för ensamhet spänner över flera områden i livet, vilket kräver ett holistiskt perspektiv (Aartsen, Valtorta, Dahlberg, Van Regenmortel, Waldegrave, & Corrigan, 2018). Interventionerna bör således inte bara vara inriktade på att öka sociala kontakter. Även civilt deltagande, materiella resurser, trygghet i lokalsamhället och hälsa bör tas i beaktande.

Insatser för att minska ensamhet bland äldre personer kan ges som särskilda aktiviteter eller integrerat in äldreomsorgen, till exempel genom att tillräckligt utrymme ges för socialt utbyte inom hemtjänsten och vid särskilda boenden. Vilka typer av interventioner som har effekt för att minska ensamhet bland äldre personer och exempel på interventioner genomförda i de nordiska länderna presenteras i Kapitel 5.

Referenser

- Aartsen, M., Valtorta, N., Dahlberg, L., Van Regenmortel, S., Waldegrave, C., & Corrigan, T. (2018). *Exclusion from social relations in later life. The ROSEnet Social Relations Working Group*. Hämtad från http://rosenetcost.com/wp-content/uploads/2018/05/cost_action_policy_no1_screen.pdf
- Burholt, V., Winter, B., Aartsen, M., Constantinou, C., Dahlberg, L., Feliciano, V., De Jong Gierveld, J., Van Regenmortel, S., & Waldegrave, C. (2020). A critical review and development of a conceptual model of exclusion from social relations for older people. *European Journal of Ageing*, 17, 3–19. <https://doi.org/10.1007/s10433-019-00506-0>
- Carstensen, L. L., Fung, H. H., & Charles, S. T. (2003). Socioemotional selectivity theory and the regulation of emotion in the second half of life. *Motivation and Emotion*, 27(2), 103–123. <https://doi.org/10.1023/A:1024569803230>
- Dahlberg, L. (kommande). Introduction: Framing exclusion interrelationships. In K. Walsh, T. Scharf, A. Wanka & S. Van Regenmortel (Eds.), *Social exclusion in later life: Interdisciplinary and policy perspectives*. International Perspectives on Aging, Volume 28. Springer. DOI: 10.1007/978-3-030-51406-8.
- Dahlberg, L., Agahi, N., & Lennartsson, C. (2018). Lonelier than ever? Loneliness of older people over two decades. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 75, 96–103. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2017.11.004>
- Dahlberg, L., Andersson, L., McKee, K. J., & Lennartsson, C. (2015). Predictors of loneliness among older women and men in Sweden: A national longitudinal study. *Aging and Mental Health*, 19(7), 409–417. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.944091>
- Dahlberg, L., & McKee, K. J. (2014). Correlates of social and emotional loneliness in older people: Evidence from an English community study. *Aging & Mental Health*, 18(4), 504–514. <https://doi.org/10.1080/13607863.2013.856863>
- Dykstra, P. A. (2009). Older adult loneliness: myths and realities. *European Journal of Ageing*, 6(2), 91–100. <https://doi.org/10.1007/s10433-009-0110-3>
- Eloranta, S., Arve, S., Isoaho, H., Lehtonen, A., & Viitanen, M. (2015). Loneliness of older people aged 70: A comparison of two Finnish cohorts born 20 years apart. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 61(2), 254–260. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2015.06.004>
- Fokkema, T., Gierveld, J. D., & Dykstra, P. A. (2012). Cross-national differences in older adult loneliness. *Journal of Psychology*, 146(1-2), 201–228. <https://doi.org/10.1080/00223980.2011.631612>
- Kelfve, S., Fors, S., & Lennartsson, C. (2017). Getting better all the time? Selective attrition and compositional changes in longitudinal and life-course studies. *Longitudinal and life course studies*, 8(1), 104–119. <https://doi.org/10.14301/llcs.v8i1.350>
- Lykes, V. A., & Kemmelmeier, M. (2014). What Predicts Loneliness? Cultural Difference Between Individualistic and Collectivistic Societies in Europe. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 45(3), 468–490. <https://doi.org/10.1177/0022022113509881>

- Morgan, D., Dahlberg, L., Waldegrave, C., Mikulionienė, S., Rapolienė, G., Lamura, G., & Aartsen, M. (kommande). Revisiting loneliness: Individual and country-level changes. In K. Walsh, T. Scharf, A. Wanka & S. Van Regenmortel (Eds.), *Social exclusion in later life: Interdisciplinary and policy perspectives*. International Perspectives on Aging, Volume 28. Springer. DOI: 10.1007/978-3-030-51406-8.
- Myck, M., Waldegrave, C., & Dahlberg, L. (kommande). Two dimensions of social exclusion: Economic deprivation and dynamics of loneliness in later life in Europe. In K. Walsh, T. Scharf, A. Wanka & S. Van Regenmortel (Eds.), *Social exclusion in later life: Interdisciplinary and policy perspectives*. International Perspectives on Aging, Volume 28. Springer. DOI: 10.1007/978-3-030-51406-8.
- Nilsen, C., Agahi, N., von Saenger, I., Österman, J., Rundgren, Å. H., & Lennartsson, C. (2019). *Hur mår stockholmarna efter 65?* Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum.
- Nyqvist, F., Cattan, M., Conradsson, M., Nasman, M., & Gustafsson, Y. (2017). Prevalence of loneliness over ten years among the oldest old. *Scandinavian Journal of Public Health*, 45(4), 411–418. <https://doi.org/10.1177/1403494817697511>
- Nyqvist, F., Nygard, M., & Scharf, T. (2019). Loneliness amongst older people in Europe: a comparative study of welfare regimes. *European Journal of Ageing*, 16(2), 133–143. <https://doi.org/10.1007/s10433-018-0487-y>
- Sacker, A., Ross, A., MacLeod, C. A., Netuveli, G., & Windle, G. (2017). Health and social exclusion in older age: evidence from Understanding Society, the UK household longitudinal study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 71(7), 681–690. <https://doi.org/10.1136/jech-2016-208037>
- SCB. (2020). Antal personer efter hushållstyp, kön, ålder och år (2018). Hämtad från http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START_BE_BE0101_BE0101S/HushallIT07/
- Schön, P., & Parker, M. G. (2009). Sex differences in health in 1992 and 2002 among very old Swedes. *Journal of Population Ageing*, 1(2), 107–123. <https://doi.org/10.1007/s12062-009-9009-1>
- Silver, H., & Miller, S. M. (2003). Social exclusion. The European approach to social disadvantage. *Indicators*, 2(2), 5–21. <https://doi.org/10.1080/15357449.2003.11069166>
- Sundström, G., Fransson, E., Malmberg, B., & Davey, A. (2009). Loneliness among older Europeans. *European Journal of Ageing*, 6(4), 267–275. <https://doi.org/10.1007/s10433-009-0134-8>
- Swader, C. S. (2019). Loneliness in Europe: Personal and societal individualism-collectivism and their connection to social isolation. *Social Forces*, 97(3), 1307–1336. <https://doi.org/10.1093/sf/soy088>
- Taube, E., Kristensson, J., Midlöv, P., Holst, G., & Jakobsson, U. (2013). Loneliness among older people. Results from the Swedish National Study on Aging and Care – Blekinge. *The Open Geriatric Medicine Journal*, 6(1), 1–10. <https://doi.org/10.2174/1874827901306010001>
- The Social Science Research Institute. (2017). *Greining á högum og líðan aldraðra á Íslandi árið 2016 [Analys av förhållandena och välbefinnande bland äldre personer på Island år 2016]*. Reykjavik: University of Iceland.

- Tornstam, L. (2007). Stereotypes of old people persist: A Swedish facts on aging quiz in a 23-year comparative perspective. *International Journal of Ageing and Later Life*, 2(1), 33–59. <https://doi.org/10.3384/ijal.1652-8670.072133>
- Walsh, K., Scharf, T., & Keating, N. (2017). Social exclusion of older persons: A scoping review and conceptual framework. *European Journal of Ageing*, 14(1), 81–98. <https://doi.org/10.1007/s10433-016-0398-8>
- Van Regenmortel, S., De Donder, L., Dury, S., Smetcoren, A.-S., De Witte, N., & Verté, D. (2016). Social Exclusion in Later Life: A Systematic Review of the Literature. *Journal of Population Ageing*, 9(4), 315–344. <https://doi.org/10.1007/s12062-016-9145-3>
- Yang, K. M., & Victor, C. R. (2011). Age and loneliness in 25 European nations. *Ageing & Society*, 31, 1368–1388. <https://doi.org/10.1017/S0144686X1000139X>
- Ågren, A. (2017). What are we talking about? Constructions of loneliness among older people in the Swedish news-press. *Journal of Aging Studies*, 41, 18–27. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2017.03.002>

Kapitel 5

Interventioner för att minska ensamhet bland äldre personer

Amanda Frank, Lena Dahlberg

Det här kapitlet riktar fokus mot interventioner för att minska ensamhet bland äldre personer. Kapitlet består av två delar, där den första delen utgörs av en presentation av tidigare genomförda internationella forskningsöversikter rörande interventioner inom detta område. I den andra delen av kapitlet presenteras en översikt över nordiska interventionsstudier för att minska ensamhet bland äldre personer. De nordiska interventionernas upplägg, inriktning, resultat och framgångsfaktorer behandlas. Kapitlet avslutas med en diskussion. Målsättningen med kapitlet är att skapa ett vetenskapligt förankrat underlag inför det fortsatta förbättringsarbetet med interventioner för äldre personer i Norden som upplever ensamhet.

Internationella översikter

Under de senaste årtiondena har ett antal översikter publicerats som rör interventionsstudier om äldre personer som upplever ensamhet (för en översikt av översikter, se Victor et al., 2018). I dessa översikter har sammanställningar gjorts av internationella interventionsstudier om ensamhet och/eller social isolering bland äldre personer. Fokus i översikterna har framför allt varit att utvärdera interventionernas upplägg, innehåll och resultat. Den här delen av kapitlet syftar till att, utifrån dessa tidigare forskningsöversikter, sammanställa erfarenhet från internationell forskning om interventioner för att minska ensamhet bland äldre personer. De översiktsartiklar och översikten av översikter som tillsammans ligger till grund för denna del av kapitlet listas i Appendix 2. För att göra texten i detta avsnitt mer läsvänlig har referenser till dessa artiklar numrerats A, B, C osv. i linje med numreringen i Appendix 2.

Överlag råder en omfattande heterogenitet i interventionerna, men trots detta går det att se vissa mönster. Nedan beskrivs interventionernas upplägg i termer av vilka deltagare de riktar sig till, det vill säga var interventionen äger rum och vilken målgruppen är, vilka metoder som har använts för att samla in och analysera data, samt om interventionerna har riktats till grupper och/eller enskilda individer.

Interventionernas deltagare

Många av interventionsstudierna har genomförts i USA. Exempel på andra länder där sådana studier har förekommit är Canada, Australien, Storbritannien, Japan, Nederländerna och Sverige [A, B, P, T, U].

Målgruppen för interventionerna var vanligen äldre personer som levde i ordinarie boende med en medelålder på ungefär 75 år och som hade god kognitiv funktionsförmåga. Mer riktade interventioner kunde handla om att målgruppen var

äldre personer med psykisk ohälsa, demenssjukdom eller hörsel- eller synnedsättning, personer som var fysiskt inaktiva och/eller personer som bodde på någon form av institution [A, B, C, R].

Metodologi och återkommande dilemman

Den stora variation som generellt sett råder i interventionerna i översikterna visar sig bland annat i interventionernas upplägg, såsom rekryteringsförfarandet, interventionens tidslängd och hanteringen av faktorer som kan inverka på interventionen. Därtill var interventionen inte alltid riktad till personer som skattade sig ensamma [U]. Vidare råder det en brist på konsensus om ensamhetsrelaterade begrepp. Ensamhet användes ofta synonymt med närliggande begrepp och var inte alltid det primära utfallet [U].

Det finns också metodologiska svagheter i interventionsstudierna. Exempelvis pågick de ofta för kort tid och inkluderade för få deltagare för att signifikanta resultat ska kunna erhållas [U]. Det är heller inte alltid säkerställt att det var själva innehållet i interventionen som gav ett visst resultat, då flera andra faktorerers påverkan i sammanhanget, till exempel terapisammanhanget eller gruppkonstellationen, inte kunde uteslutas [K, N]. En följd av metodologiska brister i interventionsstudierna är att tydliga slutsatser om förhållanden mellan orsak och verkan inte kunde dras. Det var dessutom inte alltid som statistiska beräkningar presenterades i de systematiska översikterna, utan sammanställningarna var av mer deskriptiv karaktär.

Sammantaget bidrog dessa variationer i upplägg, begreppsmässiga oklarheter och metodologiska svagheter till att försvåra utvärderingar och ökade risken för snedvridning av resultat (bias) [F, G, J, N, O, P, R].

Gruppinterventioner, individuella interventioner och kombinerade interventioner

Interventioner kan genomföras gruppvis, riktade till enskilda individer, eller en kombination av gruppmoment och individuella moment. Gruppvisa upplägg var vanligast förekommande [C, E, I, L, M, P]. De kan genomföras på en rad olika sätt. Grupper hade till exempel stor variation av antal deltagare och olika gruppammansättning där de antingen bestod av enbart kvinnor eller både kvinnor och män där andelen kvinnor vanligtvis övervägde (interventioner endast med män fanns enbart i opublicerad litteratur; [U]). Vad gäller gruppammansättningen togs sällan hänsyn kulturell eller socioekonomisk bakgrund [U]. Grupperna träffades också olika antal gånger, olika ofta och med olika varaktighet per gång, samt i skilda miljöer.

Även interventioner som riktades till enskilda individer hade skiftande karaktär, då det skiljde på antal möten, hur ofta de skedde, hur länge mötena varade, vem/vilka som ledde mötena och var de skedde. Till följd av detta varierade även de uppläggen som kombinerade grupp- och individuella moment. Interventioner bestående av både grupp- och individuella moment var mindre vanliga i översikterna. När kombinerade upplägg förekom var det oftast fråga om några enstaka interventioner [F, G, R].

I översikterna diskuterades ofta huruvida gruppbaserade interventioner eller individuella interventioner var mest effektiva. En slutsats var att det inte gick att se någon fördel för gruppvisa interventioner i förhållande till individuella interventioner, eller omvänt [C, P, U]. Kombinationen av gruppmoment och individuella moment hade både visat sig effektiv [T] och ineffektiv [Q].

Interventionernas innehåll

Det finns även en stor heterogenitet och komplexitet beträffande innehållet i interventionerna. Heterogeniteten handlar om att det fanns en uppsjö av insatser inkluderande allt från körsång och trädgårdsterapi till fysisk träning och umgänge med robotdjur [E, P]. En specifik intervention kunde dessutom bestå av flera olika insatser [U]. Även insatser som höll sig till ett och samma tema kunde variera genom att de skiljde sig åt på en mer detaljerad nivå.

Följande teman har återkommande identifierats i översikterna: utbildning, terapi, socialt stöd och kombinerade insatser. Det fanns dock en innehållsmässig spridning i de olika temana. En insats med utbildningsinriktning kunde till exempel inbegripa områden såsom hälsa, data-/IT-kunskap och samhällskunskap [C, D, P]. Terapiinriktade insatser omfattade bland annat trädgårdsterapi, humorterapi, djurassisterad terapi, affektiv terapi med robotdjur som verktyg och minnesterapi [A, B, E, H, J, K, L, N, O, P]. Insatser i form av socialt stöd handlade till exempel om att utveckla coping-strategier och kognitionsförmåga, utveckla vänskapsband, dela erfarenheter och utöka möjligheten att interagera med växter, djur och barn [J, M, O, R]. Interventioner som kombinerade ett antal olika insatser handlade till exempel om kombinationer av diskussionsgrupper och fysisk träning, föreläsningar och fysisk aktivitet, informationsmöten, kurs i kommunikationsfärdigheter och social aktivisering, samt utbildning och socialt stöd [E, P, T].

Resultat av olika typer av interventioner

Överlag hade interventionerna blandade resultat med vaga eller inga indikationer på att de hade avsedd effekt, vilket har förklarats med hänvisning till deras korta uppföljningstider (vanligtvis mellan 3 och 12 månader; [se U]). Nedan följer en kort sammanfattning av resultaten för olika typer av interventioner.

Utbildningsinterventioner där nya teknologier var ett verktyg har i flera fall visat sig reducera ensamhetskänslan [E, L, P]. Exempelvis visade en översikt att tre av fyra insatser där deltagarna använde internet i olika syften gav lovande resultat [P]. Interventioner kunde också vara baserade på andra nya teknologier såsom appar för bland annat e-post, internetsökning och chattande. Resultaten från sådana interventioner var blandade med både positiva och negativa resultat för ensamhetskänslan [D, G]. Interventioner baserade på utbildning med hälsoinriktning gav indikationer på att vara verksamma vad gäller såväl hälsodiskussioner i grupp som utbildning om fysisk aktivitet, även om dessa interventionsstudier var få och delvis metodologiskt bristfälliga [C, E, P].

Terapiinsatser vars målsättning var att reducera deltagarnas negativa sociala tankemönster har i en översikt lyfts fram som den terapiinsats med bäst förutsättning att minska ensamhetskänslan hos äldre personer [M]. Terapiinsatser i form av djurterapi och humorterapi hade också lovande resultat men interventionerna bedömdes vara för få för att dra definitiva slutsatser [E, J, N]. Det finns ändå viss evidens för att djurterapi kan fungera, även om det är osäkert vad i terapin som ledde till gynnsamma effekter på ensamhetskänslan [K]. Minnesterapi som insats för ensamma äldre personer har däremot inte någon tydlig evidens i interventionsstudier [H, N], även om det går att hitta enstaka undantag [J, P]. Så kallad affektiv terapi med robotdjur som verktyg för att motverka ensamhet visade

överlag på positiva resultat, även om dessa studier bedömdes vara metodologiskt tveksamma [A, B, L]. I översikterna beskrevs robotinsatser, där deltagarna uppmuntrades till att interagera med roboten, vara mest effektiva bland de allra äldsta åldersgrupperna och för äldre personer med demenssjukdomar boende på institution, vilket var det sammanhang där denna typ av insats oftast gavs [A, B].

Interventioner som i någon form gick ut på att utveckla deltagarnas sociala stöd visade i vissa översikter inga effekter på känslan av ensamhet [F, R]. Rörande dessa typer av interventioner noterades i översikterna även en bristande metodologi som gjorde det svårt att dra slutsatser [O, R]. I andra översikter noterades vissa gynnsamma effekter på ensamhetskänslan för interventioner som syftade till att utveckla deltagarnas sociala stöd, såsom stödgruppsinsatser där för deltagarna aktuella ämnen eller gemensamma fritidsintressen diskuterades [J, M].

I några fall lyftes kombinerade insatsupplägg fram som lovande för att öka äldre personers deltagande i sociala aktiviteter och sociala interaktioner [P]. Det handlade om kombinationer där socialt stöd ingick i interventionen [P]. Det fanns även andra kombinationsinsatser som bedömdes vara potentiellt effektiva, till exempel insatser där gruppdiskussioner och föreläsningar kombinerades med något praktiskt moment såsom rollspel eller fysisk aktivitet [E].

Framgångsfaktorer och rekommendationer

I de internationella översikterna framhölls ett antal faktorer beträffande interventionernas upplägg som särskilt betydelsefulla för att interventionerna skulle få avsedd effekt. Det handlade om följande:

- Att interventionen riktas till en specifik målgrupp, till exempel kvinnor, änkor, fysiskt inaktiva eller personer med psykiska hälsoproblem [C, U].
- Att deltagarna i interventionen involveras i planering, implementering och utvärdering av interventionen [I].
- Att kvaliteten är hög vad gäller val av, utbildning och stöd till interventionens ledare och koordinatörer [I].
- Att existerande samhällsresurser nyttjas till interventionen med sikte mot att utöka samhällsgemenskapen [I].

Översikt över nordiska interventionsstudier

Syfte

Syftet med föreliggande översikt var: 1) att identifiera nordiska interventionsstudier om ensamma äldre personer publicerade i vetenskapliga tidskrifter mellan år 2000 och 2019; 2) att sammanställa interventionsstudiernas upplägg, innehåll och resultat; samt 3) att identifiera interventionsstudiernas framgångsfaktorer och potentiella utvecklingsområden i förhållande till tidigare forskning.

Metod

Översikten av interventionsstudier begränsades till kollegiegranskade vetenskapliga artiklar publicerade på engelska eller nordiska språk från och med januari år 2000.

Den omfattade interventionsstudier genomförda i ett nordiskt land, där effekterna av insatser har analyserats och utfallet är ensamhet. Målgruppen för interventionerna skulle vara äldre personer med en medelålder på minst 60 år. Alla former av kvantitativa och kvalitativa studier inkluderades. I detta arbete gjordes ingen systematisk bedömning av studiernas kvalitet, vilket innebär att ingen studie uteslöts på grund av metodologiska brister.

Kompletterande metoder användes för att identifiera nordiska interventionsstudier om ensamhet bland äldre personer. De huvudsakliga metoderna var dels en genomgång av tidigare forskningsöversikter, dels databassökningar. En genomgång gjordes av systematiska översikter av interventionsstudier om ensamhet och/eller social isolering och närliggande begrepp för att se om några av dessa översikter involverade studier genomförda i nordiska länder. De översikter som gicks igenom för att identifiera nordiska interventionsstudier är de ovan presenterade (se Appendix 2). Sökningar av artiklar omfattade fem databaser. Den genomfördes den 14 augusti 2019 och omfattade artiklar publicerade sedan 2000. Referenslistorna i alla artiklar av relevans genomsöktes också.

Utöver dessa metoder har kontakter tagits med forskarkollegor i de övriga nordiska länderna för att säkerställa att inte någon relevant artikel har missats. Den här översikten och dess preliminära resultat inklusive de identifierade artiklarna presenterades vid en workshop arrangerad av Nordens välfärdscenter hösten 2019. Vid workshopen var forskare från Danmark och Finland representerade och de tillfrågades om de kände till ytterligare artiklar. Kontakter har därefter tagits med forskare i Norge och på Island.

Resultat

Beskrivning av identifierade artiklar

Totalt identifierades 20 relevanta översiktsartiklar (se Appendix 2). I dessa översikter identifierades totalt fem artiklar som presenterade relevanta interventionsstudier genomförda i ett nordiskt land, där flera av dessa artiklar ingick i mer än en översikt. Databassökningarna resulterade i att nio relevanta artiklar identifierades, vilket inkluderade samtliga artiklar som hade identifierats i genomgången av översikterna. Genomgången av referenslistorna i de relevanta artiklarna och kontakterna med nordiska forskare resulterade inte i att någon ytterligare artikel identifierades.

Totalt identifierades alltså nio relevanta artiklar. En lista över dessa artiklar återfinns i Appendix 3. För att underlätta läsningen hänvisas i presentationen av resultaten nedan till dessa artiklar med det nummer de har i Appendix 3.

Två av artiklarna [7, 8] bygger på samma studiematerial (se Pitkälä, Savikko, & Routasalo, 2015). Dessa artiklar skiljer sig åt genom att den förra artikeln fokuserar på att utvärdera effekterna av en psykosocial gruppintervention på bland annat ensamhet, medan den senare fokuserar på processerna i en psykosocial gruppintervention och vad dessa processer leder fram till.

Sex av de identifierade artiklarna var från Finland [1, 3, 5, 6, 7, 8] och tre var från Sverige [2, 4, 9]. Inga interventionsstudier identifierades från de övriga nordiska länderna.

Interventionsstudiernas design och metod

Fem av artiklarna hade en randomiserad kontrollerad (RCT) design [2, 5, 6, 7, 9], en hade en tvåperiods överkorsningsdesign [4], en var kvasi-experimentell [1], en deskriptiv [3] och en genomförde kvalitativa och deskriptiva analyser av observations- och dagboksmaterial [8]. I tre av de nio artiklarna presenterades studier där flera interventionsgrupper men inga kontrollgrupper ingick [3, 4¹, 8²]. I en av de nio studierna förekom endast interventionsgrupper [1].

I åtta av de nio artiklarna var självrapporterad ensamhet antingen det enda utfallet eller ett av flera utfall [1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9]. I en artikel var depressiva symtom det huvudsakliga utfallet men ensamhetskänsla fanns med som ett av flera övriga utfall [6]. Utöver ensamhet förekom följande utfall i artiklarna: socialt nätverk, socialt stöd, socialt liv, hälsa, kognition, psykologiskt välbefinnande, depression, tillfredsställelse med livet, upplevd samhörighet, samt melankoli.

Interventionerna följdes vanligtvis upp en eller två gånger, men i en studie gjordes fyra uppföljningar av interventionen [6]. Uppföljningstiden var oftast mellan tre och tolv månader, men varierade mellan tre veckor [1] och tio år [3].

Interventionernas upplägg och inriktning

I samtliga studier var målgruppen i huvudsak hemmaboende äldre personer i 70–80-årsåldern utan hjälpinsatser och med god kognitiv förmåga. Den övervägande delen av deltagarna var kvinnor. En del interventioner riktade sig till specifika målgrupper såsom sköra äldre personer [5, 9] eller äldre personer med begränsad kunskap om informations- och kommunikationsteknologi [1].

I sex av de nio artiklarna presenterades resultat av gruppinterventioner [1, 2, 3, 5, 7, 8]. I övriga tre artiklar förekom antingen en kombination av gruppintervention och individuell intervention [4], enbart individuell intervention [9] eller möjligheten att välja emellan grupp- och individuell intervention [6]. Interventionernas teman var utbildning (t.ex. i strategier för att hantera problem till följd av åldrande processen, en datakurs, eller hälsoinriktad utbildning rörande medicinhantering, sjukvårdssystemet, hälsoproblem e.d.), kombinerade valbara psykosociala aktiviteter (t.ex. att dela känslor med andra i samma situation), samt valbar aktivitet. Temana var dock ofta överlappande. För mer detaljerad information om interventionernas inriktning, se Tabell 5.1.

I många fall involverades deltagarna i någon mån i planeringen och/eller genomförandet av interventionen [2, 3, 4, 6, 7, 8, 9]. I alla artiklar utom en [1] uppgavs att ledarna var erfarna med yrkesutbildning på områden som sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut, rehabiliteringsrådgivare och gyminstruktörer. Det förekom även att studenter var ledare för interventionen [6].

1. I denna studie användes interventionsdeltagarna även som kontroller. Några jämförelser mellan kontroll och intervention redovisades inte i artikeln.
2. I denna studie ingick kontrollgrupper men de utnyttjades inte i de analyser som presenterades i artikeln.

Tabell 5.1 Interventionernas upplägg och inriktning

Upplägg	Grupp-intervention	Individuell intervention	Kombination av grupp- och individuell intervention	Valbar grupp- eller individuell intervention
Inriktning				
Utbildning; förvärva kunskap om hälsa, data/IT/sociala medier, sjukvårdssystemet/ myndigheter, säkerhet, problemlösning, medicin, psykosociala aspekter, fysisk träning.	Blazun et al., 2012 ↓ Gustavsson et al., 2017 Ollonqvist et al., 2008 ↓	Taube et al., 2018	Larsson et al., 2016 ↓	
Kombinerade valbara psykosociala aktiviteter; fysisk träning, gruppdiskussioner, terapeutiskt skrivande, föreläsningar, konstverksamhet, picknick, teaterbesök, museum.	Routasalo et al., 2009 Savikko et al., 2009 ↓ Jansson et al., 2018 ↓			
Valbar aktivitet; antingen fysisk träning, gruppdiskussioner, dagsutflykter eller enskild personlig rådgivning.				Pynnönen et al., 2018

Not: ↓ står för att resultaten påvisade en minskning av ensamhet

Interventionernas resultat

Resultaten i artiklarna var inte alltid statistiskt säkerställda, vilket innebär att effekten av interventionerna på ensamhet är osäker. Resultaten bör därför tolkas med viss försiktighet.

I fem av de nio artiklarna observerades att interventionerna minskade deltagarnas känsla av ensamhet. Tre av fem utbildningsinriktade interventioner indikerade positiva resultat, varav två var inriktade mot data/IT [1, 4] och en inriktad mot hälsa [5]. De två utbildningsinterventioner som ej fått positiva resultat var inriktade mot hälsa och/eller samhällskunskap [2, 9].

De andra två artiklarna där positiva resultat redovisades var på temat kombinerade valbara psykosociala aktiviteter [3, 8], där dock en av dessa [8] baserades på samma material som en studie som ej påvisade någon minskning av ensamhet [7].

I övriga fyra artiklar syntes ingen minskning av ensamhet bland deltagarna [2, 6, 7, 9]. I en av dessa artiklar framkom dock att interventionen kan ha haft en gynnsam effekt på ensamhetskänslan vid första uppföljningen, men inte vid de efterföljande uppföljningarna [9].

Flera av artiklarna visade på positiva effekter gällande närliggande begrepp till ensamhet, till exempel att få nya vänner [3, 7], ökat psykologiskt välbefinnande [7], ökad social integration [6], tillfredsställelse med sociala kontakter [4] och ökat socialt stöd [2].

Framgångsfaktorer

Vid interventionsstudier är det centralt att fastställa om interventioner har avsedd effekt, men det är också av värde att identifiera vilka faktorer som bidrar till denna effekt. I artiklarna var dock framgångsfaktorer inte huvudfokus och det var inte alltid de ens nämndes eller gick att identifiera. Redovisningen av interventionernas resultat stannade alltså oftast vid huruvida interventionen hade någon effekt på ensamhet eller inte. En faktor som ändå togs upp som bidragande till framgången var ett klientcentrerat arbetssätt, där mål och antal träffar utformades utifrån varje deltagares behov och förutsättningar [4]. En liknande framgångsfaktor lyftes fram i en annan studie, nämligen att deltagarna fick välja interventionens innehåll på egen hand utifrån intresse, i detta fall antingen konstaktiviteter, gruppträning eller terapeutiskt skrivande [8]. I ett par av studierna betonades också vikten av att deltagarna involverats i planeringen och/eller genomförandet av interventionen [4, 8].

Ett annat exempel på en framgångsfaktor är den sociala aspekten av en intervention [5]. Deltagarna kom i detta fall från samma kommun och gavs möjlighet att träffa andra deltagare under måltider och kvällar utanför själva interventionen, som i det här fallet bestod av utbildning med inriktning mot fysisk aktivitet och hälsa. Detta innebar att programmet samlade äldre människor på ett sätt som gjorde det möjligt för dem att upptäcka vad de hade gemensamt.

Diskussion

I det här kapitlet har resultat från internationella översikter av interventionsstudier om ensamhet bland äldre personer presenterats. Dessutom har en översikt gjorts av nordiska interventionsstudier för att minska ensamhet bland äldre personer. I diskussionen riktas fokus främst mot de nordiska interventionsstudierna, vilka sätts i relation till den internationella forskningen.

I översikten identifierades nio artiklar från de nordiska länderna, vilket är påtagligt få. Samtidigt är detta i linje med att det överlag finns få interventionsstudier vad gäller sociala insatser för äldre personer (Dahlberg, Ahlström, Bertilsson, & Fahlström, 2019). De nordiska interventionsstudierna har genomförts i Finland och Sverige, medan det helt saknas interventionsstudier från de övriga nordiska länderna.

Beträffande deltagarna har mönster från de internationella översikterna även observerats i de nordiska interventionsstudierna. Interventionerna riktade sig vanligtvis till hemmaboende deltagare med god kognitiv funktionsförmåga och en medelålder på cirka 75 år. Kvinnor var i klar majoritet också i de nordiska interventionsstudierna.

De nordiska interventionsstudierna uppvisade en märkbar brokighet vad gäller såväl upplägg och innehåll som resultat, även om vissa gemensamma drag anträffades. Vad gäller studiernas upplägg var, liksom i tidigare publicerade översikter, interventioner genomförda i grupp i majoritet. Även om det inte finns några belägg för att gruppinterventioner skulle vara mer effektiva än interventioner riktade till individer (Poscia et al., 2018) tycks det vara en manifesterad föreställning att så är

fallet, kanske för att gruppen som sådan kan uppfattas som en motpol till ensamhet. Fyra av de sex nordiska interventionsstudierna med gruppformat uppvisade positiva resultat för ensamhet.

Precis som för de interventioner från olika länder som identifierats i de tidigare översikterna förekom en stor spridning i interventionernas innehåll i de nordiska studierna. Huvudteman som återkom i de nordiska interventionerna var utbildning och kombinerade valbara psykosociala aktiviteter. Något som utmärkte de nordiska studierna från andra interventioner i de internationella översikterna var att det inte förekom insatser på temat socialt stöd samt att interventionerna nästan inte alls befattade sig med terapiinsatser (endast ett valbart inslag i Savikko et al., 2009). Både skillnader och likheter mellan de nordiska interventionerna och interventionerna i översikterna kan dock vara en slump då de nordiska interventionerna var förhållandevis få.

Fem av de nio nordiska interventionerna redovisade positiva resultat i form av minskning av ensamhet bland deltagarna. Detta gällde utbildningsinsatser med inriktning data/IT och interventioner inriktade på kombinerade valbara psykosociala aktiviteter. Detta är i linje med den internationella forskningen (Poscia et al., 2018). Resultaten var dock inte entydiga eller genomgående statistiskt säkerställda. I kombination med det låga antalet nordiska interventionsstudier betyder det att säkra slutsatser om effekter av olika typer av interventioner inte kan dras. I en översikt av översikter noterades att interventioner sällan har någon statistiskt säkerställd effekt på ensamhet (Victor, et al. 2018).

Framgångsfaktorer

Framgångsfaktorer diskuterades sällan och var även svåra att identifiera i de artiklar som presenterade nordiska interventionsstudier. Vikten av att ha ett klientcentrerat fokus med individuella anpassningar och/eller valmöjligheter lyftes dock fram liksom den sociala aspekten av interventionen.

De nordiska interventionsstudierna riktade sig i flera fall till en specifik målgrupp på det sätt som rekommenderats i internationella översikter (Cattan, White, Bond, & Learmouth, 2005; Victor Mansfield, Kay, Daykin, Lane, Grigsby Duffy, Tomlinson, & Meads, 2018). En annan framgångsfaktor som lyfts fram internationellt (Findlay, 2003) och som återfanns bland många av de nordiska studierna är att deltagarna har involverats i planeringen och/eller genomförandet av interventionen. Just denna aspekt lyftes också fram som en framgångsfaktor i ett par av de nordiska artiklarna.

Internationell forskning har också framhållit vikten av att rekrytera rätt person som ledare för interventionen samt att ledaren ges god utbildning och stöd (Findlay, 2003). Informationen i de nordiska interventionsstudierna var dock bristfällig rörande detta, men i de flesta studierna angavs att ledarna var erfarna med relevant yrkesutbildning. Den internationellt uppmärksammade framgångsfaktorn som handlar om att bygga vidare på samhällets befintliga resurser (Findlay, 2003) lyftes i de nordiska interventionsstudierna.

Översiktens styrkor och svagheter

Det finns sedan tidigare ingen sammanställning av enkom nordiska interventionsstudier som publicerats i vetenskapliga artiklar. Många av de nordiska interventionsstudier som ingår i översikter av interventionsstudier är dessutom i

flera fall publicerade innan 2000-talet. Vår sammanställning bidrar därför med mer aktuella uppgifter på området. En annan styrka med översikten är att arbetet med att identifiera nordiska interventionsstudier gjordes genom en kombination av flera olika sökstrategier, vilket minimerade risken för att missa någon relevant studie.

Översikten är begränsad till interventionsstudier som publicerats i vetenskapliga artiklar. Interventionsstudier som presenterats i böcker eller så kallad grå litteratur, såsom forskningsrapporter eller FoU-rapporter, ingår således inte. En annan begränsning med översikten är att även om vi lyfter fram metodologiska aspekter av de ingående studierna så har inte någon formell bedömning av studiernas kvalitet gjorts. Ingen artikel har således uteslutits på grund av bristande kvalitet.

Slutsatser

Det finns få nordiska interventionsstudier med syfte att minska känslan av ensamhet bland äldre personer och de studier som har identifierats representerade endast Finland och Sverige. Det finns med andra ord ett stort behov av mer forskning om effekter av olika typer av interventioner riktade till äldre personer som känner sig ensamma.

Interventionerna var framför allt inriktade mot utbildning och valbara psykosociala aktiviteter, även om det fanns en stor innehållsmässig spridning inom varje tema. Resultaten av de nordiska interventionsstudierna var inte entydiga, men bland drygt hälften av dem påvisades en minskning av deltagarnas ensamhetskänslor, även om denna minskning inte alltid var statistiskt säkerställd. För att nå kunskap om vilka typer av interventioner som har avsedd effekt och vilka delar av interventionerna som är av betydelse för effekten krävs att framtida interventionsstudier har såväl en större metodologisk tydlighet som vetenskaplig strategi i design och genomförande.

Referenser

- Abdi, J., Al-Hindawi, A., Ng, T., & Vizcaychipi, M. P. (2018). Scoping review on the use of socially assistive robot technology in elderly care. *British Medical Journal Open*. 8(2): e018815. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018815>
- Bemelmans, R., Gelderblom, G. J., Jonker, P., & De Witte, L. (2012). Socially assistive robots in elderly care: A systematic review into effects and effectiveness. *Journal of the American Medical Directors Association*, 13(2): 114–120. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2010.10.002>
- Blazun H., Saranto K., & Rissanen S. (2012). Impact of computer training courses on reduction of loneliness of older people in Finland and Slovenia. *Computers in Human Behavior*. 28(4): 1202–1212. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2012.02.004>
- Cattan, M., White, M., Bond, J., & Learmouth, A. (2005). Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. *Ageing and Society*. 25: 41–67. <https://doi.org/10.1017/S0144686X04002594>
- Chen, Y. R. R., & Schulz, P. J. (2016). The effect of information communication technology interventions on reducing social isolation in the elderly: a systematic review. *Journal of Medical Internet Research*. 18(1). <https://doi.org/10.2196/jmir.4596>
- Cohen-Mansfield, J. & Perach, R. (2015). Interventions for alleviating loneliness among older persons: a critical review. *American Journal of Health Promotion*. 29(3): 109–125. <https://doi.org/10.4278/ajhp.130418-LIT-182>
- Coll-Planas, L., Nyqvist, F., Puig, T., Urrutia, G., Sola, I., & Monteserfn, R. (2017). Social capital interventions targeting older people and their impact on health: a systematic review. *Journal of Epidemiology Community Health*. 71(7): 663–672. <https://doi.org/10.1136/jech-2016-208131>
- Dahlberg, L., Ahlström, G., Bertilsson, G., & Fahlström, G. (2019). *Kunskapsläget för bedömning och insatser inom äldreomsorgen*. Rapport 306/2019. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU).
- Dickens, A. P., Richards, S. H., Greaves, C. J., & Campbell, J. L. (2011). Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review. *BMC Public Health*. 11(1): 647. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-647>
- Elias, S. M. S., Neville, C., & Scott, T. (2015). The effectiveness of group reminiscence therapy for loneliness, anxiety and depression in older adults in long-term care: A systematic review. *Geriatric Nursing*. 36(5): 372–380. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2015.05.004>
- Findlay, R. A. (2003). Interventions to reduce social isolation amongst older people: where is the evidence? *Ageing and Society*. 23(5): 647–658. <https://doi.org/10.1017/S0144686X03001296>
- Gardiner, C., Geldenhuys, G., & Gott, M. (2018). Interventions to reduce social isolation and loneliness among older people: an integrative review. *Health and Social Care in the Community*. 26(2): 147–157. <https://doi.org/10.1111/hsc.12367>
- Gilbey, A., & Tani, K. (2015). Companion animals and loneliness: a systematic review of quantitative studies. *Anthrozoos*. 28(2): 181–197. <https://doi.org/10.1080/08927936.2015.11435396>
- Gustavsson S., Berglund H., Faronbi J., Barenfeld E. & Hammar I.O. (2017). Minor

- positive effects of health-promoting senior meetings for older community-dwelling persons on loneliness, social network, and social support. *Clinical Interventions in Aging*. 12: 1867–1877. <https://doi.org/10.2147/CIA.S143994>
- Hagan, R., Manktelow, R., Taylor, B. J., & Mallett, J. (2014). Reducing loneliness amongst older people: a systematic search and narrative review. *Aging and Mental Health*. 18(6): 683–693. <https://doi.org/10.1080/13607863.2013.875122>
- Jansson A. H., Savikko N. M., & Pitkälä K. H. (2018). Training professionals to implement a group model for alleviating loneliness among older people-10-year follow-up study. *Educational Gerontology*. 44(2–3): 119–127. <https://doi.org/10.1080/03601277.2017.1420005>
- Larsson E., Padyab M., Larsson-Lund M., & Nilsson I. (2016). Effects of a social internet-based intervention programme for older adults: an explorative randomised crossover study. *The British Journal of Occupational Therapy*. 79(10): 629–636. <https://doi.org/10.1177/0308022616641701>
- Masi, C.M., Chen, H.Y., Hawkley, L.C & Cacioppo, J.T. (2011). A Meta-Analysis of Interventions to Reduce Loneliness. *Personality and Social Psychology Review*. 15(3): 219–266. <https://doi.org/10.1177/1088868310377394>
- Mikkelsen, A. S. B., Petersen, S., Dragsted, A. C., & Kristiansen, M. (2019). Social interventions targeting social relations among older people at nursing homes: a qualitative synthesized systematic review. *The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*. 56: 1–16. <https://doi.org/10.1177/0046958018823929>
- Ollonqvist K., Palkeinen H., Aaltonen T., Pohjolainen, T., Puukka, K. H., & Pöntinen, S. (2008). Alleviating loneliness among frail older people—findings from a randomised controlled trial. *International Journal of Mental Health Promotion*. 10: 26–34. <https://doi.org/10.1080/14623730.2008.9721760>
- O'Rourke, H. M., Collins, L., & Sidani, S. (2018). Interventions to address social connectedness and loneliness for older adults: a scoping review. *BMC Geriatrics*. 18(1): 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0897-x>
- Pitkälä, K.H., Savikko, N. & Routasalo, P. (2015). Group dynamics in older people's closed groups. Findings from Finnish psychosocial group rehabilitation for lonely older people. Ingår i Derrickson, H. (ed.) (2015). *Group therapy. Theory, practices and effectiveness*. Hauppauge: Nova Science Publishers.
- Poscia, A., Stojanovic, J., La Milia, D.I., Duplaga, M., Grysztar, M., Moscato, U., Onder, G., Collamati, A., Ricciardi, W., & Magnavita, N. (2018). Interventions targeting loneliness and social isolation among the older people: an update systematic review. *Experimental Gerontology*. 102: 133–144. <https://doi.org/10.1016/j.exger.2017.11.017>
- Pynnönen K., Tormakangas T., Rantanen T., Tiikkainen P., & Kallinen M. (2018). Effect of a social intervention of choice vs. control on depressive symptoms, melancholy, feeling of loneliness, and perceived togetherness in older Finnish people: a randomized controlled trial. *Aging and Mental Health*. 22(1): 77–84. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1232367>
- Routasalo P. E., Tilvis R. S., Kautiainen H., & Pitkälä K. H. (2009). Effects of psychosocial group rehabilitation on social functioning, loneliness and well-being of lonely, older people: randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*. 65: 297–305. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04837.x>
- Savikko N., Routasalo P., Tilvis R., & Pitkälä K. (2009). Psychosocial group

rehabilitation for lonely older people: favourable processes and mediating factors of the intervention leading to alleviated loneliness. *International Journal of Older People Nursing*. 5: 16–24. <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2009.00191.x>

Shvedko, A., Whittaker, A. C., Thompson, J. L., & Greig, C. A. (2017). Physical activity interventions for treatment of social isolation, loneliness or low social support in older adults: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychology of Sport and Exercise*. 34: 128–137. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2017.10.003>

Siette, J., Cassidy, M., & Priebe, S. (2017). Effectiveness of befriending interventions: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 7(4): e014304. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014304>

Sims-Gould, J., Tong, C. E., Wallis-Mayer, L., & Ashe, M. C. (2017). Reablement, reactivation, rehabilitation and restorative interventions with older adults in receipt of home care: a systematic review. *Journal of the American Medical Directors Association*. 18(8): 653–663. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.12.070>

Taube, E., Kristensson, J., Midlöv, P., & Jakobsson, U. (2018). The use of case management for community-dwelling older people: The effects on loneliness, symptoms of depression and life satisfaction in a randomised controlled trial. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 32(2): 889–901. <https://doi.org/10.1111/scs.12520>

Turcotte, P. L., Carrier, A., Roy, V., & Levasseur, M. (2018). Occupational therapists' contributions to fostering older adults' social participation: A scoping review. *British Journal of Occupational Therapy*. 81(8): 427–449. <https://doi.org/10.1177/0308022617752067>

Victor, C., Mansfield, L., Kay, T., Daykin, N., Lane, J., Grigsby Duffy, L., Tomlinson, A., & Meads, C. (2018). *An overview of reviews: the effectiveness of interventions to address loneliness at all stages of the life-course*. What Works Centre for Wellbeing. London: What Works Centre for Wellbeing.

Appendix

Appendix 1

Artiklar om riskfaktorer presenterade i Kapitel 3

- Aartsen, M., & Jylhä, M. (2011). Onset of loneliness in older adults: Results of a 28 year prospective study. *European Journal of Ageing*, 8(1), 31–38. <https://doi.org/10.1007/s10433-011-0175-7>
- Ayalon, L., Shiovitz-Ezra, S., & Roziner, I. (2016). A cross-lagged model of the reciprocal associations of loneliness and memory functioning. *Psychology and Aging*, 31(3), 255–261. <https://doi.org/10.1037/pag0000075>
- Brittain, K., Kingston, A., Davies, K., Collerton, J., Robinson, L. A., Kirkwood, T. B. L., Bond, J., & Jagger, C. (2017). An investigation into the patterns of loneliness and loss in the oldest old – Newcastle 85+ Study. *Ageing & Society*, 37(1), 39–62. <https://doi.org/10.1017/S0144686X15001142>
- Böger, A., & Huxhold, O. (2018). Do the antecedents and consequences of loneliness change From middle adulthood into old age? *Developmental Psychology*, 54(1), 181–197. <https://doi.org/10.1037/dev0000453>
- Cacioppo, J. T., Chen, H. Y., & Cacioppo, S. (2017). Reciprocal influences between loneliness and self-centeredness: A cross-lagged panel analysis in a population-based sample of African American, Hispanic, and Caucasian adults. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 43(8), 1125–1135. <https://doi.org/10.1177/0146167217705120>
- Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., & Thisted, R. A. (2010). Perceived social isolation makes me sad: 5-year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. *Psychology and Aging*, 25(2), 453–463. <https://doi.org/10.1037/a0017216>
- Cohen-Mansfield, J., Shmotkin, D., & Goldberg, S. (2009). Loneliness in old age: longitudinal changes and their determinants in an Israeli sample. *International Psychogeriatrics*, 21(6), 1160–1170. <https://doi.org/10.1017/S1041610209990974>
- Dahlberg, L., Andersson, L., & Lennartsson, C. (2018). Long-term predictors of loneliness in old age: results of a 20-year national study. *Aging & Mental Health*, 22(2), 190–196. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1247425>
- Dahlberg, L., Andersson, L., McKee, K. J., & Lennartsson, C. (2015). Predictors of loneliness among older women and men in Sweden: A national longitudinal study. *Aging and Mental Health*, 19(7), 409–417. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.944091>
- Deckx, L., van den Akker, M., van Driel, M., Bulens, P., van Abbema, D., Tjan-Heijnen, V., Kenis, C., de Jonge, E. T., Houben, B., & Buntinx, F. (2015). Loneliness in patients with cancer: the first year after cancer diagnosis. *Psycho-Oncology*, 24(11), 1521–1528. <https://doi.org/10.1002/pon.3818>
- Donovan, N. J., Wu, Q., Rentz, D. M., Sperling, R. A., Marshall, G. A., & Glymour, M. M. (2017). Loneliness, depression and cognitive function in older US adults. *International*

Journal of Geriatric Psychiatry, 32(5), 564–573. <https://doi.org/10.1002/gps.4495>

Dykstra, P. A., van Tilburg, T. G., & de Jong Gierveld, J. (2005). Changes in older adult loneliness: Results from a seven-year longitudinal study. *Research on Aging*, 27(6), 725–747. <https://doi.org/10.1177/0164027505279712>

Gum, A. M., Shiovitz-Ezra, S., & Ayalon, L. (2017). Longitudinal associations of hopelessness and loneliness in older adults: results from the US health and retirement study. *International Psychogeriatrics*, 29(9), 1451–1459. <https://doi.org/10.1017/S1041610217000904>

Hawkey, L. C., & Kocherginsky, M. (2017). Transitions in loneliness among older adults: A 5-year follow-up in the National Social Life, Health, and Aging Project *Research on Aging*, Published online ahead of print 17 March 2017. <https://doi.org/10.1177/0164027517698965>

Hoogendijk, E. O., Suanet, B., Dent, E., Deeg, D. J. H., & Aartsen, M. J. (2016). Adverse effects of frailty on social functioning in older adults: Results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Maturitas*, 83, 45–50. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2015.09.002>

Houtjes, W., van Meijel, B., van de Ven, P. M., Deeg, D., van Tilburg, T., & Beekman, A. (2014). The impact of an unfavorable depression course on network size and loneliness in older people: a longitudinal study in the community. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(10), 1010–1017. <https://doi.org/10.1002/gps.4091>

Margelisch, K., Schneewind, K. A., Violette, J., & Perrig-Chiello, P. (2017). Marital stability, satisfaction and well-being in old age: variability and continuity in long-term continuously married older persons. *Aging & Mental Health*, 21(4), 389–398. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1102197>

Moreh, E., Jacobs, J. M., & Stessman, J. (2010). Fatigue, function, and mortality in older adults. *Journals of Gerontology Series A-Biological Sciences and Medical Sciences*, 65(8), 884–892. <https://doi.org/10.1093/gerona/gla064>

Newall, N. E., Chipperfield, J. G., Clifton, R. A., Perry, R. P., Swift, A. U., & Ruthig, J. C. (2009). Causal beliefs, social participation, and loneliness among older adults: A longitudinal study. *Journal of Social and Personal Relationships*, 26(2-3), 273–290. <https://doi.org/10.1177/0265407509106718>

Nicolaisen, M., & Thorsen, K. (2012). Impairments, mastery and loneliness. A prospective study of loneliness among older adults. *Norsk Epidemiologi*, 22(2), 143–150. <https://doi.org/10.5324/nje.v22i2.1560>

Nicolaisen, M., & Thorsen, K. (2014). Loneliness among men and women - a five-year follow-up study. *Aging & Mental Health*, 18(2), 194–206. <https://doi.org/10.1080/13607863.2013.821457>

Pikhartova, J., Bowling, A., & Victor, C. (2016). Is loneliness in later life a self-fulfilling prophecy? *Aging & Mental Health*, 20(5), 543–549. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1023767>

Pronk, M., Deeg, D. J. H., Smits, C., Twisk, J. W., van Tilburg, T. G., Festen, J. M., & Kramer, S. E. (2014). Hearing loss in older persons: Does the rate of decline affect psychosocial health? *Journal of Aging and Health*, 26(5), 703–723. <https://doi.org/10.1177/0898264314529329>

Pronk, M., Deeg, D. J. H., Smits, C., van Tilburg, T. G., Kuik, D. J., Festen, J. M., &

- Kramer, S. E. (2011). Prospective effects of hearing status on loneliness and depression in older persons: Identification of subgroups. *International Journal of Audiology*, 50(12), 887–896. <https://doi.org/10.3109/14992027.2011.599871>
- Rius-Ottenheim, N., Kromhout, D., van der Mast, R. C., Zitman, F. G., Geleijnse, J. M., & Giltay, E. J. (2012). Dispositional optimism and loneliness in older men. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(2), 151–159. <https://doi.org/10.1002/gps.2701>
- Rouxel, P., Heilmann, A., Demakakos, P., Aida, J., Tsakos, G., & Watt, R. G. (2017). Oral health-related quality of life and loneliness among older adults. *European Journal of Ageing*, 14(2), 101–109. <https://doi.org/10.1007/s10433-016-0392-1>
- Sutin, A. R., Stephan, Y., Carretta, H., & Terracciano, A. (2015). Perceived discrimination and physical, cognitive, and emotional health in older adulthood. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(2), 171–179. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2014.03.007>
- Taekema, D. G., Gussekloo, J., Maier, A. B., Westendorp, R. G. J., & de Craen, A. J. M. (2010). Handgrip strength as a predictor of functional, psychological and social health. A prospective population-based study among the oldest old. *Age and Ageing*, 39(3), 331–337. <https://doi.org/10.1093/ageing/afq022>
- Taube, E., Kristensson, J., Midlöv, P., Holst, G., & Jakobsson, U. (2013). Loneliness among older people. Results from the Swedish National Study on Aging and Care – Blekinge. *The Open Geriatric Medicine Journal*, 6(1), 1–10. <https://doi.org/10.2174/1874827901306010001>
- Tijhuis, M. A. R., de Jong Gierveld, J., Feskens, E. J. M., & Kromhout, D. (1999). Changes in and factors related to loneliness in older men. The Zutphen Elderly Study. *Age and Ageing*, 28(5), 491–495. <https://doi.org/10.1093/ageing/28.5.491>
- van Baarsen, B. (2002). Theories on coping with loss: The impact of social support and self-esteem on adjustment to emotional and social loneliness following a partner's death in later life. *Journals of Gerontology Series B-Psychological Sciences and Social Sciences*, 57(1), S33–S42. <https://doi.org/10.1093/geronb/57.1.S33>
- Warner, D. F., & Adams, S. A. (2016). Physical disability and increased loneliness among married older adults: The role of changing social relations. *Society and Mental Health*, 6(2), 106–128. <https://doi.org/10.1177/2156869315616257>
- Wong, J. S., & Waite, L. J. (2017). Elder mistreatment predicts later physical and psychological health: Results from a national longitudinal study. *Journal of Mistreatment and Neglect*, 29(1), 15–42. <https://doi.org/10.1080/08946566.2016.1235521>
- Yang, K. M. (2018). Longitudinal loneliness and its risk factors among older people in England. *Canadian Journal on Aging-Revue Canadienne Du Vieillissement*, 37(1), 12–21. <https://doi.org/10.1017/S0714980817000526>

Appendix 2

Översiktsartiklar presenterade i Kapitel 5

- A. Abdi, J., Al-Hindawi, A., Ng, T., & Vizcaychipi, M. P. (2018). Scoping review on the use of socially assistive robot technology in elderly care. *British Medical Journal Open*, 8(2): e018815. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018815>
- B. Bemelmans, R., Gelderblom, G. J., Jonker, P., & De Witte, L. (2012). Socially assistive robots in elderly care: A systematic review into effects and effectiveness. *Journal of the American Medical Directors Association*, 13(2): 114–120. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2010.10.002>
- C. Cattan, M., White, M., Bond, J., & Learmouth, A. (2005). Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. *Ageing & Society*, 25: 41–67. <https://doi.org/10.1017/S0144686X04002594>
- D. Chen, Y. R. R., & Schulz, P.J. (2016). The effect of information communication technology interventions on reducing social isolation in the elderly: a systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 18(1). <https://doi.org/10.2196/jmir.4596>
- E. Cohen-Mansfield, J. & Perach, R. (2015). Interventions for alleviating loneliness among older persons: a critical review. *American Journal of Health Promotion*, 29(3): 109–125. <https://doi.org/10.4278/ajhp.130418-LIT-182>
- F. Coll-Planas, L., Nyqvist, F., Puig, T., Urrutia, G., Sola, I., & Monteserfn, R. (2017). Social capital interventions targeting older people and their impact on health: a systematic review. *Journal of Epidemiology Community Health*, 71(7): 663–672. <https://doi.org/10.1136/jech-2016-208131>
- G. Dickens, A. P., Richards, S. H., Greaves, C. J., & Campbell, J. L. (2011). Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review. *BMC Public Health*, 11(1): 647. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-647>
- H. Elias, S. M. S., Neville, C., & Scott, T. (2015). The effectiveness of group reminiscence therapy for loneliness, anxiety and depression in older adults in long-term care: A systematic review. *Geriatric Nursing*, 36(5): 372–380. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2015.05.004>
- I. Findlay, R. A. (2003). Interventions to reduce social isolation amongst older people: where is the evidence? *Ageing & Society*, 23(5): 647–658. <https://doi.org/10.1017/S0144686X03001296>
- J. Gardiner, C., Geldenhuys, G., & Gott, M. (2018). Interventions to reduce social isolation and loneliness among older people: an integrative review. *Health & Social Care in the Community*, 26(2): 147–157. <https://doi.org/10.1111/hsc.12367>
- K. Gilbey, A., & Tani, K. (2015). Companion animals and loneliness: a systematic review of quantitative studies. *Anthrozoos*, 28(2): 181–197. <https://doi.org/10.1080/08927936.2015.11435396>
- L. Hagan, R., Manktelow, R., Taylor, B. J., & Mallett, J. (2014). Reducing loneliness amongst older people: a systematic search and narrative review. *Aging & Mental Health*, 18(6): 683–693. <https://doi.org/10.1080/13607863.2013.875122>
- M. Masi, C. M., Chen, H. Y., Hawkey, L. C., & Cacioppo, J. T. (2011). A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Personality and Social Psychology Review*, 15(3): 219–266. <https://doi.org/10.1177/1088868310377394>
- N. Mikkelsen, A. S. B., Petersen, S., Dragsted, A. C., & Kristiansen, M. (2019).

Social interventions targeting social relations among older people at nursing homes: a qualitative synthesized systematic review. *The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 56: 1–16. <https://doi.org/10.1177/0046958018823929>

- O. O'Rourke, H. M., Collins, L., & Sidani, S. (2018). Interventions to address social connectedness and loneliness for older adults: a scoping review. *BMC Geriatrics*, 18(1): 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0897-x>
- P. Poscia, A., Stojanovic, J., La Milia, D.I., Duplaga, M., Grysztar, M., Moscato, U., Onder, G., Collamati, A., Ricciardi, W., & Magnavita, N. (2018). Interventions targeting loneliness and social isolation among the older people: an update systematic review. *Experimental Gerontology*, 102: 133–144. <https://doi.org/10.1016/j.exger.2017.11.017>
- Q. Shvedko, A., Whittaker, A. C., Thompson, J. L., & Greig, C. A. (2017). Physical activity interventions for treatment of social isolation, loneliness or low social support in older adults: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychology of Sport and Exercise*, 34: 128–137. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2017.10.003>
- R. Siette, J., Cassidy, M., & Priebe, S. (2017). Effectiveness of befriending interventions: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 7(4): e014304. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014304>
- S. Sims-Gould, J., Tong, C.E., Wallis-Mayer, L. & Ashe, M.C. (2017). Reablement, reactivation, rehabilitation and restorative interventions with older adults in receipt of home care: a systematic review. *Journal of the American Medical Directors Association*, 18(8): 653–663. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.12.070>
- T. Turcotte, P. L., Carrier, A., Roy, V., & Levasseur, M. (2018). Occupational therapists' contributions to fostering older adults' social participation: A scoping review. *British Journal of Occupational Therapy*, 81(8): 427–449. <https://doi.org/10.1177/0308022617752067>
- U. Victor, C., Mansfield, L., Kay, T., Daykin, N., Lane, J., Grigsby Duffy, L., Tomlinson, A., & Meads, C. (2018). *An overview of reviews: the effectiveness of interventions to address loneliness at all stages of the life-course*. What Works Centre for Wellbeing. London: What Works Centre for Wellbeing.

Appendix 3

Artiklar om interventionsstudier presenterade i Kapitel 5

1. Blazun H., Saranto K., & Rissanen S. (2012). Impact of computer training courses on reduction of loneliness of older people in Finland and Slovenia. *Computers in Human Behavior*, 28(4): 1202–1212. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2012.02.004>
2. Gustavsson S., Berglund H., Faronbi J., Barenfeld E., & Hammar I.O. (2017). Minor positive effects of health-promoting senior meetings for older community-dwelling persons on loneliness, social network, and social support. *Clinical Interventions in Aging*, 12: 1867–1877. <https://doi.org/10.2147/CIA.S143994>
3. Jansson A. H., Savikko N. M., & Pitkälä K. H. (2018). Training professionals to implement a group model for alleviating loneliness among older people-10-year follow-up study. *Educational Gerontology*, 44(2-3): 119–127. <https://doi.org/10.1080/03601277.2017.1420005>
4. Larsson E., Padyab M., Larsson-Lund M., & Nilsson I. (2016). Effects of a social internet-based intervention programme for older adults: an explorative randomised crossover study. *The British Journal of Occupational Therapy*, 79(10): 629–636. <https://doi.org/10.1177/0308022616641701>
5. Ollonqvist K., Palkeinen H., Aaltonen T., Pohjolainen, T., Puukka, K. H., & Pöntinen, S. (2008). Alleviating loneliness among frail older people—findings from a randomised controlled trial. *International Journal of Mental Health Promotion*, 10: 26–34. <https://doi.org/10.1080/14623730.2008.9721760>
6. Pynnönen K., Tormakangas T., Rantanen T., Tiikkainen P., & Kallinen M. (2018). Effect of a social intervention of choice vs. control on depressive symptoms, melancholy, feeling of loneliness, and perceived togetherness in older Finnish people: a randomized controlled trial. *Aging & Mental Health*, 22(1): 77–84. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1232367>
7. Routasalo P. E., Tilvis R. S., Kautiainen H., & Pitkälä K.H. (2009). Effects of psychosocial group rehabilitation on social functioning, loneliness and well-being of lonely, older people: randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 65: 297–305. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04837.x>
8. Savikko N., Routasalo P., Tilvis R., & Pitkälä K. (2009). Psychosocial group rehabilitation for lonely older people: favourable processes and mediating factors of the intervention leading to alleviated loneliness. *International Journal of Older People Nursing*, 5: 16–24. <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2009.00191.x>
9. Taube E., Kristensson J., Midlöv P., & Jakobsson U. (2018). The use of case management for community-dwelling older people: The effects on loneliness, symptoms of depression and life satisfaction in a randomised controlled trial. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(2): 889–901. <https://doi.org/10.1111/scs.12520>

Om denna publikationen

Ensamhet bland äldre personer i Norden

*Lena Dahlberg, Amanda Frank, Carin Lennartsson, Kevin McKee, Mahwish Naseer
och Johan Rehnberg*

Redaktörer: Lena Dahlberg & Carin Lennartsson

ISBN 978-92-893-6647-2 (PDF)

ISBN 978-92-893-6648-9 (ONLINE)

<http://dx.doi.org/10.6027/temanord2020-517>

TemaNord 2020:517

ISSN 0908-6692

© Nordic Council of Ministers 2020

Disclaimer

This publication was funded by the Nordic Council of Ministers. However, the content does not necessarily reflect the Nordic Council of Ministers' views, opinions, attitudes or recommendations.

Rights and permissions

This work is made available under the Creative Commons Attribution 4.0 International license (CC BY 4.0) <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>.

Translations: If you translate this work, please include the following disclaimer: This translation was not produced by the Nordic Council of Ministers and should not be construed as official. The Nordic Council of Ministers cannot be held responsible for the translation or any errors in it.

Adaptations: If you adapt this work, please include the following disclaimer along with the attribution: This is an adaptation of an original work by the Nordic Council of Ministers. Responsibility for the views and opinions expressed in the adaptation rests solely with its author(s). The views and opinions in this adaptation have not been approved by the Nordic Council of Ministers.

Third-party content: The Nordic Council of Ministers does not necessarily own every single part of this work. The Nordic Council of Ministers cannot, therefore, guarantee that the reuse of third-party content does not in-fringe the copyright of the third party. If you wish to reuse any third-party content, you bear the risks associated with any such rights violations. You are responsible for determining whether there is a need to obtain permission for the use of third-party content, and if so, for obtaining the relevant permission from the copyright holder. Examples of third-party content may include, but are not limited to, tables, figures or images.

Photo rights (further permission required for reuse):

Any queries regarding rights and licences should be addressed to:

Nordic Council of Ministers/Publication Unit
Ved Stranden 18
DK-1061 Copenhagen
Denmark
pub@norden.org

Nordic co-operation

Nordic co-operation is one of the world's most extensive forms of regional collaboration, involving Denmark, Finland, Iceland, Norway, Sweden, and the Faroe Islands, Greenland and Åland.

Nordic co-operation has firm traditions in politics, economics and culture and plays an important role in European and international forums. The Nordic community strives for a strong Nordic Region in a strong Europe.

Nordic co-operation promotes regional interests and values in a global world. The values shared by the Nordic countries help make the region one of the most innovative and competitive in the world.

The Nordic Council of Ministers
Nordens Hus
Ved Stranden 18
DK-1061 Copenhagen
pub@norden.org

Read more Nordic publications on www.norden.org/publications