



Ensamhet i Stockholms län

Resultat från Stockholms läns folkhälsokohort

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

Referera till rapporten enligt: Bartelink V, Fredlund P, Lager A. Ensamhet i Stockholms län – resultat från Stockholms läns folkhälsokohort. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm; 2021. Rapport 2021:10



Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin

Box 45436, 104 31 Stockholm

ces.siso@sll.se



Rapport 2021:10

ISBN 978-91-87691-80-5



Författare: Vicky Bartelink, Peeter Fredlund, Anton Lager



Språkgranskning: Mika Gårdinger

Layout: Viktoria Jonze

Stockholm september 2021

Rapporten kan laddas ner från Folkhälsoguiden,

www.folkhalsoguiden.se

Förord

Ensamhet har fått förnyad uppmärksamhet på grund av coronapandemin. Många har drabbats, men även innan pandemin diskuterades ensamhet som ett eventuellt folkhälsoproblem. Dock saknades kunskap om förekomst av ensamhet över olika åldersgrupper och sambandet med olika hälsoutfall i Stockholms län.

Hur stor är ensamhetsproblematiken i Stockholms län? Vilka grupper är mest utsatta? Och hur hänger ensamhet ihop med hälsoutfall såsom dödlighet och psykisk sjukdom? Med hjälp av data från Stockholms folkhälsokohort och koppling till registerdata syftar denna rapport till att bidra med kunskap om förekomst av ensamhet i Stockholms län och om sambandet med psykisk och fysisk hälsa, dödlighet och vårdnyttjande.

Rapporten visar att ensamhet inte bara har ett samband med levnadsvanor och psykiskt välbefinnande, utan att det även är relaterat till dödlighet för kvinnor samt psykisk sjukdom för både män och kvinnor.

Cecilia Magnusson

Verksamhetschef

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning.....	5
Introduktion	6
Ensamhet är en subjektiv negativ upplevelse.....	6
Hur påverkar ensamhet hälsan?	6
Syfte	6
Material och metod	7
Material.....	7
Stockholms folkhälsokohort och folkhälsoenkät	7
Registerdata	7
Exponering	7
Ensamhet i Folkhälsoenkäten	7
Kön och ålder	7
Utfall	8
Analys	8
Deskriptiva resultat.....	11
Förekomst och utveckling över tid.....	11
De yngsta och de äldsta besvarades mest av ensamhet	11
Ensamhet hänger ihop med få sociala kontakter	11
Individer med kort utbildning och låg inkomst mest ensamma	12
Ensamma röker i större utsträckning	12
Ensamhet hänger ihop med dålig psykisk och fysisk hälsa	12
Resultat analyser	13
Dödlighet	13
Ensamhet relaterad till ökad risk att dö för kvinnor	13
Sju procent av dödsfall bland kvinnor relaterade till ensamhet	14
Långvarig ensamhet bland äldre relaterad till högre dödlighet.....	14
Ensamma dör oftare i psykiska- och cirkulations sjukdomar	15
Sjukdom.....	15
Ensamhet förknippat med förhöjd risk för psykisk sjukdom.....	15
Ensamma har inte ökad risk för hjärt-kärlsjukdom	16
Vårdnyttjande.....	17
Mycket svagt samband mellan ensamhet och vårdkonsumtion	17
Slutsatser	18
De yngsta och äldsta besvaras mest av ensamhet	18
Referenser	20

Sammanfattning

I den här rapporten definieras ensamhet som en subjektiv upplevelse av diskrepans mellan de relationer man *har* och de man *vill ha* till andra människor. Denna definition skiljer sig från det vi kallar social isolering, vilket innebär att helt sakna socialt nätverk och umgänge.

Resultaten i rapporten är baserade på Stockholms läns folkhälsoenkät 2014 och Stockholms läns folkhälsokohortenkät (SPHC) 2014. Data från SPHC har kopplats till data från olika register för att kunna studera olika utfall för ensamma respektive icke-ensamma individer.

År 2014 besvarades nästan 300 000 stockholmare av ensamhet minst en gång i veckan. Andelen var något högre bland kvinnor (19 procent) än män (15 procent). De yngsta och de äldsta individerna i länet besvarades mest av ensamhet: tre av tio 16–29-åringar och lika stor andel bland 85-plussarna. Det absoluta antalet ensamma var tio gånger högre bland unga individer (ca. 100 000) jämfört med äldre (ca. 10 000).

Ensamboende individer som upplever avsaknad av socialt stöd eller inte deltar i aktiviteter regelbundet, besvarades mer av ensamhet än de som bor tillsammans med andra, upplever socialt stöd eller som regelbundet deltar i aktiviteter med andra. Individer med kortare utbildning eller lägre inkomst besvarades också mer av ensamhet. Det var även vanligare att besvaras av ensamhet bland individer födda utanför Europa, jämfört med de som är födda i Europa, Norden eller Sverige.

Ensamma individer har oftare sämre levnadsvanor än icke-ensamma individer. De röker i större utsträckning, har sämre alkoholvanor och lider oftare av fetma. Ensamhet är även förknippat med självrapporterad psykisk och fysisk ohälsa. I våra data går det inte att avgöra om ensamheten varit orsak eller verkan i dessa samband, eftersom alla observationer gjorts vid en och samma tidpunkt.

Kvinnor som besvarades av ensamhet år 2014, hade en ökad risk att dö år 2015 till 2018. Efter justering för andra faktorer som samvarierar med ensamhet, var ensamhet relaterat till 39 procent högre risk för all dödlighet bland kvinnor, jämfört med män. Eftersom ensamhet är relativt vanligt, innebär sambandet med dödlighet att ensamhet kan visa sig vara ett betydelsefullt folkhälsoproblem. Om de ensamma hade haft de icke-ensammas (relativt) låga dödlighet, hade sju procent av dödsfallen bland kvinnor år 2015 till 2018 undvikits. Ensamma individer dog i högre utsträckning av förgiftningar, psykiska sjukdomar, sjukdomar i nervsystemet samt hjärt-kärlsjukdomar och i lägre utsträckning av tumörer år 2015 till 2018, jämfört med individer som inte besvarades av ensamhet år 2014.

Ensamhet är förknippat med en förhöjd risk att diagnostiseras med psykisk sjukdom. Både män och kvinnor som besvarades av ensamhet år 2014, hade omkring 60 procents högre risk att få en diagnos för psykisk sjukdom år 2015 till 2018. Sambandet mellan ensamhet och hjärt-kärlsjukdomsdiagnos var om något omvänt – det vill säga de som besvarades av ensamhet hade något mer sällan sådan diagnos.

Sambandet mellan ensamhet och vårdnyttjandet är mycket svagt. Individer som besvarades av ensamhet år 2014, hade i genomsnitt 34 primärvårdsbesök mellan 2015 och 2018. Bland icke-ensamma individer var motsvarande antal 31. Om alla ensamma hade samma vårdkonsumtion som icke-ensamma individer skulle primärvårdskonsumtionen bara sjunka med en procent.

Introduktion

Ensamhet är en subjektiv negativ upplevelse

Ensamhet kan definieras som en diskrepans mellan de relationer till andra människor som man *har* och de som man *vill ha*. Till skillnad från social isolering handlar ensamhet om en subjektiv, negativ upplevelse medan social isolering är en objektiv status där ett socialt nätverk saknas och man inte umgås med andra människor (1). Det kan alltså hända att människor som är socialt isolerade inte känner sig ensamma och att människor som har ett stort socialt nätverk känner sig ensamma (2).

Hur påverkar ensamhet hälsan?

Den vetenskapliga litteraturen pekar på ett samband mellan ensamhet och risken att dö (3, 4). Ohälsosamma levnadsvanor (t.ex. rökning, bristande fysisk aktivitet och sömnsvårigheter), kardiovaskulär hälsa och psykisk ohälsa skulle kunna ligga bakom den högre dödligheten bland ensamma (4–6). Men något kausalt samband, det vill säga ett samband som förklarar orsak och verkan, mellan ensamhet och specifika hälsoutfall har inte fastställts (7).

En svensk rapport om ensamhet, publicerad år 2019 (8), pekar dock på bristen av studier om ensamhet i Sverige, särskilt när det handlar om att undersöka ofrivillig ensamhet i alla åldersgrupper. Dessutom finns det generella uppfattningar när det gäller ensamhet, som kan leda till stigma och stereotyper: Det anses ofta att ökande antal ensamboende, globalisering och fler skilsmässor har lett till ökad ensamhet bland befolkningen och att den äldre befolkningen lider mest av ensamhet (9).

Syfte

Denna rapport har som målsättning att kartlägga förekomst av ensamhet i Stockholms län samt att studera sambandet mellan ensamhet och psykisk och fysisk hälsa, dödlighet och primärvårdsbruk.

Material och metod

Material

Stockholms folkhälsokohort och folkhälsoenkät

Resultaten i denna rapport är baserade på Stockholms läns folkhälsoenkät 2014 och Stockholms läns folkhälsokohortenkät (SPHC) 2014. Varje år en ny folkhälsoenkät har genomförts (2002, 2006, 2010 och 2014), har de som svarat blivit en del av Stockholms läns folkhälsokohort (10). Totalt har 70 567 individer besvarat enkäten: 48 317 individer har svarat på kohortenkäten 2014 (bortfall: 29,5 procent) och 22 250 individer har besvarat tvärsnittsenkäten 2014 (bortfall: 59 procent). Ett stratifierat slumpmässigt urval har gjorts, det vill säga att lika många individer har dragits från alla kommuner och stadsdelar i Stockholms län för att kunna göra analyser där antalet svaranden annars hade varit för få. Materialet är justerat för bortfall och åldersstruktur (11).

För individer över 65 år, har vi även använt resultat från folkhälsoenkät 2010. 61 procent av de som svarade på frågan om ensamhet år 2010, svarade också år 2014.

För att visa utvecklingen av ensamhet över tid har information från stockholmsdelen av 2018 års nationella folkhälsoenkät, Hälsa på lika villkor, använts. Enkäten genomfördes av Folkhälsomyndigheten på uppdrag av Region Stockholm, och ingår inte i folkhälsokohorten. Antalet svarande var 19 462 individer (bortfall: 60 procent).

Registerdata

Enkätsvaren i SPHC har följts upp i öppen- respektive slutenvårdsregistret och dödsorsaksregistret från Socialstyrelsen (SoS) samt i registren för primärvård, öppen- respektive slutenvård samt privat specialistvård från Region Stockholm (hämtade från VAL-databaserna). Uppgifter om socioekonomiska förhållanden och demografiska data har hämtats från Statistiska centralbyrån (SCB).

Exponering

Ensamhet i Folkhälsoenkäten

Som indikator på subjektiv ensamhet har frågan ”Händer det att du besväras av ensamhet?” använts. Svartalternativen ”Dagligen”, ”Flera gånger i veckan” och ”Någon gång i veckan” har kategoriserats som att man besväras av ensamhet. Svartalternativen ”Någon eller några gånger i månaden” och ”Mer sällan än en gång i månaden” har kategoriserats som att man inte besväras av ensamhet (se studiedesign i figur 1).

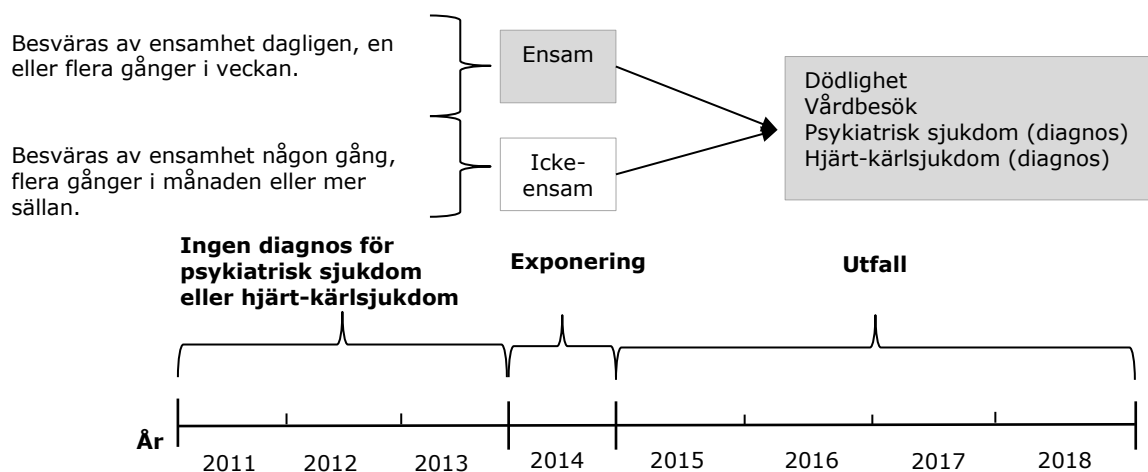
Kön och ålder

Det är sedan tidigare känt att andelen som besväras av ensamhet skiljer sig påtagligt både mellan könen (3) och mellan olika åldersgrupper (9). Resultat redovisas därför uppdelat efter män och kvinnor samt åldersgrupperna 16–29 år, 30–44 år, 45–64 år, 65–74 år, 75–84 år och 85+ år.

Utfall

Genom att koppla data från SPHC 2014 till olika register, kan vi se på olika utfallsvariabler för ensamma individer, och jämföra med de icke-ensamma individerna. Vi har tittat på, och mätt, följande variabler så här:

- **Dödlighet:** Som mått på dödlighet har dödsdatum från Socialstyrelsens dödsorsaksregister år 2015 till 2018 använts.
- **Vårdbesök:** Antal sammanlagda primärvårdsbesök år 2015 till 2018.
- **Psykiatrisk diagnos:** De som har fått någon diagnos (huvud- eller bidiagnos) enligt diagnoskod ICD-10, kapitel F, i öppen- eller slutenvård från SoS, samt från primärvårdregistret, öppen- eller slutenvårdsregistret och vårdregistret för privatpraktiserande specialister från VAL-databaserna år 2015 till 2018. För att öka sannolikheten att exponeringen av ensamhet kommer före den psykiatriska diagnosen, har kriteriet också varit att man inte fått någon psykiatrisk diagnos de senaste tre åren före SPHC-enkäten besvarades.
- **Hjärt-kärlsjukdom:** De som fått någon diagnos (huvud- eller bidiagnos) enligt diagnoskod ICD-10, kapitel I, i öppen- eller slutenvård från SoS, samt från primärvårdregistret, öppen- eller slutenvårdsregistret och vårdregistret för privatpraktiserande specialister från VAL-databaserna år 2015 till 2018. För att öka sannolikheten att exponeringen av ensamhet kommer före diagnosen, har kriteriet också varit att man inte fått någon diagnos för sjukdom i cirkulationsorganen de senaste tre åren före SPHC-enkäten besvarades.



Figur 1. Studiedesign.

Analys

Så kallad överlevnadsanalys (Cox-regression) har använts för att studera risken att dö, att få en psykiatrisk diagnos eller för att diagnostiseras med hjärt-kärlsjukdom med ålder som den underliggande tidsvariabeln. Skillnader mellan ensamma individer och icke-ensamma individer mäts i relativ risk, och icke-ensamma individer fungerar som referensgrupp, det vill säga att man jämför den relativa risken för de ensamma individerna med de icke-ensamma individerna. I överlevnadsanalys skattas risken med så kallade Hazard Ratios (HR). Måttet anger den relativa risken för att en viss händelse ska inträffa i en grupp, eller vid en nivå på en variabel, jämfört med en annan. HR-värdet 2 betyder till exempel en fördubblad risk jämfört med referensgruppen, som alltid har en relativ risk på 1. Antal vårdbesök har studerats med variansanalys (GLM). Modellerna har justerats för ålder, för att säkerställa att inte det är en faktor som förklarar eventuella skillnader.

Statistisk modellering har använts för att justera för andra variabler som kan förklara eller modifiera effekten av exponeringen (ensamhet) på utfallet (t.ex. dödlighet). Alla nedanstående variabler har tagits från Stockholms folkhälsokohort och folkhälsoenkät 2014 eller SCB.

De variabler vi har justerat för, och hur dessa kategoriserats, är följande:

- Dålig självskattad hälsa: Svaren "Dåligt" eller "Mycket dåligt" på frågan "Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?"
- Aktivitetsnedsättande sjukdom: "Ja" på frågan "Har du någon långvarig sjukdom, besvär efter olycksfall, funktionshinder eller annat långvarigt hälsoproblem?" och dessutom "Ja, i hög grad" eller "Ja, i någon mån" på följdfrågan "Medför dessa besvär att din arbetsförmåga är nedsatt eller hindrar dig i dina andra dagliga sysselsättningar?"
- Psykisk ohälsa: Minst tre besvär enligt General Health Questionnaire (GHQ-12). GHQ-12 är ett mätverktyg som består av tolv frågor om olika aspekter av nedsatt psykiskt välbefinnande (12). Ett index som kan anta värden mellan noll och tolv beräknas, och tre eller fler poäng klassificeras som nedsatt psykiskt välbefinnande.
- Social isolering: "Nej" på frågan "Har du under de senaste tolv månaderna mer eller mindre regelbundet deltagit i aktiviteter tillsammans med flera andra? Exempelvis sport, musik/teater, studiecirkel, religiös sammankomst, sångkör, syförening, politisk förening eller annan föreningsverksamhet."
- Ensamboende: "Nej" på frågan "Bor du tillsammans med någon under större delen av veckan?"
- Avsaknad av personligt stöd: "Nej, aldrig" eller "Nej, för det mesta inte" på frågan "Har du någon eller några personer som kan ge dig ett personligt stöd för att klara av personliga problem eller kriser i ditt liv?"
- Dagligrökare: "Ja" på frågan "Röker du för närvarande så gott som dagligen?"
- Fetma: Vikt och längd som indikerar ett BMI (Body Mass Index) över 30, vilket klassificeras som fetma.

- Riskbruk alkohol: Ett alkoholintag som klassificeras som riskbruk. Riskbruk klassificeras som mer än fjorton standardglas per vecka för män och mer än nio standardglas per vecka för kvinnor.
- Berusningsdrickande: Mer än fem standardglas per tillfälle minst en gång i veckan oberoende av kön.
- Utbildning: Data från SCB med utbildning i de tre nivåerna förgymnasial utbildning, gymnasial utbildning och eftergymnasial utbildning. Referensgruppen är de med eftergymnasial utbildning.
- Inkomst: Data från SCB med inkomst grupperat i femtedelar (kvintiler) från lägst inkomst till högst inkomst. Referensgruppen är de med hög inkomst.
- Födelseland: Data från SCB med födelseland uppdelat efter Sverige, Norden, Europa och övriga världen. Referensgruppen är de som är födda i Sverige.

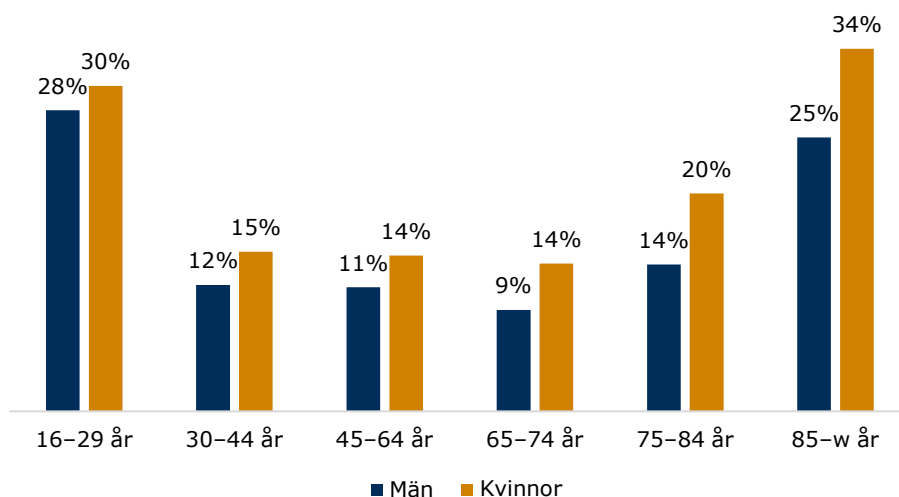
Deskriptiva resultat

Förekomst och utveckling över tid

De yngsta och de äldsta besvärades mest av ensamhet

Totalt besvärades 15 procent av männen och 19 procent av kvinnorna av ensamhet i Stockholms län år 2014, det vill säga cirka 289 000 individer.

De yngsta och de äldsta individerna i Stockholms län besvärades mest av ensamhet år 2014. Bland 16–29-åringar besvärades omkring tre av tio av ensamhet minst en gång i veckan och bland 85-plussarna var det en fjärdedel av männen och en tredjedel av kvinnorna som besvärades av ensamhet minst en gång i veckan (se figur 2). Det finns dock tio gånger så många 16–29-åringar som 85-plussare i länet, vilket betyder att antalet ensamma unga individer (ca. 100 000) är större än antalet ensamma äldre individer (ca. 10 000). Man kan säga att det finns tio unga ensamma individer för varje ensam äldre.



Figur 2. Andel (%) individer som besväras av ensamhet minst en gång i veckan, uppdelat efter ålder och kön, i Stockholms län år 2014.

Andelen som besvärades av ensamhet har varit stabil mellan år 2014 och 2018 för alla åldersgrupper förutom 30–44-åringarna. I denna åldersgrupp visas en ökning från 12 procent år 2014 till 18 procent år 2018 bland män, och från 15 procent år 2014 till 20 procent år 2018 bland kvinnor.

Ensamhet hänger ihop med få sociala kontakter

Individer som uppger en avsaknad av socialt stöd, inte deltar i aktiviteter regelbundet och de som bor ensamma besväras mer av ensamhet än de som upplever socialt stöd, regelbundet deltar i aktiviteter med andra och bor tillsammans med andra. Av de som är ensamma bor 39 procent själva, 46 procent deltar inte regelbundet i aktiviteter, och 26 procent saknar personligt stöd. Motsvarande andelar för de icke-ensamma är 17 procent, respektive 33 procent och 11 procent.

Socioekonomiska faktorer, levnadsvanor och hälsa

Individer med kort utbildning och låg inkomst mest ensamma

Det finns både en utbildnings- och inkomstgradient för ensamhet. Det vill säga att de med lägre inkomst och utbildning besväras i högre utsträckning av ensamhet jämfört med de med högre inkomst eller utbildning. Av de som är ensamma har 36 procent låg inkomst, 22 procent medelhög inkomst, 17 procent medelinkomst, 14 procent medelhög inkomst och 10 procent hög inkomst. Motsvarande andelar för de icke-ensamma är 24 procent, respektive 20 procent, 20 procent, 20 procent och 17 procent. Av de ensamma har 30 procent förgymnasial utbildning, 35 procent gymnasial utbildning och 35 procent eftergymnasial utbildning. Motsvarande andelar för de icke-ensamma är 20 procent, respektive 37 procent och 43 procent.

Av de som är ensamma är 70 procent födda i Sverige, 4 procent i Norden, 7 procent i Europa och 19 procent utanför Europa. Av de icke-ensamma är motsvarande andelar 76 procent, respektive 6 procent, 7 procent och 12 procent.

Ensamma röker i större utsträckning

Ensamhet hänger ihop med ohälsosamma levnadsvanor. Av de ensamma är 14 procent dagligrökare, medan 8 procent av de icke-ensamma individerna är det. Även fetma och berusningsdrickande är något vanligare bland ensamma: 12 procent av de som är ensamma har fetma, jämfört med 11 procent av de icke-ensamma, och 13 procent av de ensamma uppger att de ägnar sig åt berusningsdrickande, jämfört med 9 procent av de icke-ensamma. Av ensamma uppger 20 procent ett alkoholbruk som klassificeras som riskbruk, vilket är samma andel som bland icke-ensamma.

Ensamhet hänger ihop med dålig psykisk och fysisk hälsa

Bland de som har en aktivitetsnedsättande sjukdom besväras 23 procent av ensamhet, jämfört med 14 procent av icke-ensamma. Andelen som besväras av ensamhet är större bland personer som lider av psykisk ohälsa (37 procent) än bland de som inte lider av psykisk ohälsa (10 procent). Även bland personer med dålig eller mycket dålig självskattad hälsa är skillnaderna stora: 42 procent besväras av ensamhet, jämfört med 14 procent av de som har någorlunda, god eller mycket god självskattad hälsa.

Av de ensamma har 18 procent en aktivitetsnedsättande sjukdom, 52 procent lider av psykisk ohälsa och 12 procent uppger dålig eller mycket dålig självskattad hälsa. Motsvarande andelar för de icke-ensamma är 10 procent, 18 procent och 3 procent.

Resultat analyser

Dödlighet

Ensamhet relaterad till ökad risk att dö för kvinnor

De kvinnor som besvärades av ensamhet år 2014, hade en ökad risk att dö år 2015 till 2018 (HR 1,39). Det visar vår modell, där vi justerat för andra faktorer som samvarierar med ensamhet. Den ökade risken ses i åldersgruppen 30–44 år (HR = 4,17) och bland 85-plussarna (justerade HR =1,54). För män fanns inget signifikant samband mellan ensamhet och risken att dö (HR = 1,05).

Den förhöjda risken för kvinnor motsvarar den förhöjda risken det innebär att inte delta i sociala aktiviteter, som i sin tur är relaterad till ökad risk att dö för båda könen (HR = 1,37 för män, HR = 1,36 för kvinnor). Risker motsvarar också den förhöjda risk att dö som ensamboende män har (HR = 1,35), men inte kvinnor.

Tabell 1. Hazard Ratios (HR) för all dödlighet år 2015–2018 i alla åldersgrupper uppdelat efter kön, i Stockholms län. Varje estimat är justerat för effekten av alla övriga variabler. Notera: Fetad text är signifikant.

	HR all dödlighet: Män	HR all dödlighet: Kvinnor
Ensamhet	1,05	1,39
Sämre än god självskattad hälsa	2,20	1,92
Aktivitetsnedsättande sjukdom	2,16	1,49
Psykisk ohälsa	1,08	1,10
Ensamboende	1,35	0,95
Upplever avsaknad socialt stöd	1,04	1,02
Deltar inte regelbundet i aktiviteter	1,36	1,37
Dagligrökare	1,50	1,75
Förgymnasial utbildning (referens: eftergymnasial utbildning)	1,21	1,24
Gymnasial utbildning (referens: eftergymnasial utbildning)	1,08	1,26
Riskbruk alkohol	0,84	1,23
Berusningsdrickande	1,02	1,52
Fetma (BMI över 30)	1,18	1,29
Född i Europa (referens: född i Sverige)	0,91	1,03
Född i Norden (referens: född i Sverige)	0,81	1,08
Född utanför Europa (referens: född i Sverige)	0,45	0,93
Låg inkomst (referens: hög inkomst)	1,82	1,19
Medellåg inkomst (referens: hög inkomst)	1,57	1,07
Medelinkomst (referens: hög inkomst)	1,45	0,77
Medelhög inkomst (referens: hög inkomst)	1,38	0,96

Sju procent av dödsfall bland kvinnor relaterade till ensamhet

För att förstå den totala omfattningen av ensamhet som folkhälsoproblem, kan man titta på andelen dödsfall som hade kunnat undvikas om alla hade samma dödlighet som icke-ensamma individer. Om alla hade haft dödligheten som de individer som inte besvärades av ensamhet år 2014, hade sju procent av dödsfallen bland kvinnor undvikits år 2015 till 2018.

Långvarig ensamhet bland äldre relaterad till högre dödlighet

För äldre personer (65+ år) har vi dessutom kunnat kolla på långvarig ensamhet genom att analysera enkätdata för åren 2010 och 2014. Av de icke-ensamma individerna hade

10 procent dött mellan 2015 och 2018. Av individer som uppgav att de besvärades av ensamhet vid ett av tillfällena, dog 14 procent (uppgav ensamhet år 2010 men inte 2014) respektive 18 procent (uppgav ensamhet år 2014 men inte 2010). Bland de som kan betraktas ha varit långvarigt ensamma (uppgav ensamhet både år 2010 och 2014), dog 27 procent dött mellan 2015 och 2018.

Ensamma dör oftare i psykiska- och cirkulationssjukdomar

Individer som besvärades av ensamhet år 2014 dog i högre utsträckning av förgiftningar, psykiska sjukdomar, sjukdomar i nervsystemet samt cirkulationssjukdomar, och i lägre utsträckning av tumörer år 2015 till 2018, jämfört med individer som inte besvärades av ensamhet.

Sjukdom

Ensamhet förknippat med förhöjd risk för psykisk sjukdom

De som besvärades av ensamhet år 2014 hade en högre risk att diagnostiseras med psykisk sjukdom år 2015 till 2018. Sambandet ses både bland män (HR = 1,58) och kvinnor (HR = 1,64), och i alla åldersgrupper förutom 85-plussarna.

Den förhöjda risken för psykisk sjukdom, som ensamhet är förknippad med, är större än risken förknippad med att bo ensam (HR = 1,28 för män, HR = 1,1 för kvinnor) eller att inte delta i aktiviteter regelbundet (HR = 1,16 för män, HR = 1,13 för kvinnor).

Tabell 2 Hazard Ratios (HR) för diagnostiserad psykisk sjukdom år 2015–2018 i alla åldersgrupper, uppdelat efter kön, i Stockholms län. Varje estimat är justerat för effekten av alla övriga variabler. Notera: Fetad text är signifikant.

	HR psykiatrisk diagnos: Män	HR psykiatrisk diagnos: Kvinnor
Ensamhet	1,58	1,64
Sämre än god självskattad hälsa	2,16	1,63
Aktivitetsnedsättande sjukdom	0,97	1,13
Psykisk ohälsa	1,68	1,99
Ensamboende	1,28	1,10
Upplever avsaknad socialt stöd	1,12	1,05
Deltar inte regelbundet i aktiviteter	1,16	1,13
Dagligrökare	1,44	1,10
Förgymnasial utbildning (referens eftergymnasial utbildning)	1,21	0,88
Gymnasial utbildning (referens eftergymnasial utbildning)	1,05	1,00
Riskbruk alkohol	1,14	0,94
Berusningsdrickande	1,08	1,11
Fetma (BMI över 30)	0,85	0,89
Född i Europa (referens: född i Sverige)	0,73	0,91
Född i Norden (referens: född i Sverige)	0,90	0,80
Född utanför Europa (referens: född i Sverige)	0,82	0,92
Låg inkomst (referens: hög inkomst)	1,56	1,32
Medellåg inkomst (referens: hög inkomst)	1,22	1,29
Medelinkomst (referens: hög inkomst)	1,22	1,18
Medelhög inkomst (referens: hög inkomst)	0,91	1,07

Ensamma har inte ökad risk för hjärt-kärlsjukdom

För att se om ensamhet är förknippat med ökad risk för hjärt-kärlsjukdomar, har vi tittat på andelen som har fått en diagnos för en hjärt-kärlsjukdom mellan år 2015 och 2018 utan att ha haft en diagnos mellan 2011 och 2014. Ensamhet var inte förknippat med en högre risk att få en diagnos utan med en lägre risk (HR = 0,86 för män, HR = 0,81 för kvinnor). Det finns inga signifikanta skillnader om man delar upp individer i olika åldersgrupper. Även att vara ensamboende var förknippat med en lägre risk för kvinnor (HR = 0,89).

Vårdnyttjande

Mycket svagt samband mellan ensamhet och vårdkonsumtion

De individer som besvärades av ensamhet år 2014, hade i genomsnitt 34 primärvårdsbesök år 2015 till 2018, jämfört med 31 primärvårdsbesök bland individer som inte besvärades av ensamhet. Skillnaden syns framför allt i medelåldern och pensionsåldern (för män 45–74 år, för kvinnor 30–74 år). Om alla ensamma hade samma vårdkonsumtion som icke-ensamma individer skulle primärvårdskonsumtionen sjunka med en procent.

Slutsatser

De yngsta och äldsta besväras mest av ensamhet

År 2014 besvärades nästan 300 000 stockholmare av ensamhet minst en gång i veckan. Kvinnor besvärades i högre utsträckning än män (19 procent respektive 15 procent). Om vi jämför åldersgrupper, besvärades de yngsta (16–29 år) och de äldsta (85+ år) mest av ensamhet. I absoluta antal finns det dock tio gånger så många unga ensamma individer som ensamma äldre.

Några grupper mer utsatta än andra

Några grupper är mer utsatta för ensamhet än andra. De med kortast utbildning eller lägst inkomst, och individer födda utanför Europa besvärades mest av ensamhet. Ensamhet hängde även ihop med de sociala kontakter man har. De som inte regelbundet deltar i sociala aktiviteter eller som bor ensamma, besvärades i högre utsträckning. Ensamhet var även förknippat med sämre levnadsvanor och dålig självskattad fysisk och psykisk hälsa.

Förknippat med ökad risk att dö för kvinnor

Ensamhet är kopplat till en förhöjd risk att dö för kvinnor. Efter justering för olika variabler som samvarierar med ensamhet, kvarstår en 39 procent förhöjd risk att dö år 2015 till 2018 för kvinnor som besvärades av ensamhet år 2014. Om alla hade haft samma dödlighet som individer som inte besvärades av ensamhet år 2014, hade sju procent av dödsfallen bland kvinnor undvikits mellan år 2015 och 2018. Det fanns ingen förhöjd risk för män.

Förhöjd risk för diagnostiserad psykisk sjukdom

Ensamhet är förknippat med en förhöjd risk för psykisk sjukdom. Bland de som besvärades av ensamhet år 2014, hade män 58 procent ökad risk att få en diagnos för psykisk sjukdom år 2015 till 2018 och kvinnor hade 64 procent ökad risk (efter justering). För hjärt-kärlsjukdomar hittar vi en minskad risk relaterad till ensamhet, som är svår att förklara.

Samband med vårdkonsumtion mycket svagt

Även om vi ser en relation mellan ensamhet och diagnostiserad psykisk sjukdom, finns det bara ett mycket svagt samband mellan ensamhet och primärvårdsbesök. Ensamma individer hade i genomsnitt 34 primärvårdsbesök år 2015 till 2018, jämfört med 31 besök bland icke-ensamma individer. Om alla ensamma hade samma vårdkonsumtion som icke-ensamma individer skulle primärvårdskonsumtionen bara sjunka med en procent.

Slutord

Studien är baserad på observationsdata och det går därför inte att utesluta att variabler som inte observerats (s.k. confounders, störvariabler eller tredjevariabler) helt eller delvis förklarar de samband med ensamhet som vi redovisar. Till exempel skulle odiagnostiserad depression kunna vara en störvariabel för sambandet mellan att inte delta i aktiviteter regelbundet och besvärande ensamhet. I detta hypotetiska exempel

verkar det som att man blir ensam av att inte delta i aktiviteter trots att både isoleringen och känslan av ensamhet i själva verket är uttryck för samma underliggande psykiska sjukdom.

I resultat baserade på observationsdata är det också viktigt att vara uppmärksam på risken för så kallad omvänd kausalitet, vilket innebär att det man vill betrakta som utfall (t.ex. rökning) i själva verket är en exponering och vice versa. Det vill säga att det man betraktar som exponeringen (t.ex. ensamhet) i själva verket, helt eller delvis, är utfallet. Det är särskilt svårt att utesluta sådan omvänd kausalitet när båda variablerna är mätta vid ett och samma enskilda tillfälle, som i exemplet att man blivit ensam delvis för att man röker.

På grund av riskerna för confounding och omvänd kausalitet, har vi varit försiktiga i rapporten. För det första presenteras alla samband mellan variabler som är uppmätta vid en och samma tidpunkt just som sådana ("samband") under rubriken "deskriptiva resultat", utan slutsatser om kausalitet (dvs. orsak och verkan). För det andra fokuserar vi i den analytiska, prospektiva, delen av studien på de samband mellan ensamhet och dödlighet respektive sjukdom som kvarstår efter statistisk kontroll för alla de andra variabler som uppmättes vid samma tidpunkt som ensamheten.

Det senare är ett mycket konservativt tillvägagångssätt, som har fördelen att de samband som kvarstår inte kan förklaras med confounding från de variabler som man har kontrollerat för. I den utsträckning kontrollvariablerna (t.ex. självskattad hälsa eller rökning) i själva verket är konsekvenser av ensamheten och ensamheten har en verklig hälsoeffekt, innebär tillvägagångssättet att de kvarvarande sambanden är underskattningar av denna effekt.

Referenser

1. Perlman D, Peplau LA. Toward a social psychology of loneliness. *Personal relationships*. 1981;3:31-56.
2. Dykstra PA, Fokkema T. Social and emotional loneliness among divorced and married men and women: Comparing the deficit and cognitive perspectives. *Basic and applied social psychology*. 2007;29(1):1-12.
3. Rico-Uribe LA, Caballero FF, Martín-María N, Cabello M, Ayuso-Mateos JL, Miret M. Association of loneliness with all-cause mortality: A meta-analysis. *PloS one*. 2018;13(1).
4. Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, Harris T, Stephenson D. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspectives on psychological science*. 2015;10(2):227-37.
5. Hawkley LC, Cacioppo JT. Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of behavioral medicine*. 2010;40(2):218-27.
6. Leigh-Hunt N, Bagguley D, Bash K, Turner V, Turnbull S, Valtorta N, et al. An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *Public Health*. 2017;152:157-71.
7. Fried L, Prohaska T, Burholt V, Burns A, Golden J, Hawkley L, et al. A unified approach to loneliness. *The Lancet*. 2020;395(10218):114.
8. Thelander K. *Ensamhet dödar - ofrivillig ensamhet i Sverige*. Stockholm: Arena Idé; 2020.
9. Dykstra PA. Older adult loneliness: myths and realities. *European journal of ageing*. 2009;6(2):91.
10. Svensson AC, Fredlund P, Laflamme L, Hallqvist J, Alfredsson L, Ekblom A, et al. Cohort profile: the Stockholm public health cohort. *International journal of epidemiology*. 2013;42(5):1263-72.
11. (SCB) Sc. *Teknisk Rapport - En beskrivning av genomförande och metoder - Hälsa Stockholm 2014*. Stockholm; 2014.
12. Goldberg DP. *User's guide to the General Health Questionnaire*. Windsor. 1988.

ISBN 978-91-87691-80-5



**Centrum för epidemiologi
och samhällsmedicin**

REGION STOCKHOLM