

Ensomhed i Danmark

- analyse af befolkningsdata fra 2017



Ensomhed i Danmark

- analyse af befolkningsdata fra 2017
©DEFACTUM, Region Midtjylland, 2020

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Foto: Timon Studler, Unsplash

ISBN: 978-87-93657-14-4

Rapporten er udarbejdet af:
Mathias Lasgaard
Julie Christiansen
Maj Bekker-Jeppesen
Karina Friis

Tak

DEFACTUM - Region Midtjylland takker Region Nordjylland, Region Sjælland og Region Hovedstaden for deres bidrag til denne analyse. Region Nordjyllands Sundhedsprofil er gennemført og finansieret af Region Nordjylland. Region Sjællands Sundhedsprofil er finansieret af Region Sjælland, som også er ansvarlig for dataindsamling og -bearbejdning. Region Hovedstadens Sundhedsprofil er gennemført og finansieret af Region Hovedstaden. Der skal også lyde en tak til Folkebevægelsen mod Ensomhed og Mary Fonden, som har kommenteret udkast mhp. at styrke formidling og relevans for praksis.

Denne publikation citeres således: Lasgaard M, Christiansen J, Bekker-Jeppesen M, Friis K.
Ensomhed i Danmark – analyse af befolkningsdata fra 2017. Temaanalyse, vol. 8, "Hvordan har du det?"
Aarhus: DEFACTUM, Region Midtjylland, 2020

Temaanalysen er udarbejdet med finansiel støtte fra Mary Fonden og Folkebevægelsen mod Ensomhed.

For yderligere oplysninger rettes henvendelse til:

DEFACTUM
Olof Palmes Alle 15
8200 Aarhus N
E-mail: defactum@rm.dk
Hjemmeside: www.defactum.dk

Indholdsfortegnelse

Baggrund	4
Hvad er ensomhed?	4
Hvordan måler man ensomhed?	5
Forekomsten af ensomhed	5
Hvilke befolkningsgruppe er ramt af ensomhed?	6
Hvordan er ensomhed forbundet med sygdom?	6
Formål med analysen	7
Metode	8
Variable	9
Statistisk metode	11
Resultater	13
Forekomsten af ensomhed	13
Ensomhed – Sociodemografi og sociale forhold	14
Ensomhed – Kronisk sygdom og multisygdom	18
Diskussion	20
Ensomhed i befolkningen	20
Ensomhed – Livsfaser	20
Ensomhed og helbred	21
Metodiske overvejelser	22
Ensomhed og coronapandemien	22
Interventionsmuligheder	23
Referencer	24

Baggrund

Formålet med denne analyse er at beskrive forekomsten af ensomhed i Danmark og identificere befolkningsgrupper, der er særligt udsatte for ensomhed.

Vi har i DEFACTUM tidligere foretaget et befolkningsstudie af ensomhed i befolkningen (1,2). Studiet byggede på besvarelser fra godt 30.000 personer, som deltog i Region Midtjyllands sundhedsprofilundersøgelse "Hvordan har du det?", som blev indsamlet i 2013. "Hvordan har du det?" er en landsdækkende spørgeskemaundersøgelse, der gentages hvert fjerde år i alle landets fem regioner, og i 2017 blev der indsamlet data om ensomhed i Region Midtjylland, Region Nordjylland, Region Sjælland og Region Hovedstaden. Det er disse data, der ligger til grund for denne temaanalyse.

Parallelt med udarbejdelsen af denne analyse indtraf restriktioner og nedlukning som følge af coronavirus – og vi kender aktuelt ikke pandemiens fulde konsekvenser for den mentale sundhed. Foreløbigt indikerer engelske og hollandske data, at restriktioner og nedlukning i foråret 2020 øgede følelsen af ensomhed (3-5), mens der ikke sås nogen væsentlig udvikling i et amerikansk studie (6). Om en potentiel effekt af restriktioner og nedlukning er midlertidig eller varig vides ikke på nuværende tidspunkt, men i forhold til de estimerede befolkningstal og identificerede risikogrupper, er det vigtigt at være opmærksom på den begrænsning, der ligger i, at data er indsamlet tre år før coronapandemien. Forekomsten af ensomhed, der beregnes i denne analyse, må anses som et konservativt estimat, ligesom nogen gruppers risiko for ensomhedsfølelse kan være øget som følge af pandemien. I foråret 2021 indsamles data til den næste "Hvordan har du det?"-undersøgelse, som vil belyse befolkningens sundhed og trivsel – inklusiv ensomhed – cirka et år efter coronapandemiens start. Data herfra offentliggøres i foråret 2022.

Hvad er ensomhed?

Nyere forskning har dokumenteret, at ensomhed er et selvstændigt folkesundhedsproblem, som har negative konsekvenser for trivsel og helbred (7-9). I det følgende gives en kort indføring i problemstillingen.

I forskningslitteraturen defineres ensomhed typisk som en subjektiv, ubehagelig følelse, der opstår som følge af en oplevet diskrepans mellem ønskede sociale relationer og faktiske sociale relationer (10,11). Som mennesker har vi grundlæggende behov for at knytte bånd til andre og høre til (12). Følelsen af ensomhed er relateret til dette universelle behov men er ifølge definitionen også forbundet med den enkeltes subjektive behov og vurdering af egne sociale relationer.

Meget begrebsforvirring opstår, fordi der ikke skelnes klart mellem ensomhed og 'alenehed' (eller social isolation), idet det antages, at ensomhed er synonymt med eller en reaktion på det objektive forhold, at man er meget alene og dermed i nogen grad afskåret fra social kontakt (13). Ensomhed er relateret til både graden af social kontakt (strukturelle forhold) og den sociale kontakts karakter, eksempelvis intimitet og tillid (funktionelle forhold). Følelsen af ensomhed er således noget andet end at være alene (og eventuelt socialt isoleret), selvom der er en sammenhæng mellem ensomhed og social isolation (14-16).

Hvordan måler man ensomhed?

Der anvendes overvejende to metoder til at belyse ensomhed i befolkningsundersøgelser: den 'direkte' og den 'indirekte' målemetode (17). Med 'direkte' forstås, at der spørges eksPLICIT til, om respondenterne føler sig ensomme (f.eks. "Hvor ofte føler du dig ensom?"). Ved den indirekte metode benyttes et måleredskab bestående af en række spørgsmål, hvor termen 'ensomhed' ikke eksplicit optræder. Flere studier har fundet, at ensomhed er socialt stigmatiserende og forbundet med svaghed og passivitet (18-20). Blandt andet derfor antages det, at den direkte spørgeteknik kan føre til underrapportering, idet respondenterne kan have tendens til ikke at ville angive, at de føler sig ensomme (17). Dette gælder formodentligt især blandt mænd (18,21). Endvidere er der en generel usikkerhed forbundet med brugen af enkeltspørgsmål fremfor et måleredskab. Derfor argumenterer forskere for brugen af indirekte og validerede ensomhedsmål (17,22).

'UCLA Loneliness Scale' (UCLA) (23,24), som består af 20 udsagn, er det mest anvendte instrument til måling af ensomhed og betragtes som 'guldstandard'. UCLA belyser ensomhed som en følelse, der varierer i den oplevede intensitet. UCLA har gode psykometriske egenskaber (23,24) og foreligger på dansk (25).

Der eksisterer flere forkortede versioner af UCLA. Den mest anvendte er en version bestående af blot tre spørgsmål, som er udviklet til brug i større befolkningsundersøgelser: 'the Three-Item Loneliness Scale' (T-ILS) (26). Et valideringsstudie har fundet en stærk sammenhæng mellem UCLA og T-ILS (26). Studiet tyder dermed på, at de tre spørgsmål fanger en væsentlig del af den ensomhedsfølelse, der belyses ved brug af det fulde instrument. Skalaen er aktuelt det bedste bud på et kort valideret måleinstrument, der kan bruges til at belyse ensomhed i befolkningsundersøgelser, hvor der ofte ikke er mulighed for at anvende længere måleredskaber (f.eks. UCLA). T-ILS anvendes derfor i en række befolkningsundersøgelser (27-31).

Forekomsten af ensomhed

Indirekte ensomhedsmål som UCLA og T-ILS belyser graden af ensomhedsfølelse; en høj score på et måleredskab udtrykker dermed en høj grad af ensomhedsfølelse. Det er imidlertid vanskeligt at estimere forekomsten af ensomhed. Der mangler validerede metoder til klassifikation af cases, og der er i litteraturen ikke konsensus om hvilken score på et mål (f.eks. UCLA og T-ILS), som skal anvendes til at estimere forekomsten af ensomhed (32). Desuden gør brugen af forskellige måleredskaber og metoder til klassifikation af cases det vanskeligt at sammenligne resultater fra forskellige studier.

De regionale sundhedsprofilundersøgelser fra 2017, som udgør datagrundlaget for denne temaanalyse, indikerer, at forekomsten af ensomhed på befolkningsniveau er 8-9 % (33-36). Dette estimat uddybes nærmere i denne analyse.

Det er på baggrund af tilgængelige data ikke muligt at afgøre, om forekomsten af ensomhed har været stigende i befolkningen i Danmark over de seneste årtier. Data fra Region Midtjyllands sundhedsprofil indikerer dog, at der fra 2013 til 2017 var en stigning i forekomsten af ensomhed i befolkningen (37). Stigningen sås hos både mænd og kvinder og var størst blandt 16-24-årige unge (37). Andre undersøgelser har tilsvarende fundet en stigning i andelen af ensomme unge i Danmark (38-40).

Hvilke befolkningsgruppe er ramt af ensomhed?

En række undersøgelser har belyst hvilke befolkningsgrupper, som især er ramt af ensomhed. Flere af disse undersøgelser indikerer, at sammenhængen mellem ensomhed og alder følger en flad U-formet kurve, idet den største andel af ensomme findes blandt unge og ældre (41,42) – og i Danmark blandt unge og de ældste ældre (2,35).

Et litteraturstudie, der har samlet og opsummeret den tilgængelig viden om forholdet mellem ensomhed og køn, har vist, at resultaterne fra tidligere undersøgelser peger i forskellige retninger (43), hvilket blandt andet kan skyldes forskellige målemetoder. Overordnet set indikerer litteraturstudiet, at der ikke er væsentlige kønsforskelle i graden af ensomhedsfølelse. Der ses imidlertid et behov for befolkningsstudier baseret på store datasæt.

Nogle undersøgelser har fundet en sammenhæng mellem ensomhed og etnisk baggrund (2,44,45), mens andre undersøgelser ikke har fundet en sådan sammenhæng (46,47). Disse fund taler også for relevansen af befolkningsstudier baseret på store datasæt.

Endelig skal det fremhæves, at studier generelt peger på, at ægteskab og samliv beskytter mod ensomhed (48,49). I tråd hermed fandt vi i et tidligere befolkningsstudie, at samliv var associeret med mindre ensomhed hos både unge, midaldrende og ældre (2).

Hvordan er ensomhed forbundet med sygdom?

Sociale relationer har væsentlig betydning for både fysisk og mental sundhed – og mange studier har da også vist, at ensomhed er associeret med helbredsproblemer. Forholdet mellem ensomhed og sygdom er komplekst (50,51). Ensomhed synes at øge risikoen for helbredsproblemer, mens kronisk sygdom tilsvarende kan øge risikoen for ensomhed (52), eksempelvis som følge af begrænsede muligheder for at deltage i sociale aktiviteter.

Metaanalyser indikerer, at ensomhed øger risikoen for hjertekarsygdom med op mod 30 % (53,54) og tidlig død med cirka 25 % (9,55). Dertil peger nyere studier på, at ensomhed øger risikoen for type 2-diabetes (56,57).

Endvidere peger tværsnitstudier på, at personer med kronisk sygdom oftere føler sig ensomme. Studierne bidrager typisk ikke med viden om årsagssammenhænge, men der ses her eksempelvis sammenhænge mellem ensomhed og lungesygdom (58,59), migræne (60) og multisygdom (61,62). Der mangler dog forsat viden om sammenhænge mellem ensomhed og specifikke sygdomme, og der ses et behov for befolkningsstudier baseret på store datasæt, der kan belyse sygdomme, som er mindre udbredte.

Der ses også en sammenhæng mellem ensomhed og dårligt mentalt helbred. Flere studier peger eksempelvis på, at ensomhed øger risikoen for symptomer på depression, ligesom symptomer på depression tilsvarende øger risikoen for ensomhed (63,64). Samtidig har studier fundet en sammenhæng mellem ensomhed og angst/social forbi (65,66), selvskadende adfærd (65,67) og selvmordstanker (68).

Psykologiske og adfærdsmæssige faktorer har betydning for sammenhænge mellem ensomhed og dårligt helbred (15,56,69). Det er eksempelvis fundet, at stress (56,60,70), depressive symptomer (55,62), fysisk inaktivitet (56,60) og søvnproblemer (56,60,70) kan forklare en væsentlig del af sammenhænge mellem ensomhed og dårligt helbred. Derudover antages det, at biologiske faktorer såsom ubalancer i immunsystemet og det autonome nervesystem har betydning for, at ensomhed påvirker helbredet (71).

Enkelte nyere studier har desuden fundet, at køn (60,72), uddannelse og indkomst (55) påvirker sammenhængen mellem ensomhed og dårligt helbred. Det er derfor muligt, at demografiske og socioøkonomiske faktorer modererer sammenhængen mellem ensomhed og dårligt helbred, således at sammenhængen er stærkere i nogle befolkningsgrupper end andre. Vores viden om faktorer, der modererer sammenhængen mellem ensomhed og helbred, er dog forsat begrænset.

Formål med analysen

Denne analyse beskriver – på baggrund af data fra 2017 - forekomsten af ensomhed i Danmark og identificerer befolkningsgrupper, der er særligt udsatte for ensomhed. Konkret estimeres: 1) Forekomsten af ensomhed i befolkningen, 2) Forekomsten af ensomhed i forskellige livsfaser og 3) Forekomsten af ensomhed i forskellige befolkningsgrupper – opgjort i forhold til demografiske faktorer, uddannelse og beskæftigelse, sociale forhold og helbred.

Resultaterne fra denne analyse kan understøtte udviklingen af målrettede indsatser til befolkningsgrupper, som synes kendetegnet ved en højere forekomst af ensomhed, danne grundlag for kampagneaktiviteter, der skal øge befolkningens viden om ensomhed, og synliggøre arenaer, der kan anvendes ved rekruttering af borgere til indsatser vedrørende afhjælpning af ensomhed.

Metode

Der anvendes data fra sundhedsprofilundersøgelsen "Hvordan har du det?" fra 2017. Den nationale sundhedsprofil bygger på data, som indsamles af de fem regioner og Statens Institut for Folkesundhed. Mange spørgsmål er identiske på tværs af regionerne og Statens Institut for Folkesundhed (betegnes 'nationale spørgsmål'). Derudover kan hver af de seks parter vælge at medtage andre spørgsmål, der ikke nødvendigvis indgår i de andre parters undersøgelser. Denne analyse bygger på data, som er indsamlet af Region Midtjylland (35), Region Nordjylland (34), Region Sjælland (33) og Region Hovedstaden (36). I de fire regioner indgik i 2017 tre spørgsmål om ensomhed (T-ILS) og en række andre fælles spørgsmål (beskrevet nedenfor). De tre spørgsmål om ensomhed indgik i 2017 ikke som nationale spørgsmål, og i Region Syddanmarks sundhedsprofilundersøgelse blev spørgsmålene ikke medtaget.

Spørgeskemaundersøgelsen er baseret på en stikprøveudvælgelse blandt personer, der per januar 2017 havde folkeregisteradresse i en af de fire regioner og var i alderen 16 år og derover. I alt 228.550 personer blev inviteret til at udfylde et spørgeskema. Stikprøverne blev udtrukket fra CPR-registeret. Personer, der indgik i stikprøven, var tilfældigt udtrukket i forhold til køn, alder, uddannelsesniveau, etnicitet og andre faktorer. Data blev indsamlet ved brug af en kombination af digital post og fysisk post. I følgebrevet til spørgeskemaet blev det gjort klart, at deltagelse i undersøgelsen var frivillig, og at alle svar ville blive behandlet fortroligt. Denne analyse bygger på data fra 129.319 personer, som deltog i undersøgelsen i de fire regioner. Svarprocenten var 57.

For at øge repræsentativiteten i forhold til de fire regioners befolkning anvendes vægtning i de statistiske analyser. Vægten korrigerer for forskelle i udtrækssandsynligheder i forhold til bopælskommune og for forskelle i responsrate i forhold til køn, alder, kommune og en række sociale og helbredsrelaterede variable. Der tages forbehold for, at bl.a. alvorligt syge og svækkede, hjemløse, socialt udsatte og personer, der ikke forstår dansk, i mange tilfælde ikke har kunnet deltage i undersøgelsen. Disse grupper formodes derfor at være underrepræsenterede i undersøgelsen, hvilket den anvendte vægt kun i nogen grad forventes at kunne korrigere for.

Det er en begrænsning ved denne analyse, at der ikke inkluderes data fra hele Danmark, men kun fra Region Nordjylland, Region Midtjylland, Region Sjælland og Region Hovedstaden. Region Syddanmarks demografi (køn, gennemsnitsalder, samlivsstatus og statsborgerskab) adskilte sig i 2017 (første kvartal) ikke meget fra den danske befolkning. Gennemsnitsalderen i Region Syddanmark var lidt højere end i hele befolkningen (49,2 år vs. 48,0 år), andelen af gifte var lidt større end i hele befolkningen (47,6 % vs. 45,4 %), og andelen af danske statsborgere var lidt større end i hele befolkningen (92,7 % vs. 91,3 %) (73,74). Endvidere er variationen i forekomsten af ensomhed lille imellem de fire øvrige regioner (<1 procentpoint; se Tabel 2). Derfor antages det, at forekomsten af ensomhed i Region Syddanmark svarer nogenlunde til gennemsnittet for de fire øvrige regioner.

Forekomsten af ensomhed, som er opgjort for befolkningen i de fire regioner, formodes derfor at beskrive forekomsten af ensomhed i Danmark. Ved beregning af befolkningstal for Danmark er tallet opjusteret, så befolkningen i Region Syddanmark medregnes. Dernæst er befolkningstallet – grundet manglende data fra Region Syddanmark – afrundet nedad til nærmeste 10.000 i befolkningen og nærmeste 5.000 i aldersgrupper (de ældste ældre undtaget). På denne måde estimeres befolkningstal, der angiver antallet af ensomme i Danmark i aldersgruppen 16 år og opefter primo 2017.

Variable

Ensomhed

Ensomhed belyses ved skalaen: 'the Three-Item Loneliness Scale' (T-ILS). Følgende tre spørgsmål indgår: 1) 'Hvor ofte føler du dig isoleret fra andre?', 2) 'Hvor ofte føler du, at du savner nogen at være sammen med?' og 3) 'Hvor ofte føler du dig udenfor¹?'. Skalaen er som nævnt udviklet til brug i større befolkningsundersøgelser (26). Svarmulighederne er 1) sjældent, 2) en gang imellem og 3) ofte. Tilsammen danner spørgsmålene en skala range-rende fra 3 til 9. En høj score indikerer en høj grad af ensomhed. Som anbefalet er svarpersoner medtaget i analysen, såfremt de har besvaret mindst to af de tre spørgsmål (75). 7.061 af svarpersonerne havde højst besvaret ét spørgsmål på T-ILS og indgår derfor ikke i analysen.

Der er i litteraturen anvendt forskellige metoder til at identificere forekomsten af ensomhed (1). Grundet manglende konsensus og manglende validering af skalaens cut-off vælges en konservativ tilgang til estimering af ensomhed. Således defineres en minimumsscore på 7 som 'ensomhed'. For at blive klassificeret som ensom skal man som minimum have svaret 'ofte' på et af de tre spørgsmål og 'en gang imellem' til de andre spørgsmål eller 'ofte' på to af de tre spørgsmål og 'sjældent' på det tredje spørgsmål. Metoden er bl.a. anvendt i et tysk studie (76) og i befolkningsstudier fra Region Midtjylland (1,35). Den vurderes anvendelig til at identificere personer, der er karakteriseret ved, at de ofte føler sig ensomme.

Det skal holdes for øje, at T-ILS ikke angiver nogen tidsperiode, hvorfor det på baggrund af skalaen ikke er muligt at skelne skarpt mellem vedvarende og forbigående følelser af ensomhed. Studier viser dog, at følelsen af ensomhed generelt set er stabil over tid (77-79), og at der er en sammenhæng mellem målinger af vedvarende følelser af ensomhed og forbigående følelser af ensomhed (80,81).

Befolkningsgrupper

I det nedenstående beskrives de variable, der indgår i analysen.

Demografi

Køn. Køn opgøres som udgangspunkt på baggrund af registerdata. I de tilfælde, hvor svarpersonen selvrapporterer et andet køn end cpr-nummeret indikerer, benyttes selvrapporteret køn.

Alder. Der skelnes i analysen mellem unge (16-29 år), yngre voksne (30-44 år), midaldrende voksne (45-64 år), yngre ældre (65-79 år) og de ældste ældre (80+ år).

Etnisk baggrund. Etnisk baggrund opgøres på baggrund af registerdata. Der skelnes imellem 1) dansk etnisk baggrund, 2) anden etnisk baggrund end dansk (vestlig) og 3) anden etnisk baggrund end dansk (ikke-vestlig).

Uddannelse og beskæftigelse

Uddannelsesniveau. Uddannelsesniveau er opgjort på baggrund af selvrapporterede oplysninger omhandlende skoleuddannelse, erhvervsuddannelse og videregående uddannelse. Der skelnes imellem tre niveauer: 1) lavt uddannelsesniveau, 2) middelhøjt uddannelsesniveau

¹ I Region Midtjyllands udgave af sundhedsprofilundersøgelsen "Hvordan har du det?" fra 2013 lød dette spørgsmål: "Hvor ofte føler du dig holdt udenfor?" Dette spørgsmål blev i 2017 ændret til: "Hvor ofte føler du dig udenfor?" Det reviderede spørgsmål vurderes at være mere dækkende end det oprindelige i forhold til ensomhedsbegrebet (10,11), som fremhæver den enkeltes subjektive oplevelse og ikke lægger vægt på andres sociale ageren (at holde nogen udenfor).

og 3) højt uddannelsesniveau. Lavt uddannelsesniveau: har ikke fuldført en uddannelse ud over grundskolen. Middelhøjt uddannelsesniveau: har en gymnasial uddannelse, en erhvervsfaglig uddannelse eller en kort videregående uddannelse. Højt uddannelsesniveau: har en mellemlang eller lang videregående uddannelse.

Beskæftigelsesstatus. Beskæftigelsesstatus er opgjort på baggrund af selvrapporterede oplysninger. Der skelnes mellem fire grupper: 1) 'Under uddannelse', 2) 'I arbejde', 3) 'Arbejdsløs mv.' og 4) 'Pensionist'. Under uddannelse: Er i gang med en uddannelse eller grundskole. I arbejde: Er i arbejde og ikke under uddannelse. Personer der både er under uddannelse og i arbejde placeres i 'Under uddannelse'. Arbejdsløs mv.: Alle under 62 år, der hverken er i arbejde eller under uddannelse. Gruppen inkluderer udover arbejdsløse andre, der ikke er i beskæftigelse eller under uddannelse (bl.a. førtidspensionister og selvforsørgede). Pensionist: Alle i alderen 62 år og opefter, der ikke er i arbejde eller under uddannelse.

Sociale forhold

Samlivsstatus. Samlivsstatus er opgjort ved at kombinere svarpersonens egne oplysninger, om hvorvidt han eller hun bor sammen med en ægtefælle, samlever eller kæreste, med registeroplysninger fra CPR-registeret om civilstand. Samlivsstatus grupperes i følgende fem grupper: 1) 'Gift': Er ifølge CPR-registeret gift eller i registreret parforhold. 2) 'Samlevende': Angiver at bo sammen med en ægtefælle, samlever eller kæreste, men er ifølge CPR-registeret ikke gift eller i registreret parforhold. 3) 'Enkestand': Er ifølge CPR-registeret enke eller enkemand og angiver ikke at være samlevende. 4) 'Fraskilt': Er ifølge CPR-registeret skilt eller separeret og angiver ikke at være samlevende. 5) 'Ugift': Er ifølge CPR-registeret ugift og angiver ikke at være samlevende.

Der inkluderes tre variable for hyppigheden af social kontakt. Med kontakt menes, at man er fysisk sammen, taler i telefon sammen eller skriver til hinanden.

Kontakt med familie. Det opgøres, hvor hyppigt deltagerne har kontakt med familie, som de ikke bor sammen med. Der skelnes mellem 1) månedlig kontakt eller oftere og 2) sjældnere end én gang om måneden eller aldrig. I alt 8 % er sjældnere end én gang om måneden i kontakt med familie, som de ikke bor sammen med.

Kontakt med venner. Det opgøres, hvor hyppigt deltagerne har kontakt med venner. Der skelnes mellem 1) månedlig kontakt eller oftere og 2) sjældnere end én gang om måneden eller aldrig. I alt 9 % er sjældnere end én gang om måneden i kontakt med venner.

Kontakt med beboere i lokalområdet. Det opgøres, hvor hyppigt deltagerne har kontakt med naboer eller beboere i lokalområdet. Der skelnes mellem 1) månedlig kontakt eller oftere og 2) sjældnere end én gang om måneden eller aldrig. I alt 38 % er sjældnere end én gang om måneden i kontakt med naboer eller beboere i lokalområdet.

Kronisk sygdom

Sygdomme. På baggrund af et spørgebatteri udviklet af WHO angives en række kroniske sygdomme (35,82). I analysen medtages 16 sygdomme, der hver især antages at bidrage væsentligt til sygdomsbyrden i befolkningen, enten fordi de er årsag til mange dødsfald, eller fordi de fører til nedsat livskvalitet og funktionsevne hos store grupper af borgere. Ved hver af de 16 sygdomme er der spurgt, om man har sygdommen nu, eller om man har haft den tidligere. Hvis man har haft den tidligere, er der spurgt til, om man fortsat har eftervirkninger af sygdommen. Ved de fleste af sygdommene medtages kun aktuel sygdom, men ved hjerte-kar-sygdomme og kræft er eftervirkninger medtaget i opgørelsen. Det skyldes, at det ved disse sygdomme kan være vanskeligt at skelne præcist mellem selve sygdommene og eftervirkninger heraf.

Følgende sygdomme er inkluderet i analysen:

- Astma
- Allergi
- Diabetes
- Blodprop i hjertet (inkl. eftervirkninger)
- Hjertekrampe (inkl. eftervirkninger)
- Hjerneblødning (inkl. eftervirkninger)
- KOL
- Slidgigt
- Leddegigt
- Knogleskørhed
- Kræft (inkl. eftervirkninger)
- Migræne eller hyppig hovedpine
- Diskusprolaps eller andre rygsygdomme
- Grå stær
- Tinnitus
- Længerevarende psykisk lidelse

Multisygdom. Der sondres mellem hvor mange af de 16 sygdomme, svarpersonerne har (0, 1, 2, 3 eller 4+ sygdomme).

Statistisk metode

Forud for dataanalysen blev de skalamæssige egenskaber af T-ILS belyst. I tråd med tidligere studier (17,26) havde T-ILS en tilfredsstillende intern reliabilitet (Cronbach's alpha = .81). Dette fund var konsistent på tværs af de fem aldersgrupper (Cronbach's alpha = .79-.83). I tråd hermed var der en høj korrelation mellem de tre spørgsmål og totalscoren ($r > .84$). Endvidere blev der foretaget en Mokken-skalering (83), der er en psykometrisk analysemetode, som baserer sig på principperne for ikke-parametrisk Item Response Theory. Mokken-skalering kan belyse, om et antal udsagn har en endimensionel karakter. Ved fortolkning af analysen anses en Loevinger's H koefficient på > 0.5 som indikation på, at skalaen er stærk; det vil sige endimensionel og med udsagn, der har en god diskriminationsevne (84). Mokken-skaleringen indikerede, at T-ILS er en stærk endimensionel skala (Loevinger's H koefficient = .65) (83). Dette fund var konsistent på tværs af de fem aldersgrupper (Loevinger's H koefficient = .62-.65). Mokken-skaleringen pegede endvidere på, at alle tre udsagn er tydeligt knyttet til skalaen. Det er ikke som led i dette studie muligt at foretage en fyldestgørende analyse af T-ILS' skalamæssige kvaliteter.

Forekomsten af ensomhed (%) beregnes på befolkningsniveau blandt alle i alderen 16 år og oppefter. På den baggrund estimeres antallet af ensomme i den danske befolkning og inden for de fem overordnede aldersgrupper. Dernæst beregnes forekomsten af ensomhed i befolkningen og i de fem aldersgrupper i forhold til køn, etnisk baggrund, uddannelsesniveau, beskæftigelsesstatus, samlivsstatus og hyppighed af kontakt med henholdsvis familie, venner og beboere i lokalområdet. Derudover beregnes forekomsten af ensomhed for hver af de 16 sygdomsgrupper og i forhold til multisygdom.

Logistisk regression anvendes til at teste modeller, som belyser hvilke faktorer, der er associeret med ensomhed i befolkningen og i de fem aldersgrupper ved brug af odds ratios. Odds ratio er et ofte anvendt mål for sammenhængen mellem to variable. Hvis odds ratioen er større end 1 og markeret med en stjerne, betyder det, at forekomsten af ensomhed i den aktuelle gruppe er signifikant større end i referencegruppen for den betragtede variabel. Hvis OR er mindre end 1 og markeret med en stjerne, er forekomsten af ensomhed i den aktuelle

gruppe signifikant mindre end i referencegruppen for den betragtede variabel. I disse regressionsanalyser er der justeret for den variation, der må tilskrives sociodemografi (alder, køn, etnisk baggrund, uddannelsesniveau, beskæftigelsesstatus og samlivsstatus).

Resultater

Forekomsten af ensomhed

I Tabel 1 ses forekomsten af ensomhed (%) i henholdsvis hele befolkningen og de fem overordnede aldersgrupper samt de estimerede befolkningstal. Forekomsten af ensomhed er cirka 8 %, hvilket omregnet til befolkningstal svarer til cirka 380.000 personer i Danmark (74).

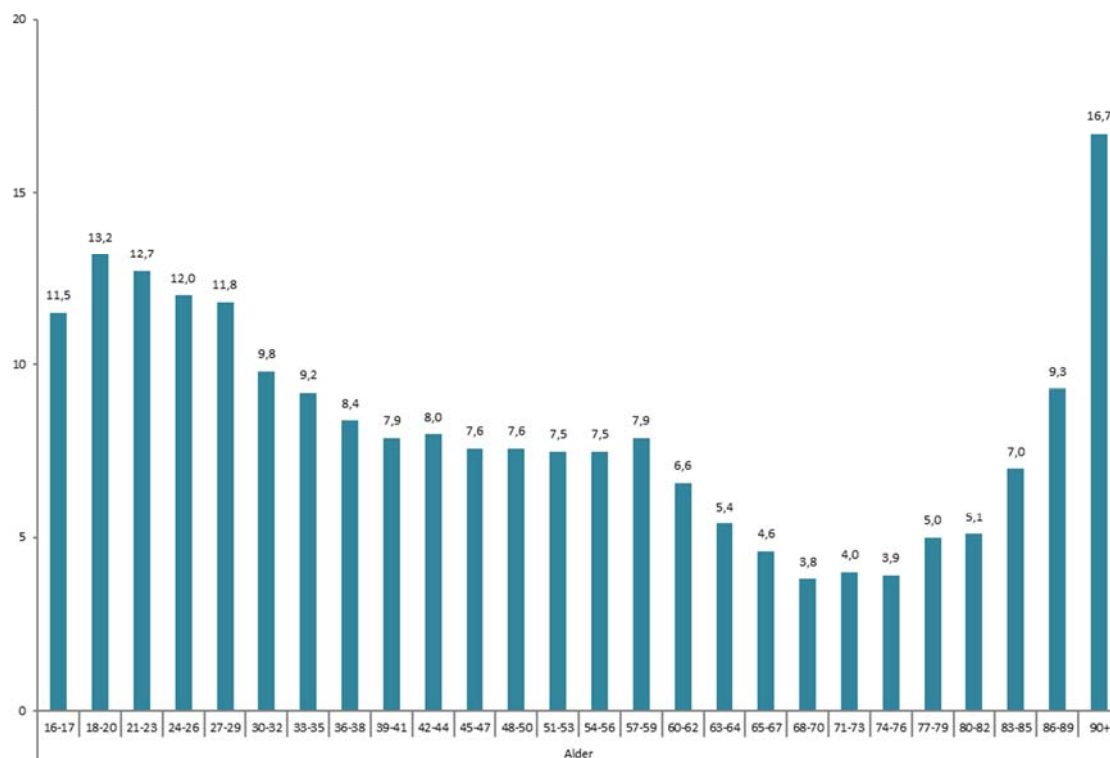
Tabel 1. Forekomsten af ensomhed blandt alle 16+-årige og i fem aldersgrupper

	Forekomst af ensomhed (%)*	Anslået antal personer, der føler sig ensomme**
Alle (16+ år)	8,2	380.000
16-29 år	12,3	125.000
30-44 år	8,6	90.000
45-64 år	7,3	110.000
65-79 år	4,2	35.000
80+-årige	7,9	20.000

* Baseret på data fra Region Nordjylland, Region Midtjylland, Region Sjælland og Region Hovedstaden.

** Estimeret på baggrund af befolkningstal fra 2017 fra Danmarks Statistik.

Figur 1. Ensomhed i befolkningen* – alder



* Baseret på data fra Region Nordjylland, Region Midtjylland, Region Sjælland og Region Hovedstaden.

I Figur 1 ses forekomsten af ensomhed i forskellige, mindre aldersgrupper. Som det fremgår, ses den højeste forekomst blandt de 90+ årige (16,7 %). Endvidere ses en høj forekomst blandt de 16-29-årige (11,5 %-13,2 %). Den laveste forekomst af ensomhed ses blandt 68-76-årige (3,8 %-4 %). Samtidig ses en tiltagende og markant stigning i forekomsten af ensomhed i den sene alderdom.

Tabel 2. Forekomsten af ensomhed i de fire inkluderede regioner (16+-årige)

	Forekomst af ensomhed (%)
Danmark*	8,2
Region Nordjylland	8,3
Region Midtjylland	7,7
Region Sjælland	8,6
Region Hovedstaden	8,2

* Baseret på data fra Region Nordjylland, Region Midtjylland, Region Sjælland og Region Hovedstaden.

I Tabel 2 ses forekomsten af ensomhed i de fire inkluderede regioner. Der er ingen væsentlig variation i forekomsten af ensomhed. Forekomsten i Region Midtjylland er dog signifikant mindre end i hele befolkningen (7,7 % vs. 8,2 %), mens de tre andre regioner ikke adskiller sig signifikant fra befolkningen (ikke vist).

Ensomhed – Sociodemografi og sociale forhold

Tabel 3 viser forekomsten af ensomhed fordelt på køn, etnisk baggrund, uddannelsesniveau, beskæftigelsesstatus, samlivsstatus og hyppigheden af sociale kontakter med familie, venner og beboere i lokalområdet. I tabellen ses også resultaterne af de logistiske regressionsanalyser. I disse analyser justeres der ved hver variabel for den variation, som skal tilskrives alder, køn, etnisk baggrund, uddannelsesniveau, beskæftigelsesstatus og samlivsstatus. Til venstre i tabellen ses en analyse for hele befolkningen, og til højre herfor ses analyserne for de fem overordnede aldersgrupper. Statistisk signifikante fund er markeret med en stjerne (*). Som det fremgår, er der betydelige forskelle i forekomsten af ensomhed i forhold til sociodemografiske og sociale forhold.

Hele befolkningen (16+ år). Som nævnt er forekomsten af ensomhed i befolkningen cirka 8 %. I befolkningen ses det, at forekomsten af ensomhed er en smule større blandt kvinder end blandt mænd. Med hensyn til etnisk baggrund er der en større andel, der føler sig ensomme, blandt personer der ikke har en dansk etnisk baggrund (vestlig eller ikke-vestlig), end det er tilfældet blandt personer med dansk etnisk baggrund. I forhold til uddannelsesniveau og beskæftigelsesstatus ses der også forskelle mellem grupperne. Andelen, der føler sig ensomme, er større blandt personer med lavt og middelhøjt uddannelsesniveau end blandt personer med et højt uddannelsesniveau, og mere end hver femte arbejdsløse person føler sig ensom, hvor det kun gælder for hver tyvende, der er i arbejde eller er pensionist. Der ses endvidere en relativ lav forekomst af ensomhed hos gifte personer, og andelen, der føler sig ensomme, er over dobbelt så stor hos personer, der lever alene (enkestand, fraskilte og ugifte). Endelig ses det, at personer, der sjældnere end én gang om måneden har kontakt med familie, venner eller beboere i lokalområdet i langt højere grad føler sig ensomme end de, der hyppigere har kontakt. Dette gælder i særlig grad personer, der sjældent har kontakt med venner. Cirka hver femte person, der føler sig ensom, har sjældent kontakt med familie, som de ikke bor sammen med, mens cirka hver fjerde person, der føler sig ensom, sjældent har kontakt med venner (ikke vist).

16-29-årige. Blandt de unge i alderen 16-29 år er forekomsten af ensomhed cirka 12 %. Opfølgelsen for de unge viser, at den mindre kønsforskel, som ses for hele befolkningen, i høj grad bæres af, at der er flere yngre kvinder, der føler sig ensomme, end det er tilfældet for yngre mænd. Dette afspejler i særdeleshed, at markant flere 16-20-årige kvinder end mænd føler sig ensomme (jf. Bilag A). Andelen, der føler sig ensomme, er større blandt unge med anden etnisk baggrund end dansk end blandt unge med dansk etnisk baggrund. Endvidere er der en markant større andel, der er ensomme, blandt de unge, der hverken er i arbejde eller under uddannelse, end det er tilfældet blandt unge, der er i arbejde eller under uddannelse. Mere end hver femte ung, der hverken er i arbejde eller under uddannelse, føler sig ensom, mens det gælder for omkring hver tiende, der er under uddannelse eller i arbejde. I forhold til samlivsstatus ses en højere forekomst af ensomhed blandt unge, der ikke er gift eller samlevende. Endelig ses det, at unge personer, der sjældnere end én gang om måneden har kontakt med familie, venner eller beboere i lokalområdet, i langt højere grad føler sig ensomme end de, der hyppigere har kontakt. Forekomsten af ensomhed er særlig høj hos de unge, der sjældent har kontakt med venner (38 %). Det er kun 4 % af hele ungegruppen, der sjældnere end månedligt er i kontakt med venner, mens den tilsvarende andel udgør 13 % af de unge, der føler sig ensomme (ikke vist).

30-44-årige. Blandt de yngre voksne i alderen 30-44 år er forekomsten af ensomhed cirka 9 %. I denne aldersgruppe ses ingen signifikant kønsforskel. Andelen af ensomme er større blandt yngre voksne med anden etnisk baggrund, end det er tilfældet blandt personer med dansk etnisk baggrund. I forhold til uddannelsesniveau og beskæftigelsesstatus ses det, at forekomsten af ensomhed er stor blandt personer med lavt uddannelsesniveau og arbejdsløse. Ligeledes er andelen af ensomme markant større blandt fraskilte og ugifte end blandt dem, der er gift eller samlevende (jf. Bilag B). Endelig ses det, at yngre voksne, der sjældnere end én gang om måneden har kontakt med familie, venner eller beboere i lokalområdet, i langt højere grad føler sig ensomme end de, der hyppigere har kontakt.

45-64-årige. Blandt de midaldrende voksne i alderen 45-64 år er forekomsten af ensomhed cirka 7 %. I denne aldersgruppe er der ingen signifikant forskel mellem mænd og kvinder i forhold til hvor mange, der føler sig ensomme. Andelen af ensomme er større blandt midaldrende voksne med en anden etnisk baggrund, end det er tilfældet blandt personer i samme aldersgruppe med dansk etnisk baggrund. Forekomsten af ensomhed er større blandt personer med lavt og mellemhøjt uddannelsesniveau end blandt personer med højt uddannelsesniveau i denne aldersgruppe. Forekomsten af ensomhed er endvidere særlig stor blandt de arbejdsløse. Endvidere er andelen af ensomme markant større blandt de personer, der ikke bor sammen med en partner (enkestand, fraskilte og ugifte). Endelig ses det, at også midaldrende voksne, der sjældnere end én gang om måneden har kontakt med familie, venner eller beboere i lokalområdet, i langt højere grad føler sig ensomme end de, der hyppigere har kontakt.

65-79-årige. Blandt de yngre ældre i alderen 65-79 år er forekomsten af ensomhed cirka 4 %, og det er således i denne aldersgruppe, at færrest føler sig ensomme. Der ses ingen signifikant forskel mellem mænd og kvinder i forhold til hvor mange, der føler sig ensomme. Til gengæld er der en større andel blandt personer med ikke-vestlig etnisk baggrund, der føler sig ensomme, end det er tilfældet for personer med dansk etnisk baggrund. Forekomsten af ensomhed er større blandt personer med lavt uddannelsesniveau og i forhold til beskæftigelsesstatus ses det, at det mindretal, der stadig er i arbejde, har en relativ lav forekomst af ensomhed sammenlignet med dem, der er gået på pension. Andelen af ensomme er mere end dobbelt så stor blandt de personer, der ikke bor sammen med en partner (enkestand, fraskilte og ugifte), end det er tilfældet for personer, der er gift eller samlevende. Endelig ses

det, at yngre ældre, der sjældnere end én gang om måneden har kontakt med familie, venner eller beboere i lokalområdet, i langt højere grad føler sig ensomme end de, der hyppigere har kontakt.

80+-årige. Blandt de ældste ældre, der er 80 år eller derover, er forekomsten af ensomhed cirka 8 %. Som beskrevet ovenfor stiger forekomsten af ensomhed med alderen (Figur 1). Der ses en tendens til, at flere kvinder end mænd i denne aldersgruppe føler sig ensomme (jf. Bilag A), men forskellen er ikke signifikant, når der tages højde for de øvrige sociodemografiske variable. Der er heller ikke en signifikant forskel i forhold til etnisk baggrund, uddannelsesniveau og beskæftigelsesstatus (næsten alle er pensionister). Det skal bemærkes, at datamaterialet ikke er tilstrækkeligt stort til at kunne belyse forekomsten af ensomhed hos de ældste ældre med ikke-vestlig baggrund. Andelen af ensomme er markant større blandt de ældre, der ikke bor sammen med en partner (enkestand og fraskilte), end det er tilfældet for personer, der er gift eller samlevende. Endelig ses det, at de ældste ældre, der sjældnere end én gang om måneden har kontakt med familie, venner eller beboere i lokalområdet, i langt højere grad føler sig ensomme end de, der hyppigere har kontakt.

Table 3. Ensomhed i befolkningen (16+ år) - Sociodemografi og sociale forhold

	Hele befolkningen			Opdelt i aldersgrupper														
	16+ år (n=129.319)			16-29 år (n=19.890)			30-44 år (n=24.960)			45-64 år (n=47.367)			65-79 år (n=30.526)			80+ år (n=6.576)		
	Pct	OR ^a	n	Pct	OR ^a	n	Pct	OR ^a	n	Pct	OR ^a	n	Pct	OR ^a	n	Pct	OR ^a	n
Alle	8,2			12,3			8,6			7,3			4,2			7,9		
Køn																		
Mand (ref.)	7,4	1	59238	10,0	1	8565	8,5	1	10886	7,0	1	21837	3,8	1	15009	6,0	1	2941
Kvinde	8,9	1,13*	70081	14,4	1,50*	11325	8,7	1,02	14074	7,5	0,93	25530	4,5	0,88	15517	9,3	1,11	3635
Etnisk baggrund																		
Dansk (ref.)	7,2	1	118862	11,3	1	17497	7,5	1	21623	6,3	1	44121	4,0	1	29277	7,7	1	6344
Anden vestlig	12,4	1,91*	4303	18,4	1,80*	767	10,9	1,64*	1198	11,9	2,22*	1345	5,4	1,39	816	9,9	1,45	177
Ikke-vestlig	15,3	2,04*	6154	15,9	1,47*	1626	14,5	1,87*	2139	16,9	2,55*	1901	10,2	2,73*	433	–	–	55
Uddannelsesniveau																		
Lavt	11,5	1,40*	18136	–	–	4859	18,9	2,00*	1493	10,7	1,24*	5060	5,2	1,55*	5044	9,2	1,22	1680
Middelhøjt	7,7	1,24*	54405	–	–	8279	8,7	1,39*	9313	6,6	1,13*	21742	3,7	1,16	12928	7,5	1,16	2143
Højt (ref.)	6,1	1	41917	–	–	4128	6,0	1	11688	5,5	1	16186	3,2	1	2724	6,3	1	1259
Beskæftigelsesstatus																		
Under uddannelse	12,3	1,50*	13601	12,2	1,37*	10444	13,1	1,99*	1974	11,6	2,19*	1007	7,3	1,67	138	–	–	38
I arbejde (ref.)	5,3	1	63793	8,9	1	5768	5,6	1	19198	4,2	1	35340	2,3	1	3373	3,7	1	114
Arbejdsløs mv.	22,7	3,79*	9546	22,4	2,80*	2009	24,8	3,78*	2257	21,6	4,54*	5280	–	–	0	–	–	0
Pensionist mv.	5,4	0,97	36887	–	–	0	–	–	0	7,5	2,12*	3663	4,3	1,71*	26800	7,9	1,48	6424
Samlivsstatus																		
Gift (ref.)	4,2	1	70362	10,3	1	1368	5,3	1	13912	4,2	1	31232	2,4	1	21012	3,8	1	2838
Samlevende (ikke gift)	7,1	1,55*	18786	9,3	1,15	5576	6,3	1,25*	5659	5,7	1,40*	5835	2,9	1,25	1524	3,4	0,75	192
Enkestand	9,5	2,92*	6936	–	–	<10	–	–	25	13,2	3,34*	811	7,3	3,26*	3513	10,9	2,33*	2586
Fraskilt	12,3	2,96*	9165	–	–	34	15,2	2,84*	1179	14,1	3,21*	4618	8,1	3,66*	2897	8,7	2,28*	437
Ugift	15,0	2,98*	18561	14,1	1,92*	10371	19,0	3,58*	3210	16,0	3,59*	3698	7,8	3,41*	1120	8,3	1,74	162
Kontakt med familie																		
Månedligt eller oftere (ref.)	7,1	1	113710	11,4	1	16564	7,6	1	22114	6,0	1	41953	3,3	1	27320	7,5	1	5759
Sjældnere end én gang om måneden	19,6	2,53*	8911	21,9	2,11*	1644	22,6	2,40*	1344	20,2	2,91*	3433	13,2	4,15*	2068	13,5	2,17*	422
Kontakt med venner																		
Månedligt eller oftere (ref.)	6,7	1	111430	11,1	1	17469	7,1	1	21631	5,4	1	40899	3,1	1	26438	5,5	1	4993
Sjældnere end én gang om måneden	23,0	4,67*	10472	38,3	4,93*	728	25,7	4,10*	1782	22,9	4,74*	4329	14,0	5,53*	2669	18,7	3,49*	964
Kontakt med beboere i lokalområdet																		
Månedligt eller oftere (ref.)	5,4	1	75397	9,0	1	11223	5,8	1	15137	4,2	1	28107	2,8	1	17671	5,5	1	3259
Sjældnere end én gang om måneden	12,6	2,31*	45620	17,6	2,23*	6926	13,6	2,20*	8225	12,1	2,65*	16984	6,3	2,09*	10988	11,2	2,17*	2497

^a Justeret for køn, alder, etnisk baggrund, uddannelsesniveau, beskæftigelsesstatus og samlivsstatus

OR = Odds ratio

ref.=Referencegruppe

* Signifikant sammenhæng

Ensomhed – Kronisk sygdom og multisygdom

Hele befolkningen (16+ år). I hele befolkningen ses det, at forekomsten af ensomhed er større blandt personer med kronisk sygdom end blandt personer uden kronisk sygdom (Tabel 4). Når der tages højde for den variation, der kan tilskrives sociodemografiske faktorer (køn, alder, etnisk baggrund, uddannelsesniveau, beskæftigelsesstatus og samlivsstatus), ses der større forekomster blandt personer med blodprop i hjertet, hjertekrampe, hjerneblødning, KOL, leddegigt, migræne, diskusprolaps, tinnitus og længerevarende psykisk lidelse (OR>1,50). Personer, der angiver at de har én af disse sygdomme, har mere end halvanden gang større sandsynlighed for at føle sig ensom end en person, der ikke har den pågældende sygdom. Særlig stor er forekomsten blandt personer med en længerevarende psykisk lidelse, hvor hver tredje føler sig ensom. Cirka hver fjerde, der føler sig ensom, har en længerevarende psykisk lidelse (ikke vist). I forhold til multisygdom ses en gradient, idet andelen, der føler sig ensomme, stiger med antallet af kroniske sygdomme. Cirka hver sjette person med mindst fire kroniske sygdomme føler sig ensom. Gradienten ses i alle fem aldersgrupper.

16-29-årige. Blandt de unge i alderen 16-29 år er der en signifikant større andel, der føler sig ensomme, blandt dem, der har kronisk sygdom end blandt dem, der ikke har kronisk sygdom. Især unge med hjertekrampe, slidgigt, leddegigt, migræne, tinnitus og længerevarende psykisk lidelse har en større sandsynlighed (OR>1,50) for at føle sig ensomme sammenlignet med unge, der ikke har disse kroniske sygdomme.

30-44-årige. Blandt de yngre voksne i alderen 30-44 år er det især personer med KOL, kræft, migræne, tinnitus og længerevarende psykisk lidelse, der har en større sandsynlighed (OR>1,50) for at føle sig ensomme sammenlignet med yngre voksne, der ikke har disse kroniske sygdomme.

45-64-årige. Blandt de midaldrende voksne i alderen 45-64 år er det især personer med blodprop i hjertet, hjertekrampe, hjerneblødning, KOL, leddegigt, migræne, diskusprolaps, tinnitus og længerevarende psykisk lidelse, der har en større sandsynlighed (OR>1,50) for at føle sig ensomme sammenlignet med midaldrende voksne, der ikke har disse kroniske sygdomme.

65-79-årige. Blandt de yngre ældre i alderen 65-79 år er der en sammenhæng mellem følelsen af ensomhed og de fleste af de 16 kroniske sygdomme, der er medtaget i denne analyse. Det er især personer med astma, allergi, blodprop i hjertet, hjertekrampe, hjerneblødning, KOL, leddegigt, knogleskørhed, migræne, diskusprolaps, tinnitus og længerevarende psykisk lidelse, der har en større sandsynlighed (OR>1,50) for at føle sig ensomme sammenlignet med yngre ældre, der ikke har disse kroniske sygdomme.

80+-årige. Blandt de ældste ældre, der er 80 år eller derover, ses en sammenhæng med ensomhed i nogle sygdomsgrupper, mens det ikke er tilfældet i andre grupper. Det er især personer med hjerneblødning, migræne, diskusprolaps og længerevarende psykisk lidelse, der har en større sandsynlighed (OR>1,50) for at føle sig ensomme sammenlignet med ældre, der ikke har disse kroniske sygdomme.

Tabel 4. Ensomhed i befolkningen (16+ år) - Sygdomme

	Hele befolkningen			Opdelt i aldersgrupper														
	16+ år (n=129.319)			16-29 år (n=19.890)			30-44 år (n=24.960)			45-64 år (n=47.367)			65-79 år (n=30.526)			80+ år (n=6.576)		
	Pct	OR ^a	n	Pct	OR ^a	n	Pct	OR ^a	n	Pct	OR ^a	n	Pct	OR ^a	n	Pct	OR ^a	n
Alle	8,2			12,3			8,6			7,3			4,2			7,9		
Sygdomme																		
Astma	11,6	1,36*	7233	14,8	1,26*	1114	13,4	1,44*	1317	11,6	1,37*	2786	6,4	1,53*	1680	8,7	1,12	336
Allergi	9,7	1,19*	23652	12,9	1,07	4544	9,7	1,24*	5726	8,4	1,15*	9026	6,3	1,69*	3788	8,0	0,98	568
Diabetes	9,8	1,32*	7064	19,0	1,60	154	12,3	0,92	367	12,8	1,41*	2519	5,7	1,29*	3248	10,4	1,35	776
Blodprop i hjertet	11,5	1,52*	1592	–	–	32	–	–	40	16,1	1,59*	507	7,3	1,69*	747	12,0	1,60	266
Hjertekrampe	16,6	2,19*	2355	22,0	2,14*	139	21,4	1,72	139	21,8	2,23*	812	10,6	2,87*	921	11,4	1,42	344
Hjerneblødning	13,6	1,76*	2213	–	–	49	–	–	91	18,5	1,56*	730	7,6	1,98*	936	16,1	2,54*	407
KOL	13,3	1,77*	5269	16,7	1,47	146	27,0	1,76*	179	17,3	1,69*	1747	9,1	2,38*	2467	9,1	1,36	730
Slidgigt	8,6	1,31*	27922	20,3	1,88*	295	13,4	1,41*	1597	10,1	1,35*	11708	5,2	1,46*	11461	8,7	1,12	2861
Leddegigt	12,9	1,63*	7877	23,4	2,06*	188	14,6	1,13	614	15,3	1,55*	3407	8,0	2,07*	2910	11,2	1,42*	758
Knogleskørhed	10,5	1,34*	4885	–	–	50	19,6	1,10	101	13,2	1,17	1357	7,2	1,80*	2483	11,1	1,27	894
Kræft	9,1	1,38*	4637	–	–	66	17,6	1,72*	213	11,5	1,44*	1591	5,8	1,47*	2220	8,5	1,29	547
Migræne eller hyppig hovedpine	14,4	1,89*	15998	19,1	1,84*	2735	13,9	1,72*	4211	13,0	1,71*	6878	10,4	2,95*	1896	12,0	1,76*	278
Diskusprolaps eller andre rygsygdomme	12,6	1,57*	11373	16,6	1,38*	645	14,4	1,41*	1787	13,7	1,52*	5108	7,6	1,96*	3073	11,5	1,60*	760
Grå stær	9,3	1,38*	4723	–	–	46	–	–	70	14,7	1,48*	831	5,8	1,36*	2735	10,2	1,24	1041
Tinnitus	10,4	1,58*	16207	20,4	1,94*	957	13,9	1,54*	1725	10,4	1,54*	6948	5,6	1,59*	5658	8,8	1,25	919
Længerevarende psykisk lidelse	32,5	4,63*	7071	37,1	4,86*	1618	33,5	4,17*	1642	31,4	4,00*	2740	20,6	6,03*	894	27,6	4,60*	177
Multisygdom																		
0 sygdomme (ref.)	5,6	1	47945	9,0	1	10183	5,6	1	11728	3,7	1	16760	2,0	1	7925	5,0	1	1349
1 sygdom	7,5	1,54*	37503	13,5	1,58*	5588	8,5	1,49*	7338	5,4	1,41*	13751	3,3	1,66*	9060	6,0	1,16	1766
2 sygdomme	9,6	2,13*	20890	19,5	2,40*	2046	13,1	2,25*	3132	8,1	1,88*	8017	3,4	1,66*	6258	8,4	1,54*	1437
3 sygdomme	13,1	3,05*	10532	27,8	3,72*	632	19,8	2,79*	1147	13,4	2,90*	4211	5,9	2,91*	3586	9,1	1,76*	956
4 sygdomme eller flere	17,6	4,01*	8281	30,2	3,95*	245	26,1	3,26*	607	20,6	3,53*	3439	10,8	5,33*	3126	13,5	2,65*	864

^a Justeret for køn, alder, etnisk baggrund, uddannelsesniveau, beskæftigelsesstatus og samlivsstatus

OR = Odds ratio

ref.=Referencegruppe

* Signifikant sammenhæng

Diskussion

Sammenfattende indikerer analysen, at 8 % af den danske befolkning (16+ år) føler sig ensomme, svarende til cirka 380.000 danskere. Eftersom data er indsamlet i 2017, skal det holdes for øje, at coronapandemien muligvis har øget følelsen af ensomhed i nogle befolkningsgrupper.

Forekomsten af ensomhed i befolkningen er størst blandt 1) personer med en længerevarende psykisk lidelse, 2) arbejdsløse, og 3) personer, der sjældent har kontakt med familie og/eller venner. Forekomsten af ensomhed er desuden højere hos unge og i den sene alderdom end i andre livsfaser – og blandt personer med én eller flere kroniske sygdomme. Den geografiske variation på tværs af de fire regioner er lille.

Ensomhed i befolkningen

Der ses på befolkningsniveau en betydelig variation i forekomsten af ensomhed mellem forskellige befolkningsgrupper. Andelen, der føler sig ensomme, er større blandt personer, der ikke har en dansk etnisk baggrund og blandt personer med lavt uddannelsesniveau og arbejdsløse, hvilket indikerer, at der er en betydelig social ulighed i ensomhed. Endvidere ses i tråd med tidligere studier en større forekomst af ensomhed hos personer, der ikke er samlevende – både hvad angår enkestand, fraskilte og ugifte.

I forhold til sociale kontakter ses en højere forekomst af ensomhed hos personer, der sjældnere end én gang om måneden har kontakt med familie, venner og/eller beboere i lokalområdet. Selvom mange studier har fundet en svag til moderat sammenhæng mellem ensomhedsfølelse og graden af social isolation (85-87), tyder analysen på, at forekomsten af ensomhed er høj blandt den mindre del af befolkningen, der sjældent eller aldrig har kontakt med især familie og/eller venner. Det er samtidig værd at bemærke, at størstedelen af de personer, der føler sig ensomme, jævnligt har kontakt med familie og/eller venner – enten månedligt eller oftere. Dette indikerer at også den sociale kontakts karakter og kvalitet har betydning for følelsen af ensomhed.

Forekomsten af ensomhed i befolkningen er generelt større blandt personer med kronisk sygdom og andelen, der føler sig ensom, stiger med antallet af kroniske sygdomme. Særlig stor er forekomsten blandt personer med en længerevarende psykisk lidelse og cirka hver fjerde, der føler sig ensom, har en længerevarende psykisk lidelse.

Ensomhed – Livsfaser

Analysen finder på linje med andre befolkningsundersøgelser, at forekomsten af ensomhed ift. alder fordeler sig som en flad U-kurve med en relativ højere forekomst blandt 16-29-årige unge og de ældste ældre (stigende fra 80-årsalderen).

Det skal fremhæves, at stigningen hos ældre ses i den sene alderdom med en særlig høj forekomst fra 90-årsalderen. Da alvorligt syge og svagelige i en del tilfælde ikke har deltaget i spørgeskemaundersøgelsen, og der ses en sammenhæng mellem ensomhed og dårligt helbred, er der en risiko for underrapportering af ensomhed hos især de ældste ældre. Derfor er forekomsten af ensomhed muligvis større blandt de ældste ældre, end denne analyse peger på.

Samtidig ses en relativt lav forekomst af ensomhed i gruppen af yngre ældre, og forekomsten af ensomhed falder omkring pensionsalderen. Dette fund er i overensstemmelse med en metaanalyse, der ikke fandt nogen sammenhæng mellem ensomhedsfølelse og alder blandt 60-80-årige, hvorefter forekomsten af ensomhed var stigende (48). Det tyder således på, at ensomhed er et alvorligt problem for en mindre gruppe ældre og særligt udbredt blandt de ældste ældre. Det er på baggrund af denne analyse ikke muligt at identificere årsager til den lavere forekomst af ensomhed hos yngre ældre. En del af forklaringen kan være at en stor andel i denne aldersgruppe har et godt helbred og en tilværelse karakteriseret ved gode leveår med et højt aktivitets- og funktionsniveau, herunder bedre tid til at være sammen med familie og venner. En anden del af forklaringen kan være, at der over en længere årrække har været fokus på ensomhed blandt ældre og derfor eksisterer forskelligartede initiativer, der når ud til et stort antal ældre (88). Det er desuden værd at bemærke, at gruppen af yngre ældre sammenlignet med andre aldersgrupper er karakteriseret ved en mindre andel med mentale helbredsproblemer (35,36).

Den højere forekomst af ensomhed hos unge er også værd at fremhæve. Fremtidige studier må belyse, om der er tale om en alderseffekt eller noget, der kendetegner den nuværende generation. En tidligere analyse baseret på data fra Region Midtjyllands sundhedsprofil peger på en stærk sammenhæng mellem ensomhed og andre tegn på mistrivsel. Sandsynligvis indgår ensomhedsfølelsen i komplekse samspil med andre relaterede problemer, som gensidigt forstærker hinanden. Den højere forekomst af ensomhed hos unge skal derfor ses i sammenhæng med studier, der peger på, at der de seneste år er sket en forværring af danske unges mentale helbred (37,89,90). En mulig forklaring på udviklingen er ændrede samfundsforhold, blandt andet i form af øgede krav og forventninger til egne og andres præstationer (90). Studier peger på, at unge oplever, at de skal præstere på en række fronter, herunder uddannelse, venskaber og udseende (91,92). Samtidig skal de navigere i de mange muligheder og valg, som er en del af ungdomslivet i det moderne samfund, hvilket kan skabe en frygt for at forspilde sine chancer og føre til selvbebrejdelser, når tingene ikke lykkes (92).

I nogle befolkningsgrupper ses en højere eller lavere forekomst af ensomhed på tværs af alle livsfaser (generiske faktorer), mens andre grupper er associeret med forekomsten af ensomhed i specifikke livsfaser (aldersspecifikke faktorer). At være samlevende synes at være en beskyttende faktor i alle livsfaser, og denne faktor kan derfor have en væsentlig betydning for forekomsten af ensomhed i en given befolkning. Tilsvarende er en lav grad af social kontakt med familie og venner associeret med ensomhed i alle livsfaser. I kontrast hertil afspejler den mindre kønsforskel, som ses i befolkningen, at markant flere yngre kvinder end yngre mænd føler sig ensomme. I tråd hermed er det bemærkelsesværdigt, at beskæftigelse er en væsentlig beskyttende faktor hos personer i den erhvervsaktive alder.

Ensomhed og helbred

Analysen bekræfter resultater fra tidligere undersøgelser, der har fundet sammenhænge mellem ensomhed og kroniske sygdomme (53-54,56). I litteraturen findes dog få eksempler på befolkningsundersøgelser med datasæt af den størrelse, som er anvendt her. Det skal derfor fremhæves, at analysen indikerer, at der er en større forekomst af ensomhed i befolkningen hos personer med én eller flere af de 16 udvalgte sygdomme og andelen, der føler sig ensomme, stiger med antallet af sygdomme.

Foruden en højere forekomst af ensomhedsfølelse blandt personer med psykisk sygdom og hjertekarsygdom, som er undersøgt og beskrevet flere steder, ses det, at andelen, der føler sig ensomme, især er større blandt personer med KOL, diskusprolaps, leddegigt, tinnitus og migræne. KOL og rygsmerter er forbundet med betydelige funktionstab og dårlig trivsel (93-96), mens leddegigt, tinnitus og migræne er karakteriseret ved mindre synlige symptomer

(97,98), som ligeledes har negative konsekvenser for helbred og trivsel. Fælles for sygdommene er, at de kan medvirke til at vanskeliggøre sociale aktiviteter og deltagelse, hvilket kan være en af årsagerne til, at forekomsten af ensomhed er højere i disse sygdomsgrupper.

De identificerede sammenhænge mellem ensomhed og kroniske sygdomme synes konsistente på tværs af de fem overordnede aldersgrupper, om end sammenhængene er stærkere i nogle aldersgrupper end i andre. Eksempelvis synes sammenhængen mellem ensomhed og migræne/hyppig hovedpine at være stærkest blandt yngre ældre.

Da analysen er baseret på tværsnitsdata kan den ikke belyse årsagssammenhænge. Der er behov for prospektive studier, der baseret på store datasæt kan undersøge sammenhænge over tid og betydningen af alder. Eksempelvis om ensomhed er associeret med en øget risiko for leddegigt, KOL, tinnitus og migræne/hyppig hovedpine. Et nyere dansk studie indikerer, at ensomhed øger risikoen for hjertekarsygdom og type 2-diabetes, men ikke kræft og KOL (56).

Metodiske overvejelser

Ensomhed er som beskrevet belyst ved brug af en skala (T-ILS), der måler graden af ensomhedsfølelse. Da der ikke foreligger validerede standarder for kategorisering af ensomhed, afspejler forekomsten af ensomhed den valgte minimumsscore på skalaen. Den valgte minimumsscore er fastlagt på baggrund af forskningslitteraturen (2), og det antages, at scoren, der definerer ensomhed, identificerer en gruppe, for hvem ensomhed er et alvorligt problem. Der ses et behov for validering af den danske version af T-ILS og den valgte minimumsscore. Samtidig er det fortsat væsentligt at fremme brugen af validerede og internationalt anerkendte ensomhedsmål i Danmark, hvilket vil øge kvaliteten af den viden, der opnås.

Spørgeskemaundersøgelser indebærer en risiko for underrapportering ift. ensomhed. Personer, der føler sig ensomme, kan være tilbøjelige til ikke at deltage i spørgeskemaundersøgelser (48), og grupper med øget risiko for ensomhed kan være underrepræsenterede.

Analysen kan som nævnt ikke belyse udviklingen i ensomhed over tid eller afdække årsagssammenhænge, og oplysningerne om sygdomme er selvrapporterede og dermed potentielt forskellige fra kliniske diagnoser og registeroplysninger. Endelig er det en begrænsning ved analysen, at data fra Region Syddanmark ikke indgår.

Ensomhed og coronapandemien

Pandemien har understreget, at folkesundhed også er et spørgsmål om mental sundhed. Som nævnt indikerer foreløbige data en stigning i forekomsten af ensomhed i to europæiske lande i foråret 2020 (3-5), mens et amerikansk studie fandt, at der ikke var sket nogen udvikling på befolkningsniveau (6).

Studier tyder på, at befolkningsgrupper, som almindeligvis er i øget risiko for ensomhed, også er det under pandemien – heriblandt 1) unge/unge voksne, 2) personer med lav indkomst, 3) personer, der lever alene eller uden partner og 4) personer med en psykisk lidelse (3,99-101). Der er derfor fortsat god grund til at rette interventioner mod velkendte risikogrupper.

En central problemstilling, som de nye studier (endnu) ikke belyser, er varighed. Som nævnt peger undersøgelser på, at følelsen af ensomhed almindeligvis er ret stabil over tid, men det er på nuværende tidspunkt uklart i hvilket omfang, den ensomhed, som er udløst af corona-

pandemien, er forbigående eller vedvarende. Derfor er der grund til at have fokus på samfundsgupper, der grundet pandemien gennemlever en længere periode med fysisk isolation og derfor kan være afskåret fra social kontakt og føle sig ensomme.

Interventionsmuligheder

Sammenfattende bidrager denne analyse til at belyse forekomsten af ensomhed og identificere grupper, hvor der er en forhøjet andel af ensomme. Det er håbet, at viden fra analysen kan understøtte beslutningsprocesser og konkrete interventioner, der har til formål at forebygge eller afhjælpe ensomhed.

Vores viden om hvilke typer af interventioner, der har effekt på ensomhed, samt hvilke typer af interventioner, der egner sig bedst til specifikke målgrupper, er forholdsvis begrænset. Litteraturstudier, som sammenfatter områdets forskning, har fundet, at interventioner gennemsnitligt set har lille eller ingen effekt i forhold til at afhjælpe ensomhed (102-104). Disse fund kan dog skyldes begrebsforvirring (bl.a. manglende skelnen mellem ensomhed og social isolation), et stort antal studier med få deltagere, stor heterogenitet i typen af interventioner (104) og mangel på målrettede interventioner, der har afhjælpning af ensomhed som det primære formål. Desuden har interventionsforskningen i udpræget grad haft fokus på ældre (104), hvilket begrænser dens relevans for andre aldersgrupper.

En kortlægning af initiativer til ensomme tyder på, at der er sket en stigning i antallet af initiativer i Danmark (88). Vi mangler imidlertid viden om, hvorvidt initiativerne når ud til dem, der har det største behov, og har effekt i forhold til afhjælpning af ensomhed. Der ses et tydeligt behov for mere viden på området og støtte til bedre evalueringer og forskning.

Foreløbigt anbefales beslutningstagere – med afsæt i områdets litteratur – at fokusere udviklingsarbejdet på dels person-orienterede interventioner, som er designet til specifikke behov hos målgrupper (f.eks. defineret ved sociodemografi og alder/livsfaser), dels interventioner, der fremmer meningsfulde relationer og forbedrede sociale kontakter (104).

Referencer

1. Lasgaard M, Friis, K. *Ensomhed i befolkningen - forekomst og metodiske overvejelser*. Aarhus: CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling; 2015.
2. Lasgaard M, Friis K, Shevlin M. "Where are all the lonely people?" A population-based study of high-risk groups across the life span. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2016;51(10):1373–84.
3. Bu F, Steptoe A, Fancourt D. Who is lonely in lockdown? Cross-cohort analyses of predictors of loneliness before and during the COVID-19 pandemic. *Public Health*. 2020;186:31-4.
4. Taylor M. Loneliness during coronavirus lockdown 'most likely to affect young people', study involving University of Cambridge finds. 2020. Hentet d. 1. oktober, 2020. <https://www.cambridgeindependent.co.uk/news/loneliness-during-lockdown-most-likely-to-affect-young-people-cambridge-study-finds-9107559/>
5. van Tilburg TG, Steinmetz S, Stolte E, van der Roest H, de Vries DH. Loneliness and mental health during the COVID-19 pandemic: A study among dutch older adults. *J Gerontol* 2020.
6. Luchetti M, Lee JH, Aschwanden D, Sesker A, Strickhouser JE, Terracciano A, Sutin AR. The trajectory of loneliness in response to COVID-19. *Am Psychol*. 2020; Advance online publication. doi:10.1037/amp0000690
7. Cacioppo JT, Hughes ME, Waite LJ, Hawkley LC, Thisted RA. Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: Cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychol Aging*. 2006;21(1):140-51.
8. Caspi A, Harrington H, Moffitt TE, Milne BJ, Poulton R. Socially isolated children 20 years later: Risk of cardiovascular disease. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2006;160(8):805-11.
9. Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, Harris T, Stephenson D. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. *Perspect Psychol Sci*. 2015;10(2):227-37.
10. Peplau LA, Perlman D. Perspectives on loneliness. In: Peplau L, Perlman D, editors. *Loneliness: A sourcebook of current theory, research, and therapy*. New York, NY: Wiley; 1982, p. 1-18.
11. Rotenberg KJ. Childhood and adolescent loneliness: An introduction. In: Rotenberg KJ, Hymel S, editors. *Loneliness in childhood and adolescence*. Cambridge: Cambridge University Press; 1999, p. 3-8.
12. Baumeister RF, Leary MR. The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychol Bull*. 1995;117(3):497-529.
13. Lasgaard M. Ensom i en social verden. *Psyke & logos*. 2010;31:206-31.
14. Bennett R. The concept and measurement of social isolation. In: Bennett R, editor. *Ag-ing, isolation and resocialization*. New York, NY: Van Nostrand Reinhold Co.; 1980, p. 9–26.

15. Hawkley LC, Cacioppo JT. Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Ann Behav Med.* 2010;40(2):218-27.
16. Townsend P, Tunstall S. Sociological explanations of the lonely. In: Townsend P, editor. *The Social Minority.* London, UK: Allen Lane; 1973, p. 257–63.
17. Shiovitz-Ezra S, Ayalon L. Use of direct versus indirect approaches to measure loneliness in later life. *Res Aging.* 2012;34(5):572-91.
18. Lau S, Gruen G. The social stigma of loneliness: Effect of target person's and perceiver's sex. *Pers Soc Psychol Bull.* 1992;18(2):182-9.
19. Rotenberg KJ. Stigmatization of transitions in loneliness. *J Soc Pers Relat.* 1998;15(4):564-76.
20. Rotenberg KJ, Kmill J. Perception of lonely and non-lonely persons as a function of individual differences in loneliness. *J Soc Pers Relat.* 1992;9(2): 325-30.
21. Borys S, Perlman D. Gender Differences in Loneliness. *Pers Soc Psychol Bull.* 1985;11(1):63-74.
22. Prohaska T, Burholt V, Burns A, Golden J, Hawkley L, Lawlor B, et al. Consensus statement: Loneliness in older adults, the 21st century social determinant of health? *BMJ Open.* 2020;10(8):e034967.
23. Russell DW. UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, Validity, and Factor Structure. *J Pers Assess.* 1996;66(1):20-40.
24. Russell DW, Peplau LA, Cutrona CE. The revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *J Pers Soc Psychol.* 1980;39(3):472-80.
25. Lasgaard M. Reliability and validity of the Danish version of the UCLA Loneliness Scale. *Pers Individ Dif.* 2007;42(7):1359-66.
26. Hughes ME, Waite LJ, Hawkley LC, Cacioppo JT. A short scale for measuring loneliness in large surveys: results from two population-based studies. *Res Aging.* 2004;26(6):655-72.
27. Bennardi M, Caballero FF, Miret M, Ayuso-Mateos JL, Haro JM, Lara E, et al. Longitudinal relationships between positive affect, loneliness, and suicide ideation: Age-specific factors in a general population. *Suicide Life Threat Behav.* 2019;49(1):90-103.
28. Ge L, Yap CW, Ong R, Heng BH. Social isolation, loneliness and their relationships with depressive symptoms: A population-based study. *PLoS One.* 2017;12(8):e0182145.
29. Perissinotto CM, Cenzer IS, Covinsky KE. Loneliness in older persons: A predictor of functional decline and death. *Arch Intern Med.* 2012;172(14):1078-83.
30. Shiovitz-Ezra S. 30 Confidant networks and loneliness. In: Börsch-Supan A, Brandt M, Litwin H, Weber G, editors. *Active ageing and solidarity between generations in Europe.* De Gruyter; 2013, p. 349–58.

31. Shiovitz-Ezra S, Leitsch S, Graber J, Karraker A. Quality of life and psychological health indicators in the national social life, health, and aging project. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2009;64B(Suppl 1):i30-i37.
32. Hyland P, Shevlin M, Cloitre M, Karatzias T, Vallieres F, McGinty G, et al. Quality not quantity: Loneliness subtypes, psychological trauma, and mental health in the US adult population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2019;54(9):1089-99.
33. Blaakilde AL, Eiriksson SD, Hansen BH, Olesen LS, Wingstrand A. Sundhedsprofil 2017 for Region Sjælland og kommuner – »Hvordan har du det?«. Sorø: Region Sjælland, Produktion, Forskning og Innovation; 2018.
34. Kyed VH, Johnsen SB, Mejlby M, Vinding AL. Hvordan har du det? – Sundhedsprofil for Nordjylland 2017. Aalborg: Region Nordjylland; 2018.
35. Larsen FB, Pedersen MH, Lasgaard M, Sørensen, JB, Christiansen J, Lundberg, et al. Hvordan har du det? 2017 - Sundhedsprofil for region og kommuner. Aarhus: DEFACTUM, Region Midtjylland; 2018a.
36. Lau CJ, Lykke MB, Bekker-Jepesen M, Buhelt LP, Andreasen AH, Johansen NB. Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2017 – Sundhedsadfærd og risikofaktorer. Frederiksberg: Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Region Hovedstaden; 2018.
37. Larsen FB, Pedersen MH, Lasgaard M, Sørensen JB, Christiansen J, Lundberg A, et al. Hvordan har du det? 2017 – Sundhedsprofil for region og kommuner (Bind 2). Udviklingen 2010-2013-2017. Aarhus: DEFACTUM, Region Midtjylland; 2018b.
38. Madsen KR, Lasgaard M. Ensom, men ikke alene. Viden om et ungdomsproblem. In: Pedersen L, Madsen K, editors. Ensom men ikke alene: En antologi om unge og ensomhed. København: Ventilen Danmark; 2014, p. 10-36.
39. OECD. PISA 2015 Results: Students' well-Being. Volume III. Paris: PISA, OECD Publishing; 2017.
40. Rasmussen M, Pedersen TP, Due P. Skolebørnsundersøgelsen 2014. København: Statens Institut for Folkesundhed; 2015.
41. Luhmann M, Hawkey LC. Age differences in loneliness from late adolescence to oldest old age. *Dev Psychol.* 2016;52(6):943-59.
42. Victor CR, Yang K. The prevalence of loneliness among adults: A case study of the United Kingdom. *J Psychol.* 2012;146(1-2):85-104.
43. Maes M, Qualter P, Vanhalst J, Van den Noortgate W, Goossens L. Gender differences in loneliness across the lifespan: A meta-analysis. *Eur J Pers.* 2019;33(6):642-54.
44. Madsen KR, Damsgaard MT, Rubin M, Jervelund SS, Lasgaard M, Walsh S, et al. Loneliness and ethnic composition of the school class: A nationally random sample of adolescents. *J Youth Adolesc.* 2016;45(7):1350-65.
45. Polo AJ, Lopez SR. Culture, context, and the internalizing distress of Mexican American youth. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2009;38(2):273-85.

46. Neto F. Loneliness and acculturation among adolescents from immigrant families in Portugal. *J Appl Soc Psychol.* 2002;32(3):630-47.
47. Schinka KC, van Dulmen MH, Mata AD, Bossarte R, Swahn M. Psychosocial predictors and outcomes of loneliness trajectories from childhood to early adolescence. *J Adolesc.* 2013;36(6):1251-60.
48. Pinqart M, Sorensen S. Influences on loneliness in older adults: A meta-analysis. *Basic Appl Soc Psych.* 2001;23(4):245-66.
49. Stack S. Marriage, family and loneliness: A cross-national study. *Sociol Perspect.* 1998;41(2):415-32.
50. Cohen-Mansfield J, Shmotkin D, Goldberg S. Loneliness in old age: Longitudinal changes and their determinants in an Israeli sample. *Int Psychogeriatr.* 2009;21(6):1160–70.
51. Luo Y, Hawkey LC, Waite LJ, Cacioppo JT. Loneliness, health, and mortality in old age: A national longitudinal study. *Soc Sci Med.* 2012;74(6):907–14.
52. Barlow MA, Liu SY, Wrosch C. Chronic illness and loneliness in older adulthood: The role of self-protective control strategies. *Health Psychol.* 2015;34(8):870–79.
53. Valtorta NK, Kanaan M, Gilbody S, Hanratty B. Loneliness, social isolation and risk of cardiovascular disease in the English Longitudinal Study of Ageing. *Eur J Prev Cardiol.* 2018;25(13):1387-96.
54. Valtorta NK, Kanaan M, Gilbody S, Ronzi S, Hanratty, B. Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: Systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. *Heart.* 2016;102(13):1009-16.
55. Elovainio M, Hakulinen C, Pulkki-Råback L, Virtanen M, Josefsson K, Jokela M, et al. Contribution of risk factors to excess mortality in isolated and lonely individuals: An analysis of data from the UK Biobank cohort study. *Lancet Public Health.* 2017;2(6):e260-6.
56. Christiansen J, Lund R, Qualter P, Andersen CM, Pedersen SS, Lasgaard M. Loneliness, social isolation, and chronic disease outcomes. *Ann Behav Med.* 2020;kaaa044. Advance online publication. doi.org/10.1093/abm/kaaa044
57. Hackett RA, Hudson JL, Chilcot J. Loneliness and type 2 diabetes incidence: findings from the English Longitudinal Study of Ageing. *Diabetologia.* 2020;63:2329–38.
58. Penninx BW, van Tilburg T, Kriegsman DM, Boeke AJ, Deeg DJ, van Eijk JT. Social network, social support, and loneliness in older persons with different chronic diseases. *J Aging Health.* 1999;11(2):151-68.
59. Petite T, Mallow J, Barnes E, Petrone A, Barr T, Theeke L. A systematic review of loneliness and common chronic physical conditions in adults. *Open Psychol J.* 2015;8(Suppl 2):113-32.
60. Christiansen J, Larsen FB, Lasgaard M. Do stress, health behavior, and sleep mediate the association between loneliness and adverse health conditions among older people? *Soc Sci Med.* 2016;152:80-6.

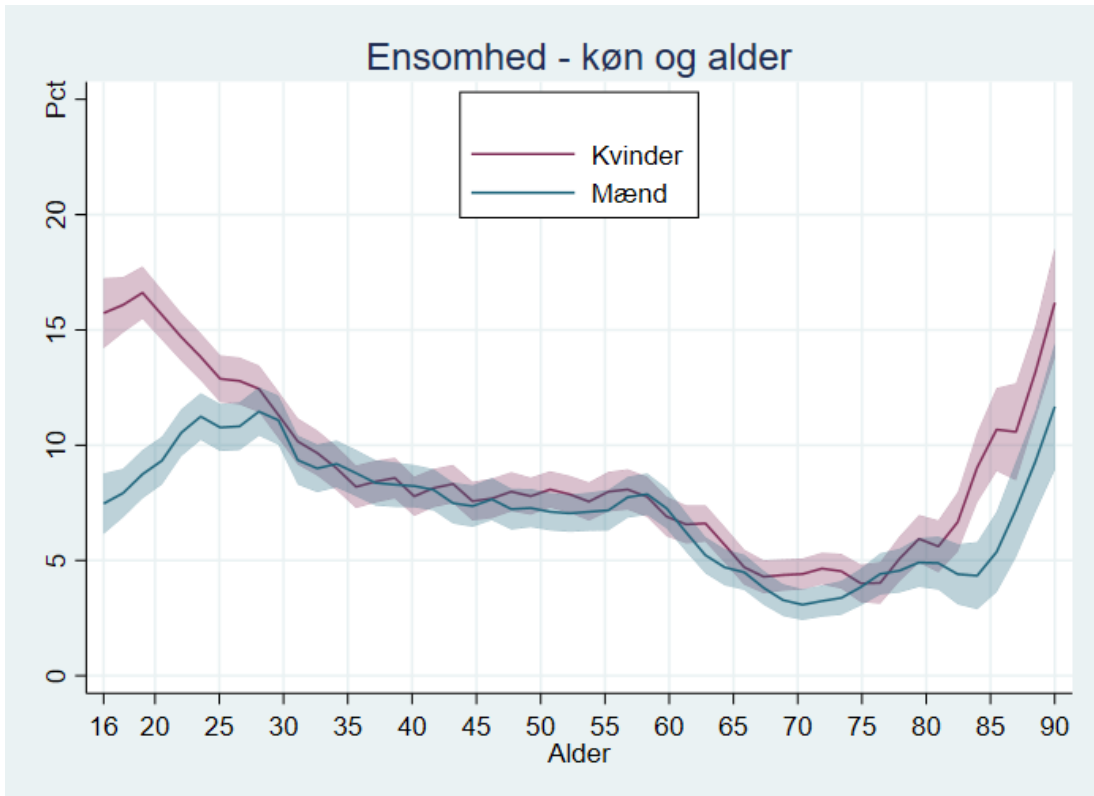
61. Kristensen K, König H, Hajek A. The association of multimorbidity, loneliness, social exclusion and network size: Findings from the population-based German Ageing Survey. *BMC Public Health*. 2019;19:1383.
62. Stickley A, Koyanagi A. Physical multimorbidity and loneliness: A population-based study. *PLoS One*. 2018;13(1):e0191651.
63. Cacioppo JT, Hawkley LC, Thisted RA. 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. *Psychol Aging*. 2010;25(2):453-63.
64. Vanhalst J, Klimstra TA, Luyckx K, Scholte RH, Engels RC, Goossens L. The interplay of loneliness and depressive symptoms across adolescence: Exploring the role of personality traits. *J Youth Adolesc*. 2012;41(6):776-87.
65. Lasgaard M, Goossens L, Bramsen RH, Trillingsgaard T, Elklit A. Different sources of loneliness are associated with different forms of psychopathology in adolescence. *J Youth Adolesc*. 2011;45(2):233-37.
66. Maes M, Nelemans SA, Danneel S, Castilla BF, Van den Noortgate W, Goossens L, et al. Adolescent loneliness and social anxiety: A meta-analysis of cross-sectional and longitudinal associations. Paper presented at the Biennial meeting of the European Association for Developmental Psychology, Utrecht, Netherlands. 2017.
67. Lasgaard M, Christiansen J, Friis K. *Ensomhed blandt unge. Temaanalyse, vol. 7, Hvordan har du det?* Aarhus: Region Midtjylland, DEFACTUM; 2019.
68. McClelland H, Evans JJ, Nowland R, Ferguson E, O'Connor RC. Loneliness as a predictor of suicidal ideation and behaviour: A systematic review and meta-analysis of prospective studies. *J Affect Disord*. 2020;274:880-96.
69. Holt-Lunstad J, Smith TB. Loneliness and social isolation as risk factors for CVD: Implications for evidence-based patient care and scientific inquiry. *Heart*. 2016;102(13):987-89.
70. Segrin C, Passalacqua SA. Functions of loneliness, social support, health behaviors, and stress in association with poor health. *Health Commun*. 2010;25(4):312-22.
71. Cacioppo J, Cacioppo S. Loneliness in the Modern Age: An Evolutionary Theory of Loneliness (ETL). *Adv Exp Soc Psychol*. 2018;58:127-197.
72. Henriksen J, Larsen ER, Mattisson C, Andersson NW. Loneliness, health, and mortality. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2017;28(2):1-6.
73. Danmarks Statistik. FOLK1A: Folketal den 1. i kvartalet efter område, køn, alder og civilstand. 2020. Hentet d. 1. april, 2020. <https://www.statistikbanken.dk/FOLK1A>.
74. Danmarks Statistik. FOLK1D: Folketal den 1. i kvartalet efter område, køn, alder og statsborgerskabsgruppe. 2020. Hentet d. 1. april, 2020. <https://www.statistikbanken.dk/FOLK1D>

75. Clarke P, Fisher G, House J, Smith J, Weir D. Guide to content of the HRS Psychosocial Leave-Behind Participant Lifestyle Questionnaires: 2004 & 2006. Documentation Report Version 2.0. Ann Arbor, Michigan: Survey Research Center, Institute for Social Research, University of Michigan; 2008.
76. Boehlen F, Herzog W, Quinzler R, Haefeli WE, Maatouk I, Niehoff D, et al. Loneliness in the elderly is associated with the use of psychotropic drugs. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2014;30(9):957-64.
77. Hawkley LC, Kocherginsky M. Transitions in loneliness among older adults: a 5-year follow-up in the national social life, health, and aging project. *Res Aging*. 2018;40(4):365-87.
78. Mund M, Freuding MM, Möbius K, Horn N, Neyer FJ. The stability and change of loneliness across the life span: A meta-analysis of longitudinal studies. *Pers Soc Psychol Rev*. 2020;24(1):24–52.
79. Yang K. Longitudinal loneliness and its risk factors among older people in England. *Can J Aging*. 2018;37(1):12-21.
80. Hector-Taylor L, Adams P. State versus trait loneliness in elderly New Zealanders. *Psychol Rep*. 1996;78(3_suppl):1329-30.
81. van Roekel E, Verhagen M, Engels RC, Scholte RH, Cacioppo S, Cacioppo JT. Trait and state levels of loneliness in early and late adolescents: examining the differential reactivity hypothesis. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2018;47(6):888-99.
82. Burata V, Frova L, Gargiulo L, Gianicolo E, Prati S, Quattrocioni L. Development of a common instrument for chronic physical conditions. In: Nossikov A, Gudex C, editors. EURO-HIS: developing common instruments for health surveys. Amsterdam: IOS Press; 2003, p. 21–34.
83. Mokken RJ. A theory and procedure of scale analysis. Berlin: De Gruyter; 1971.
84. Sijtsma K, Molenaar IW. Introduction to nonparametric item response theory. London: Sage Publications; 2002.
85. Cornwell EY, Waite LJ. Social disconnectedness, perceived isolation, and health among older adults. *J Health Soc Behav*. 2009;50(1):31–48.
86. Coyle CE, Dugan E. Social isolation, loneliness and health among older adults. *J Aging Health*. 2012;24(8):1346–63.
87. Steptoe A, Shankar A, Demakakos P, Wardle J. Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2013;110(15):5797–801.
88. Christiansen J, Lasgaard M. Kortlægning og analyse af danske initiativer til ensomme. Aarhus: DEFACTUM, Region Midtjylland; 2017.
89. Due P, Diderichsen F, Meilstrup C, Nordentoft M, Obel C, Sandbæk A. Børn og unges mentale helbred. København: Vidensråd for forebyggelse; 2014.

90. Regeringens udvalg om psykiatri. Indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – udviklingen i diagnoser og behandling. Bilagsrapport 2. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse; 2013.
91. Nielsen AM, Lagermann LC. Stress i gymnasiet – hvad der stresser gymnasieelever og hvordan forebyggelse og behandling virker med 'åben og rolig for unge'. Aarhus: DPU, Aarhus Universitet; 2017.
92. Sørensen NU, Grubb A, Madsen IW, Nielsen JC. Når det er svært at være ung i DK – unges beretninger om mistrivsel og ungdomsliv. København: Center for Ungdomsforskning; 2011.
93. Broekhuizen R, Wouters EF, Creutzberg EC, Schols AM. Raised CRP levels mark metabolic and functional impairment in advanced COPD. *Thorax*. 2006;61(1):17-22.
94. Cortopassi F, Gurung P, Pinto-Plata V. Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Elderly Patients. *Clin Geriatr Med*. 2017;33(4):539-52.
95. Weiner DK, Haggerty CL, Kritchevsky SB, Harris T, Simonsick EM, Nevitt M, et al. How does low back pain impact physical function in independent, well-functioning older adults? Evidence from the Health ABC Cohort and Implications for the Future. *Pain Med*. 2003;4(4):311-20.
96. Kim V, Criner GJ. Chronic bronchitis and chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med*. 2013;187(3):228-37.
97. Kool MB, Geenen R. Loneliness in patients with rheumatic diseases: the significance of invalidation and lack of social support. *J Psychol*. 2012;146(1-2):229-41.
98. Rutberg S, Öhrling K. Migraine - more than a headache: women's experiences of living with migraine. *Disabil Rehabil*. 2012;34(4):329-36.
99. Bu F, Steptoe A, Fancourt D. Loneliness during lockdown: trajectories and predictors during the COVID-19 pandemic in 35,712 adults in the UK. *Blueprint*; 2020.
100. Li LZ, Wang S. Prevalence and predictors of general psychiatric disorders and loneliness during COVID-19 in the United Kingdom. *Psychiatry Res*. 2020;291:113267.
101. Københavns Universitet. Stå sammen ved at holde afstand. Resultater. Ensomhed; 2020. Hentet d. 22. oktober, 2020. <https://coronaminds.ku.dk/resultater/ensomhed/>
102. Mann F, Bone JK, Lloyd-Evans B, Frerichs J, Pinfold V, Ma R et al. A life less lonely: the state of the art in interventions to reduce loneliness in people with mental health problems. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2017;52(6):627-38.
103. Masi CM, Chen H, Hawkey LC, Cacioppo JT. A Meta-Analysis of Interventions to Reduce Loneliness. *Pers Soc Psychol Rev*. 2011;15(3):219-66.
104. Victor C, Mansfield L, Kay T, Daykin N, Lane J, Duffy LG, et al. An overview of reviews: The effectiveness of interventions to address loneliness at all stages of the life-course. London: What works wellbeing; 2018.

Bilag

Bilag A



Bilag B

