

HVORDAN HAR DU DET? 2017

SUNDHEDSPROFIL FOR REGION OG KOMMUNER | **BIND 2**
UDVIKLINGEN 2010 - 2013 - 2017

Finn Breinholt Larsen, Marie Hauge Pedersen, Mathias Lasgaard, Jes Bak Sørensen, Julie Christiansen,
Ane-Kathrine Lundberg, Sofie Emilie Pedersen og Karina Friis



HVORDAN HAR DU DET? 2017

SUNDHEDSPROFIL FOR REGION OG KOMMUNER | **BIND 2**
UDVIKLINGEN 2010 - 2013 - 2017

UDARBEJDET AF

Finn Breinholt Larsen
Marie Hauge Pedersen
Mathias Lasgaard
Jes Bak Sørensen
Julie Christiansen
Ane-Kathrine Lundberg
Sofie Emilie Pedersen
Karina Friis

DEFACTUM | Marts 2018

TITEL

Hvordan har du det? 2017 – Sundhedsprofil for region og kommuner (Bind 2). Udviklingen 2010-2013-2017

FORFATTERE

Finn Breinholt Larsen (projektleder)
Marie Hauge Pedersen
Mathias Lasgaard
Jes Bak Sørensen
Julie Christiansen
Ane-Kathrine Lundberg
Sofie Emilie Pedersen
Karina Friis

COPYRIGHT

© DEFACTUM, Region Midtjylland 2018

Gengivelse af uddrag, herunder figurer, tabeller og citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse – det skal herunder fremhæves, at rapporten er udarbejdet af DEFACTUM, Region Midtjylland.

UDGIVER

Region Midtjylland
DEFACTUM
Olof Palmes Allé 15
8200 Aarhus N
Tlf.: 7841 4310 (sekretær Ingerlise Andersen)
E-mail: hvordanhardudet@rm.dk

DENNE RAPPORT CITERES SÅLEDES:

Larsen FB, Pedersen MH, Lasgaard M, Sørensen JB, Christiansen J, Lundberg A, Pedersen SE, Friis K. Hvordan har du det? 2017 – Sundhedsprofil for region og kommuner (Bind 2). Udviklingen 2010-2013-2017. Aarhus: DEFACTUM, Region Midtjylland; 2018.

ISBN-nr: 978-87-92400-90-1

EAN-nr: 9788792400901

UDGIVELSE

Marts 2018

OPLAG

2.000

TRYK

GP Tryk & Zeuner Grafisk A/S

LAYOUT

www.hartwork.dk

FORSIDE

Malene Hald



Svanemærket tryksag
5041 0826 LaserTryk.dk

INDHOLDSFORTEGNELSE

1. INDLEDNING	4
SUNDHEDSVANER – UDVIKLINGEN 2010, 2013, 2017	6
2. RYGNING	6
3. ALKOHOL	16
4. FYSISK AKTIVITET	32
5. KOST	46
6. OVERVÆGT	64
FYSISK OG MENTAL SUNDHED – UDVIKLINGEN 2010, 2013, 2017	88
7. HELBREDSRELATERET LIVSKVALITET	88
8. MENTAL SUNDHED	96
9. KRONISK SYGDOM OG MULTISYGDOM	130
SAMMENFATNING – UDVIKLINGEN 2010, 2013, 2017	178

8. MENTAL SUNDHED

Der er en stigende erkendelse af, at mental sundhed har stor betydning for blandt andet helbred, uddannelse og beskæftigelse (1). Formålet med dette kapitel er at give en beskrivelse af udviklingen i befolkningens mentale sundhed. Først introduceres centrale begreber samt viden om interventionsmuligheder. Dernæst præsenteres fire vinkler på udviklingen i den mentale sundhed: 1) trivsel og livskvalitet, 2) stress, 3) angst og anspændthed og 4) ensomhed.

Hvad menes der med mental sundhed og mentalt helbred?

Det engelske begreb *mental health* kan på dansk oversættes til både *mental sundhed* og *mentalt helbred* (1). Dermed afspejler den danske oversættelse to væsentlige dimensioner af begrebet. *Mental sundhed* dækker over et spektrum fra trivsel/mentalt velbefindende til mistrivsel/mentale problemer, for eksempel i form af symptomer, som fra tid til anden kan ramme alle i befolkningen (1). Den mentale sundhed er i høj grad påvirket af den enkeltes mestring af belastninger, adgang til ressourcer og samspil med omgivelserne (2). *Mentalt helbred* dækker til gengæld over et sygdomsrelateret spektrum – fra at være rask til at lide af psykisk sygdom – og refererer dermed til diagnoser (2).

WHO har i en række rapporter søgt at nuancere begrebet *mental health* (3, 4). Det fremhæves her, at mental sundhed er mere end fravær af psykisk lidelse, og at den gensidige påvirkning mellem mental sundhed/mentale helbredsproblemer og fysisk helbred er både omfattende og kompleks. Heraf følger den erkendelse, at fremme af mental sundhed og afhjælpning af mentale helbredsproblemer kræver en folkesundhedstilgang, der både tilsigter at øge trivsel og at mindske de personlige og samfundsmæssige omkostninger ved egentlige psykiske lidelser (4). Samtidig fremhæver WHO, at den begrebslige og organisatoriske opdeling i mentalt helbred og fysisk helbred er en barriere for arbejdet med sundhed (5). Denne pointe bygger især på nyere forskning i neurovidenskab og adfærdsmedicin, som har vist 1) at psykiske sygdomme, ligesom mange somatiske sygdomme, er resultatet af komplekse samspil mellem biologiske, psykologiske og sociale faktorer, og 2) at mentalt helbred og fysisk helbred er tæt forbundet via fysiologiske systemer og sundhedsadfærd (5).

Udviklingen i mental sundhed og mentale helbredsproblemer

Det er vanskeligt at danne et samlet billede af udviklingen i befolkningens mentale sundhed og mentale helbredsproblemer i Danmark, hvilket blandt andet skyldes, at de to begreber dækker over en række forskellige tilstande. Flere undersøgelser bidrager imidlertid med væsentlig information herom. Analyser baseret på *Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen* peger på, at forekomsten af dårligt mentalt helbred i den voksne danske befolkning faldt fra 1994 til 2005 (6). Dog sås en stigende forekomst af dårlig mental sundhed hos unge kvinder (16-24 år) fra 2000 til 2005. *Den nationale sundhedsprofil* fra 2013 peger på en lille stigning i andelen med dårligt mentalt helbred fra 2010 til 2013 (7). Andelen med højt stressniveau forblev i samme periode uændret på befolkningsniveau, om end der sås en stigning blandt yngre kvinder (16-34 år) og et fald blandt ældre (75+ år). Angående psykiske lidelser er det vanskeligt at finde sammenlignelige befolkningsundersøgelser (1, 8).

Rapporten *Børn og unges mentale helbred* fra 2014 har på baggrund af danske undersøgelser kortlagt de foregående 20 års udvikling i mentalt helbred hos børn og unge (10-24 år) (1). Kortlægningen dokumenterer, at der på tværs af en række indikatorer for mental sundhed (bl.a. nervøsitet og stress, søvnproblemer og medicin mod hovedpine) har været en negativ udvikling. Endvidere viser registeroplysninger en stigning i antallet af børn og unge, som diagnosticeres og modtager behandling for psykiske lidelser, hvilket tilskrives både en negativ udvikling og øget fokus/kapacitet på området (1, 8).

Sammenfattende tyder tilgængelige undersøgelser på, at der overordnet set er sket en forværring i børn og unges mentale sundhed og mentale helbred (især blandt unge kvinder), mens udviklingen i den voksne del af befolkningen er mere uklar.

Indsatser for at fremme mental sundhed og et godt mentalt helbred

Sundhedsstyrelsen udarbejdede i 2012 en forebyggelsespakke, der kan understøtte arbejdet med konkrete indsatser og inspirere til politiske målsætninger (9). Mange kommuner har blandt andet på den baggrund

udarbejdet en politik for mental sundhed og styrket deres indsats inden for forskellige fagområder (10). Der mangler dog fortsat især viden om, hvilke interventioner der effektivt fremmer positiv mental sundhed og forebygger dårlig mental sundhed på befolkningsniveau (4). Samtidig er det veldokumenteret, at mange mennesker med mentale helbredsproblemer ikke modtager den rette behandling (11, 12).

Der er særlig god grund til at lave indsatser i barn- og ungdomsårene, da de fleste mentale helbredsproblemer opstår i denne periode (13). Samtidig udgør mentale helbredsproblemer en stor del af sygdomsbyrden hos børn og unge (antal år, som går tabt pga. nedsat funktionsevne eller for tidlig død) (1). Endvidere tyder danske undersøgelser som nævnt på, at der inden for de seneste 20 år er sket en stigning i andelen af unge med dårlig mental sundhed og mentale helbredsproblemer (1). Det er således nødvendigt at sikre en tidlig indsats i form af forebyggelse og behandling, hvis der skal ske en bedring i befolkningens mentale sundhed og helbred.

Kapitlets opbygning

Formålet med dette kapitel er som nævnt at beskrive udviklingen i befolkningens mentale sundhed ud fra fire forskellige vinkler. I analysen beskrives først udviklingen i trivsel og livskvalitet i forhold til køn, alder, uddannelse og geografi. Dernæst beskrives udviklingen i stress, angst og anspændthed og ensomhed i forhold til køn, alder, uddannelse og geografi. En del af denne analyse har fokus på unges mentale sundhed.

Spørgsmål vedrørende depression, selvskadende adfærd og risikoadfærd for udvikling af spiseforstyrrelse, som danner baggrund for analyser i sundhedsprofilen i 2017, indgik ikke i *Hvordan har du det?*-undersøgelserne i 2010 og 2013. Det er således ikke muligt at belyse udviklingen på disse parametre.

Trivsel og livskvalitet

Den samlede oplevelse af egen trivsel og livskvalitet udgør en bred parameter for mental sundhed og anvendes i analysen til at beskrive borgernes subjektive oplevelse af mental sundhed. Trivsel og livskvalitet er to nært beslægtede paraplybegreber (14): Trivsel dækker blandt andet over borgerens vurdering af eget liv, vilkår og begivenheder inden for forskellige domæner, mens livskvalitet refererer til, om man på et overordnet niveau finder sit liv tilfredsstillende, og livskvalitet påvirkes dermed af en række forhold (f.eks. helbred, boligforhold, arbejdsliv og økonomi, sociale relationer og selvfølelse) (15, 16). Selvvurderet trivsel og livskvalitet inkluderer således livsaspekter, som er centrale for mental sundhed.

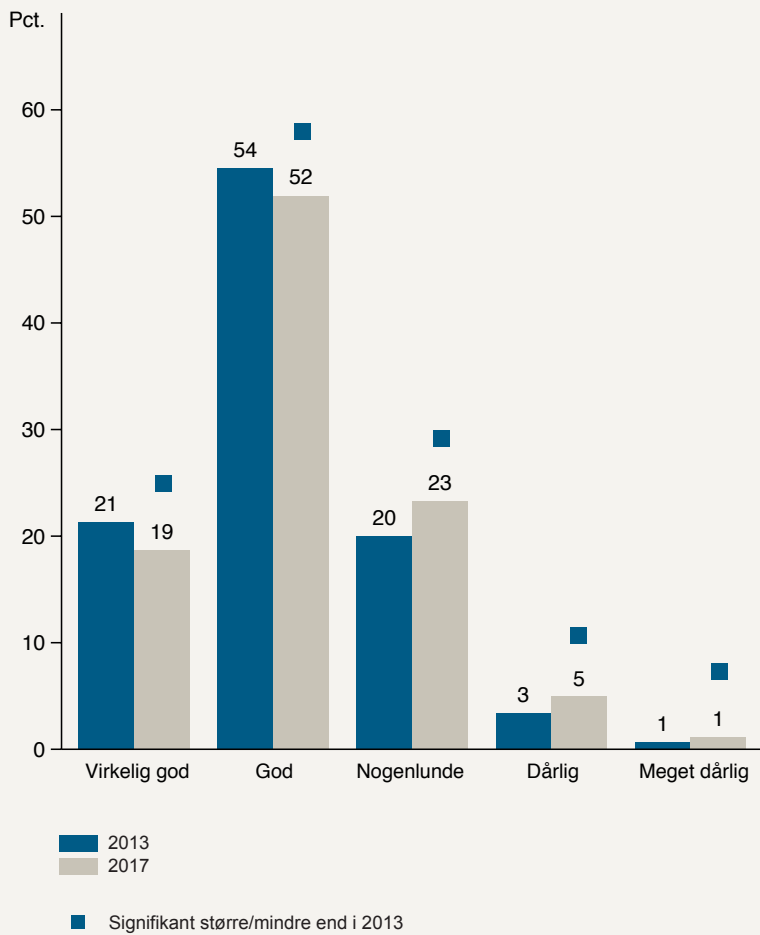
Trivsel og livskvalitet er i undersøgelsen belyst med spørgsmålet "Hvordan synes du, din trivsel og livskvalitet er alt i alt?" med svarmulighederne: 1) Virkelig god, 2) God, 3) Nogenlunde, 4) Dårlig, 5) Meget dårlig.

Figur 8.1.S viser udviklingen i trivsel og livskvalitet fra 2013 til 2017 i befolkningen som helhed. Spørgsmålet indgik ikke i *Hvordan har du det?*-undersøgelsen i 2010.

Fra 2013 til 2017 har der været signifikante ændringer i vurderingen af trivsel og livskvalitet ved alle fem svarmuligheder. Andelen, der angiver, at deres trivsel og livskvalitet er henholdsvis *virkelig god* og *god*, er faldet, mens der har været en stigning i andelen, der angiver, at deres trivsel og livskvalitet er *nogenlunde*, *dårlig* og *meget dårlig*.

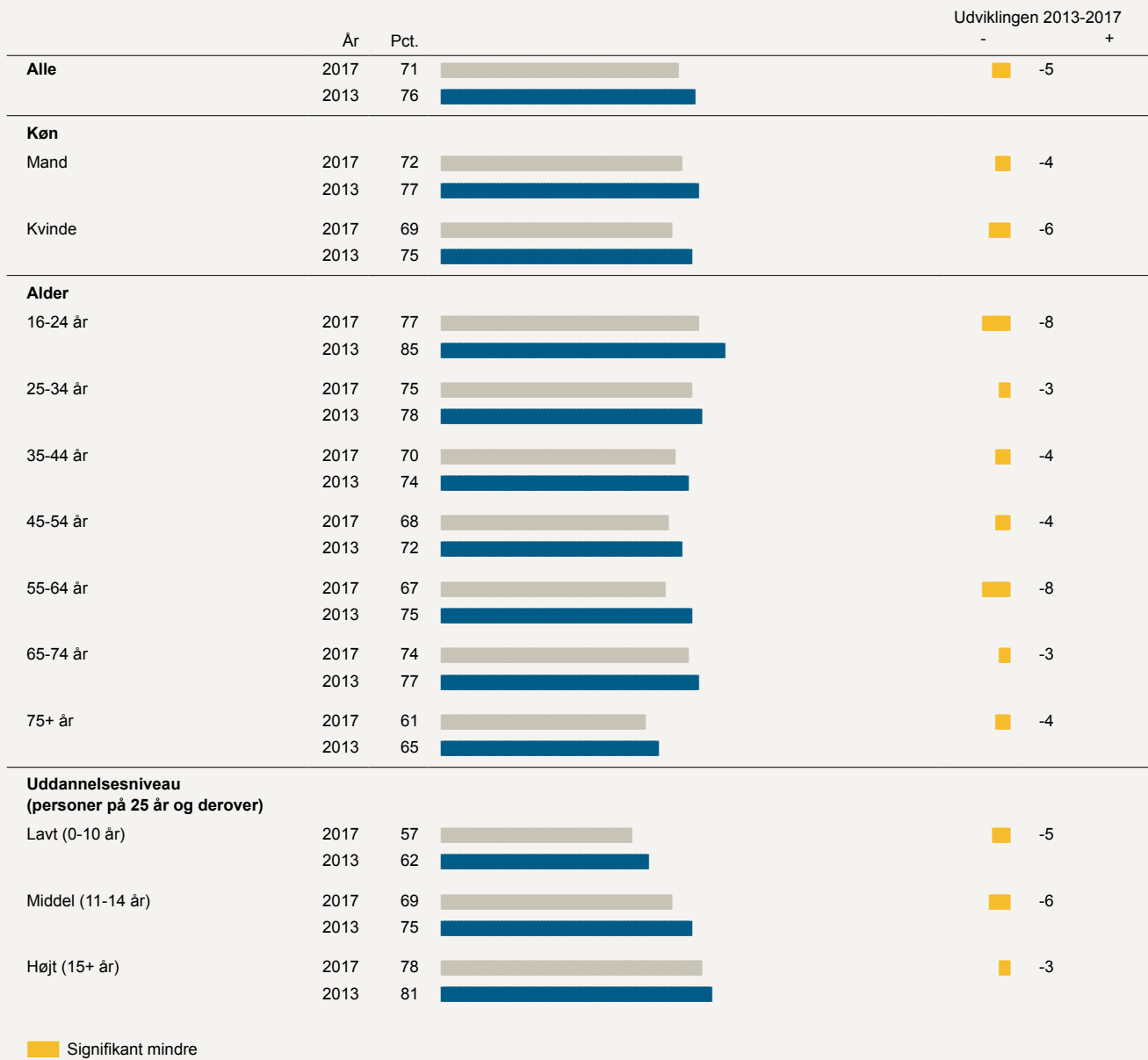
De første to svarmuligheder betegnes i det følgende som *god trivsel og livskvalitet*.

Figur 8.1.S
 Trivsel og livskvalitet. Udviklingen 2013-2017



Figur 8.2.S

God trivsel og livskvalitet – køn, alder og uddannelse. Udviklingen 2013-2017



God trivsel og livskvalitet – køn, alder og uddannelse

Figur 8.2.S viser udviklingen fra 2013 til 2017 i andelen af borgere med god trivsel og livskvalitet i forhold til køn, alder og uddannelsesniveau.

I perioden fra 2013 til 2017 er der sket et fald fra 76 % til 71 % i andelen med god trivsel og livskvalitet. Faldet ses for både mænd og kvinder, blandt alle aldersgrupper og på tværs af uddannelsesniveau. De mest markante fald er blandt de 16-24-årige og 55-64-årige, hvor andelen af borgere med god trivsel og livskvalitet er faldet henholdsvis fra 85 % til 77 % og fra 75 % til 67 %. Endvidere har faldet været større blandt personer med lavt uddannelsesniveau end blandt personer med højt uddannelsesniveau, hvilket tyder på, at den sociale ulighed i trivsel og livskvalitet er øget.

Figur 8.3.S

God trivsel og livskvalitet – kommuner. Udviklingen 2013-2017



God trivsel og livskvalitet – kommuner

Figur 8.3.S viser udviklingen fra 2013 til 2017 i andelen med god trivsel og livskvalitet i kommunerne i Region Midtjylland.

I perioden fra 2013 til 2017 har der været et signifikant fald i andelen med god trivsel og livskvalitet i alle kommuner, undtagen i Skive og på Samsø. Faldet varierer fra 3 procentpoint i Aarhus til 8 procentpoint i Viborg og Lemvig.

Stress

Stress er et væsentligt sundhedsmæssigt problem med store personlige og samfundsmæssige omkostninger og er en vigtig årsag til sygefravær (17, 18). Stress kan beskrives som en tilstand af kropslig og psykisk ubalance. Jo højere stressniveau, jo dårligere trivsel.

Stress er ikke en sygdom, men stress øger risikoen for fysisk og psykisk sygdom og forringet livskvalitet, især hvis der er tale om en tilstand, der strækker sig over en længere periode. Det oplevede stressniveau er derfor en vigtig indikator for dårlig mental sundhed.

I *Hvordan har du det?* anvendes et standardiseret og anerkendt mål for *oplevet stress*: Perceived Stress Scale (PSS) (19, 20). PSS omfatter 10 spørgsmål, der belyser, i hvilket omfang svarpersonen føler sig stresset og nervøs, samt hvorvidt han eller hun oplever sit liv som uforudsigeligt, ukontrollabelt og belastende. Personer, der scorer højt på PSS, er blandt andet mere modtagelige for forkølelse, mere sårbare over for alvorlige livsbegivenheder, har sværere ved at holde op med at ryge og har sværere ved at kontrollere blodsukkeret, hvis de har diabetes (21).

Man kan score fra 0 til 40 point på PSS. Jo højere score, jo højere grad af oplevet stress. I 2010 og 2013 var det gennemsnitlige stressniveau 11,4 på PSS. Fra 2013 til 2017 er gennemsnittet steget til 12,2.

Der skal tages forbehold for, at der i 2013 blev foretaget sproglige præciseringer af nogle af spørgsmålene, som indgår i PSS, hvilket kan have påvirket svarfordelingen. PSS-scoren fra 2013 og 2017 er baseret på de samme spørgsmål.

Til belysning af udviklingen i stressniveau er der ud fra PSS-scoren foretaget en opdeling af befolkningen i fem tilnærmelsesvis lige store grupper (kvintiler). De fem intervaller er 0-5 point, 6-9 point, 10-13 point, 14-18 point og 19-40 point.

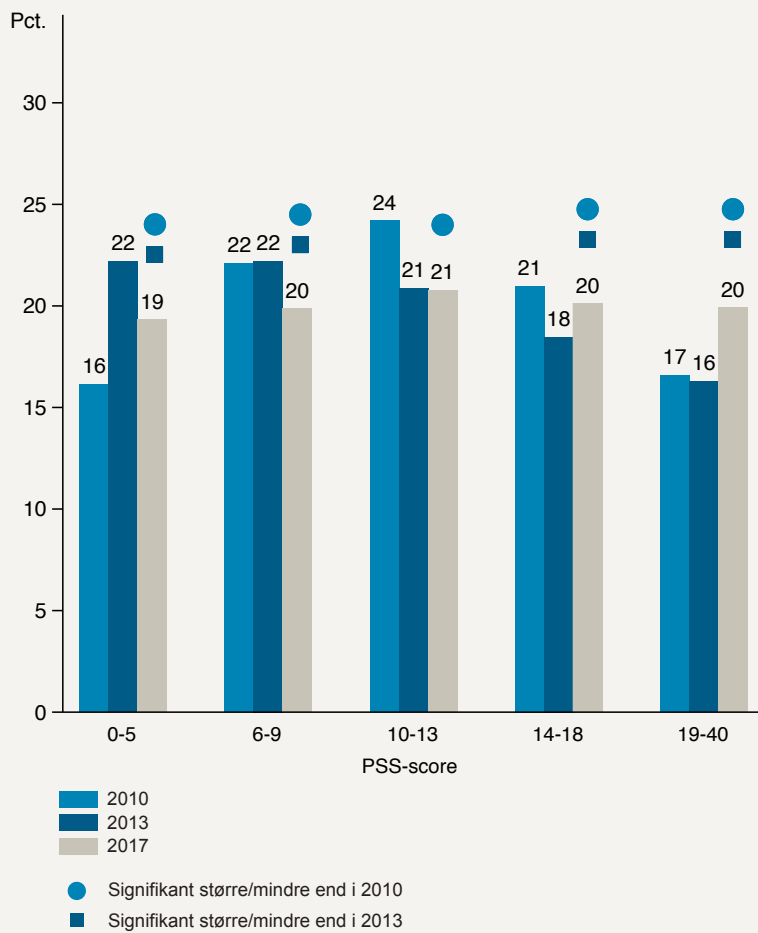
Udviklingen i stressniveau

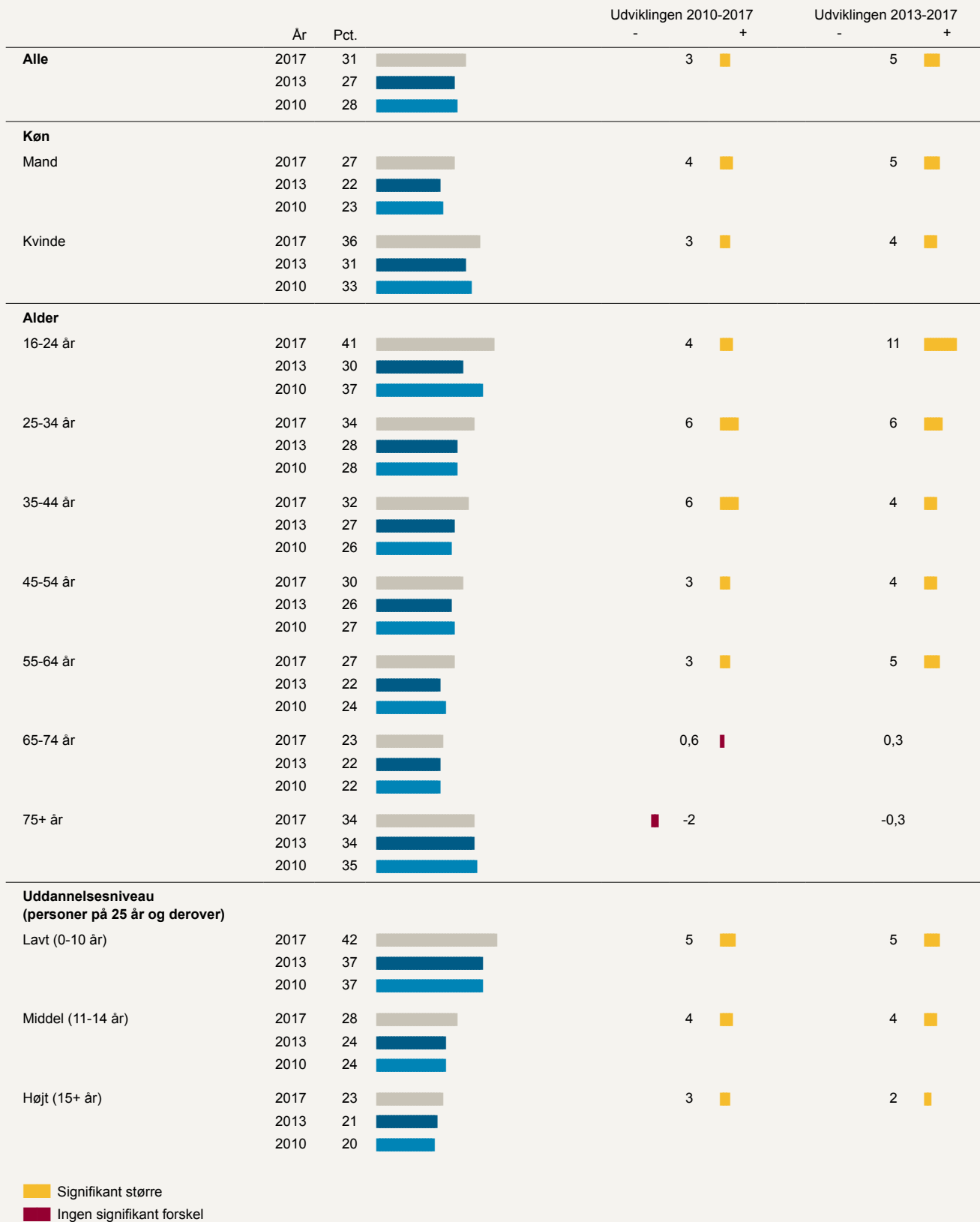
Figur 8.4.S viser udviklingen fra 2010 til 2017 i befolkningens stressniveau fordelt på de fem kvintiler. Fra 2010 til 2017 er der sket signifikante ændringer i andelen inden for alle fem kvintiler. En større andel scorer 0-5 point på PSS i 2017 sammenlignet med 2010, mens færre scorer 6-9 point, 10-13 point og 14-18 point. Herudover har der været en markant stigning i andelen i den øverste kvartil (19-40 point). Der er således sket en forskydning imod yderkategorierne, hvorved andelen i det nederste og øverste interval er øget.

Fra 2013 til 2017 har der været et fald i andelen, der scorer 0-5 point og 6-9 point på PSS, mens andelen, der scorer 14-18 point og 19-40 point, er steget. Således placerer en mindre andel sig inden for de intervaller, som indikerer et lavere stressniveau, mens en større andel placerer sig inden for de øverste intervaller, som indikerer et højere stressniveau.

PSS har ikke en indbygget definition af, hvor mange point der skal til for at have et højt stressniveau. En undersøgelse af sammenhængen mellem stress og risikoen for langtidssygemelding viser, at den relative risiko stiger betydeligt ved en PSS-score på 16 point og opefter (22). Dette indikerer, at stress især udgør en helbredsmæssig risiko for den del af befolkningen, der har et stressniveau derover. I det følgende fokuseres der på denne brede befolkningsgruppe, dvs. personer med en score på PSS på 16-40 point.

Figur 8.4.S
 Stressniveau. Udviklingen 2010-2013 og 2013-2017



Figur 8.5.SHøjt stressniveau (PSS \geq 16) – køn, alder og uddannelse. Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017

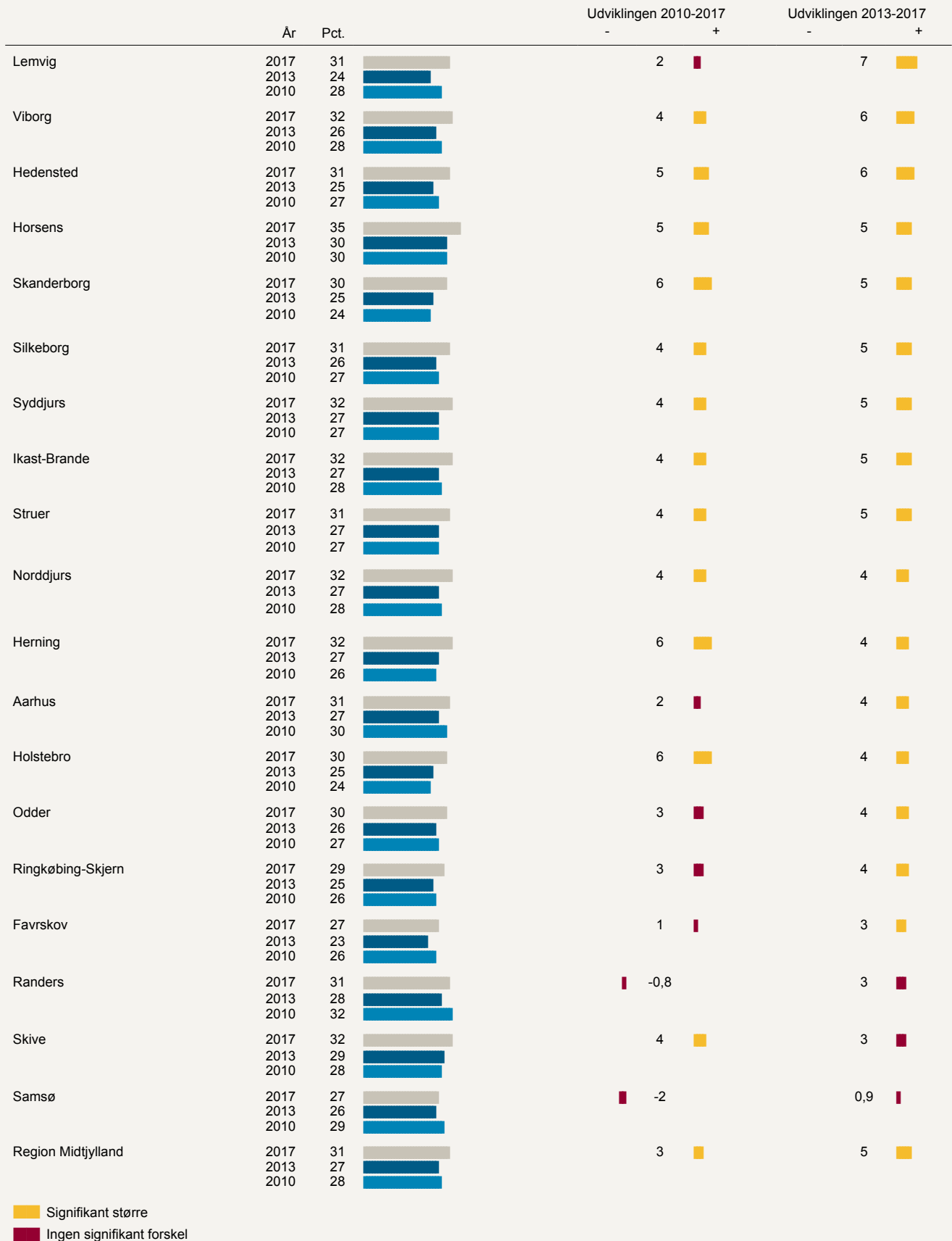
Højt stressniveau – køn, alder og uddannelse

Figur 8.5.S viser udviklingen fra 2010 til 2017 i andelen af borgere med et højt stressniveau i forhold til køn, alder og uddannelsesniveau.

Af figur 8.5.S fremgår det, at der fra 2010 til 2017 og fra 2013 til 2017 er sket en signifikant stigning i andelen med et højt stressniveau. I 2010 var der 28 % med et højt stressniveau, i 2013 var andelen 27 %, mens andelen i 2017 er steget til 31 %.

Stigningerne ses for både mænd og kvinder, blandt personer i alderen 16-64 år og på tværs af uddannelsesniveau. Fra 2013 til 2017 har der især været en stor stigning i andelen med et højt stressniveau blandt de 16-24-årige, idet andelen i perioden er steget fra 30 % til 41 %. Denne stigning skal dog ses i lyset af, at der fra 2010 til 2013 skete et større fald i andelen med højt stressniveau i denne aldersgruppe. Fra 2010 til 2017 ses blot en stigning fra 37 % til 41 %.

Stigningen i andelen med højt stressniveau har været størst blandt personer med lavt uddannelsesniveau og mindst blandt personer med højt uddannelsesniveau, hvilket tyder på, at den sociale ulighed i andelen med højt stressniveau er øget.

Figur 8.6.SHøjt stressniveau (PSS \geq 16) – kommuner. Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017

Højt stressniveau – kommuner

Figur 8.6.S viser udviklingen fra 2010 til 2017 og fra 2013 til 2017 i andelen med et højt stressniveau i kommunerne i Region Midtjylland.

I perioden fra 2010 til 2017 har der været en signifikant stigning i andelen med et højt stressniveau i følgende kommuner:

- Viborg
- Hedensted
- Horsens
- Skanderborg
- Silkeborg
- Syddjurs
- Ikast-Brande
- Struer
- Norddjurs
- Herning
- Holstebro
- Skive

Stigningen varierer fra 4 procentpoint i Viborg, Silkeborg, Syddjurs, Ikast-Brande, Struer, Norddjurs og Skive til 6 procentpoint i Skanderborg, Herning og Holstebro.

I perioden fra 2013 til 2017 har der været en signifikant stigning i andelen med et højt stressniveau i alle kommuner, undtagen i Randers, Skive og på Samsø. Stigningen varierer fra 3 procentpoint i Favrskov til 7 procentpoint i Lemvig.

Generet af angst og anspændthed

De fleste mennesker oplever indimellem helbreds-gener og symptomer, f.eks. symptomer på angst og anspændthed (23). Sådanne helbreds-gener og symp-tomer kan påvirke den enkeltes trivsel og være årsag til sygefravær (24, 25). Udviklingen i forekomsten af mentale helbreds-gener kan derfor bidrage til at belyse befolkningens mentale sundhed.

Angstlidelser dækker over en række nervøse og stressrelaterede tilstande. Forekomsten af angstlidelser inden for de foregående 12 måneder skønnes at være 6-18 % på befolkningsniveau med hyppigere forekomst hos kvinder end hos mænd (26). Såfremt lidelserne ikke behandles med psykoterapi og/eller medicin, er de forbundet med nedsat livskvalitet og kan blandt andet være hindrende for uddannelse, beskæftigelse og socialt samvær (26, 27). Ifølge rapporten *Sygdomsbyrden i Danmark* (28) er angsttilstande den betydeligste årsag til førtidspension, idet godt 1.900 tilkendelser om året tilskrives en angsttilstand, svarende til hver ottende nytilkendelse.

I *Hvordan har du det?* indgår et spørgsmål, der belyser, om deltagerne inden for de seneste 14 dage har været generet af ængstelse, nervøsitet, uro og angst. Svarmulighederne er: 1) Ja, meget generet, 2) Ja, lidt generet og 3) Nej.

Det skal understreges, at der ikke er tale om et spørgsmål, som bygger på diagnostiske kriterier for angsttilstande. Det enkeltstående spørgsmål anvendes alene til at belyse, om deltagerne selv oplever at være generet af de nævnte symptomer.

Figur 8.7.S viser udviklingen fra 2010 til 2017 i andelen af befolkningen, der er generet af ængstelse, nervøsitet, uro og angst.

I perioden fra 2010 til 2017 har der været en stigning i andelen, der svarer, at de er henholdsvis *meget* eller *lidt* generet af ængstelse, nervøsitet, uro og angst. Tilsvarende er der sket et fald i andelen, der svarer, at de ikke er generet af ængstelse, nervøsitet, uro og angst.

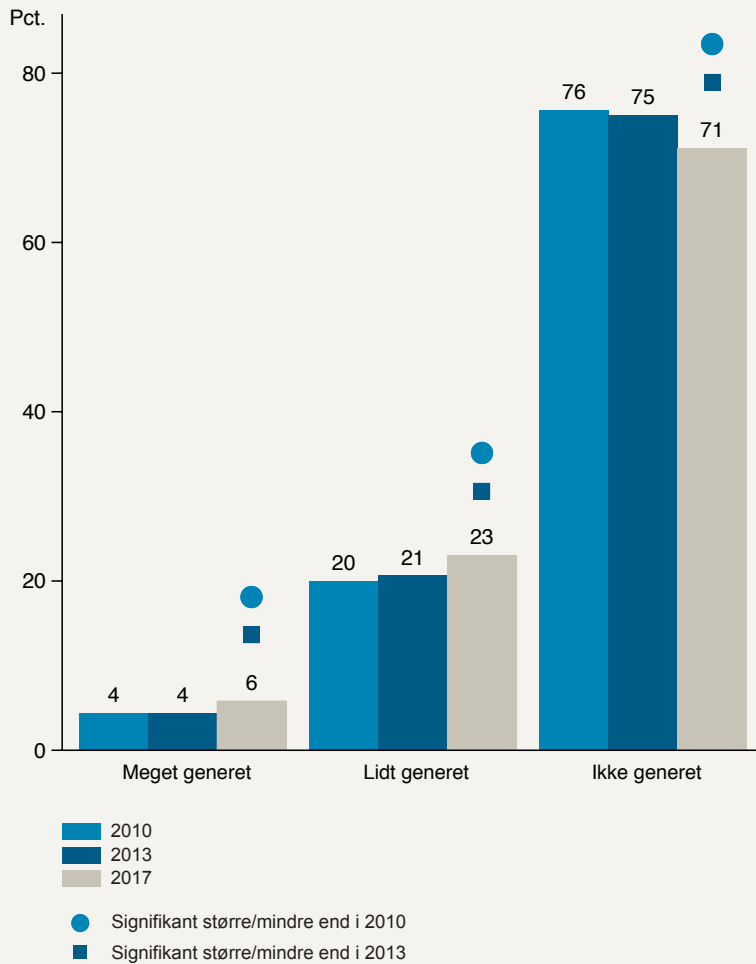
I perioden fra 2013 til 2017 har der ligeledes været en stigning i andelen, der svarer, at de er henholdsvis *meget* eller *lidt* generet af ængstelse, nervøsitet, uro

og angst. Tilsvarende er der også i denne periode sket et fald i andelen, der svarer, at de ikke er generet af ængstelse, nervøsitet, uro og angst.

I det følgende fokuseres der på den del af befolkningen, der har angivet, at de er *meget* generet af ængstelse, nervøsitet, uro og angst. Denne gruppe betegnes *generet af angst og anspændthed*.

Figur 8.7.S

Generet af ængstelse, nervøsitet, uro og angst inden for de seneste 14 dage.
Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017



Figur 8.8.S

Generet af angst og anspændthed – køn, alder og uddannelse.
Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017

	År	Pct.	Udviklingen 2010-2017		Udviklingen 2013-2017	
			-	+	-	+
Alle	2017	6		1		1
	2013	4				
	2010	4				
Køn						
Mand	2017	4		0,7		1
	2013	3				
	2010	3				
Kvinde	2017	7		2		2
	2013	6				
	2010	5				
Alder						
16-24 år	2017	10		6		6
	2013	4				
	2010	4				
25-34 år	2017	6		2		1
	2013	5				
	2010	4				
35-44 år	2017	5		2		0,8
	2013	5				
	2010	4				
45-54 år	2017	6		0,0		0,6
	2013	5				
	2010	6				
55-64 år	2017	5		0,4		1
	2013	4				
	2010	5				
65-74 år	2017	3		0,3		0,1
	2013	3				
	2010	3				
75+ år	2017	4		-0,5		-0,3
	2013	5				
	2010	5				
Uddannelsesniveau (personer på 25 år og derover)						
Lavt (0-10 år)	2017	8		1		0,4
	2013	8				
	2010	7				
Middel (11-14 år)	2017	5		0,8		0,8
	2013	4				
	2010	4				
Højt (15+ år)	2017	4		0,3		0,7
	2013	3				
	2010	3				

 Signifikant større
 Ingen signifikant forskel

Generet af angst og anspændthed – køn, alder og uddannelse

Af figur 8.8.S fremgår udviklingen fra 2010 til 2017 i andelen af borgere, der er generet af angst og anspændthed i forhold til køn, alder og uddannelsesniveau.

I perioden fra 2010 til 2017 har der været en signifikant stigning i andelen, der er generet af angst og anspændthed. Stigningen ses for både mænd og kvinder, blandt personer i alderen 16-44 år og for personer med middelhøjt uddannelsesniveau. Den største stigning ses blandt de 16-24-årige.

I perioden fra 2013 til 2017 har der ligeledes været en signifikant stigning i andelen, der er generet af angst og anspændthed. Denne stigning ses for både mænd og kvinder, personer i alderen 16-34 år og 55-64 år og blandt personer med et middelhøjt uddannelsesniveau. Den mest markante stigning er hos de 16-24-årige, idet andelen, der er generet af angst og anspændthed, er steget fra 4 % til 10 %.

Figur 8.9.S

Genereret af angst og anspændthed – kommuner. Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017



Generet af angst og anspændthed – kommuner

Figur 8.9.S viser udviklingen fra 2010 til 2017 i andelen, der er generet af angst og anspændthed, i kommunerne i Region Midtjylland.

I perioden fra 2010 til 2017 har der været en signifikant stigning i andelen, der er generet af angst og anspændthed, i følgende kommuner:

- Hedensted
- Samsø
- Syddjurs
- Herning
- Odder
- Favrskov
- Skive
- Viborg
- Skanderborg
- Ikast-Brande
- Horsens

Stigningen varierer fra 1 procentpoint i Favrskov til 3 procentpoint i Hedensted, Samsø, Odder, Skive og Ikast-Brande.

I perioden fra 2013 til 2017 har der været en signifikant stigning i andelen, der er generet af angst og anspændthed, i følgende kommuner:

- Hedensted
- Samsø
- Ringkøbing-Skjern
- Syddjurs
- Herning
- Odder
- Favrskov
- Aarhus

Stigningen varierer fra 1 procentpoint i Aarhus til 3 procentpoint i Hedensted.

Ensomhed

Ensomhed er et selvstændigt folkesundhedsproblem, som har negative konsekvenser for trivsel og helbred. Det er væsentligt at skelne mellem social isolation (at være alene), som er et objektivi forhold, der eventuelt kan være årsag til ensomhed, og følelsen af ensomhed, der både kan opstå, når man er alene, og når man er omgivet af andre mennesker (29, 30). Følelsen af ensomhed er primært forbundet med kvaliteten af den enkeltes relationer frem for antallet af relationer (31, 32).

I *Hvordan har du det?* anvendes et standardiseret mål for ensomhed: the Three-Item Loneliness Scale (T-ILS) (33). T-ILS omfatter 3 spørgsmål, der belyser, i hvilket omfang svarpersonen føler sig isoleret, savner nogen at være sammen med og føler sig udenfor. T-ILS er en forkortet version af UCLA Loneliness Scale (UCLA) (34), som er det mest anvendte og anerkendte instrument i forhold til måling af ensomhed. Skalaen foreligger på dansk i en valideret udgave (35). T-ILS er udviklet til brug i befolkningsundersøgelser (33), men har ikke en indbygget definition af, hvor mange point der skal til, for at en svarperson føler sig ensom. Man kan score fra 3 til 9 point på T-ILS. Jo højere score, jo højere grad af oplevet ensomhed. Der er valgt en konservativ tilgang til identifikation af personer, der føler sig ensomme. Det medfører, at en score på 7-9 klassificeres som svær ensomhed (36). Denne tilgang indebærer, at man for at blive klassificeret som svært ensom skal svare 'ofte' på et af de tre spørgsmål og 'engang imellem' til de andre spørgsmål eller 'ofte' på to af de tre spørgsmål og 'sjældent' på det tredje spørgsmål. T-ILS indgik ikke i *Hvordan har du det?* i 2010. Det er således kun muligt at belyse udviklingen i forekomsten af ensomhed fra 2013 til 2017.

Udviklingen i ensomhed

Figur 8.10.S viser udviklingen i andelen af svært ensomme (T-ILS-score ≥ 7). Fra 2013 til 2017 har der været en signifikant stigning i andelen af svært ensomme fra 5 % til 8 %.

I 2013 lød et af de tre spørgsmål, som indgår i T-ILS: "Hvor ofte føler du dig holdt udenfor?" Dette spørgsmål er i 2017 ændret til: "Hvor ofte føler du dig udenfor?" Det nye spørgsmål vurderes at være mere

dækkende end det oprindelige i forhold til ensomhedsbegrebet (37, 38), som fremhæver den enkeltes subjektive oplevelse og ikke lægger vægt på andres sociale ageren (at *holde* nogen udenfor).

Det skønnes ud fra forskellige regnemetoder, at cirka halvdelen af stigningen fra 5 % til 8 % må tilskrives den ændrede spørgsmålsformulering. Beregningen bygger på den antagelse, at udviklingen fra 2013 til 2017 ville have været cirka den samme på det ændrede spørgsmål som på de to uændrede spørgsmål, såfremt der ikke var ændret på formuleringen af det. I det følgende belyses udviklingen fra 2013 til 2017 på baggrund af de tre selvstændige spørgsmål.

Af figur 8.11.S, 8.12.S og 8.13.S fremgår det, at der er sket en signifikant stigning fra 2013 til 2017 i andelen, der angiver, at de *ofte* føler sig isoleret, *ofte* savner nogen at være sammen med og *ofte* føler sig (holdt) udenfor.

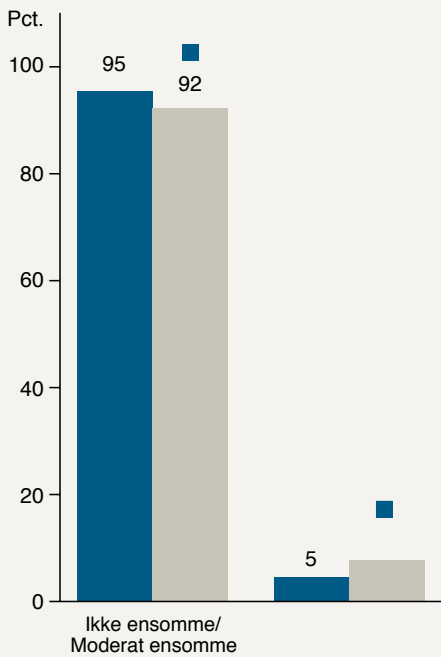
Tilsvarende fremgår det, at der også er sket en signifikant stigning i andelen, der angiver, at de *engang imellem* føler sig isoleret, *engang imellem* savner nogen at være sammen med og *engang imellem* føler sig (holdt) udenfor.

Der ses således samme tendens på tværs af alle tre spørgsmål. Dog er stigningen i andelen, der svarer *ofte* og *engang imellem*, størst på spørgsmålet "Føler du dig holdt udenfor?"/"Føler du dig udenfor?", hvor der fra 2013 til 2017 er foretaget en ændring i spørgsmålsformuleringen. Det tyder dermed på, at ændringen har haft betydning for deltagernes svar, og at andelen, der *føler sig udenfor*, er større end andelen, der *føler sig holdt udenfor*.

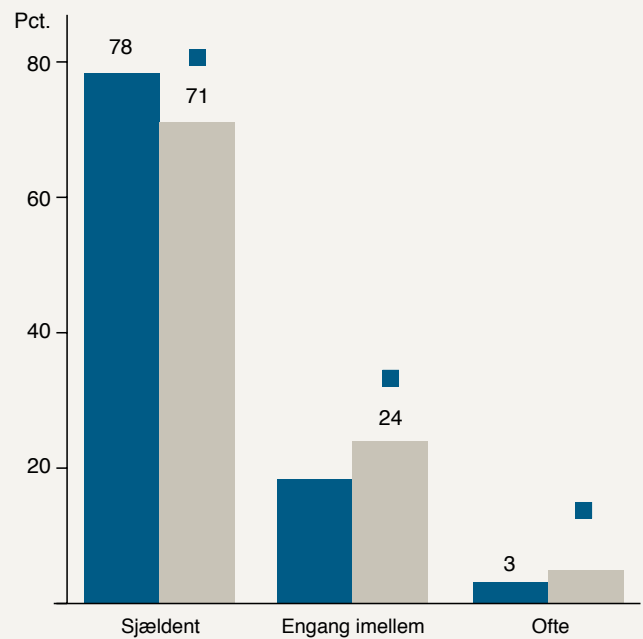
I det følgende sættes der fokus på udviklingen i andelen, der har svaret *ofte* på de to spørgsmål, som er uændrede fra 2013 til 2017, på tværs af køn, alder og uddannelse samt på kommuneniveau.

Figur 8.10.S, 8.11.S, 8.12.S og 8.13.S
 Ensomhed. Udviklingen 2013-2017

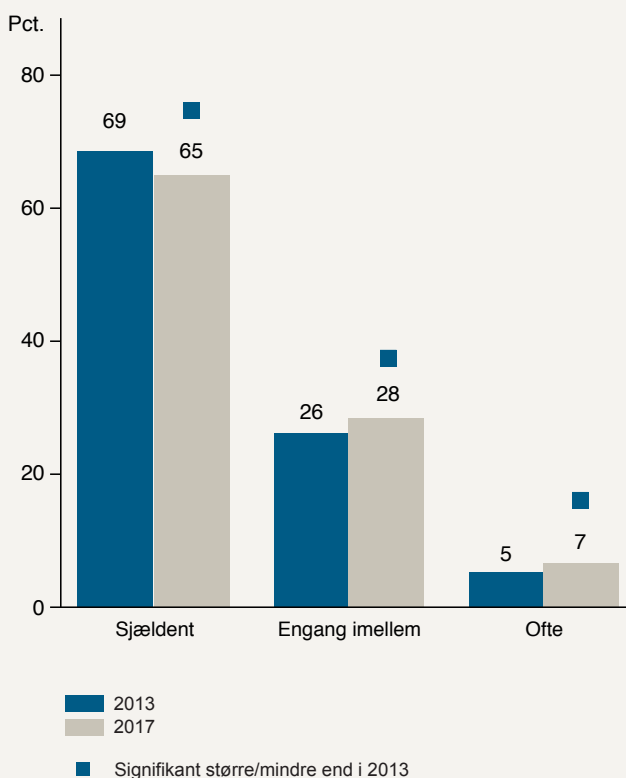
Figur 8.10.S
 Ensomhed (T-ILS-score ≥ 7).
 Udviklingen 2013-2017



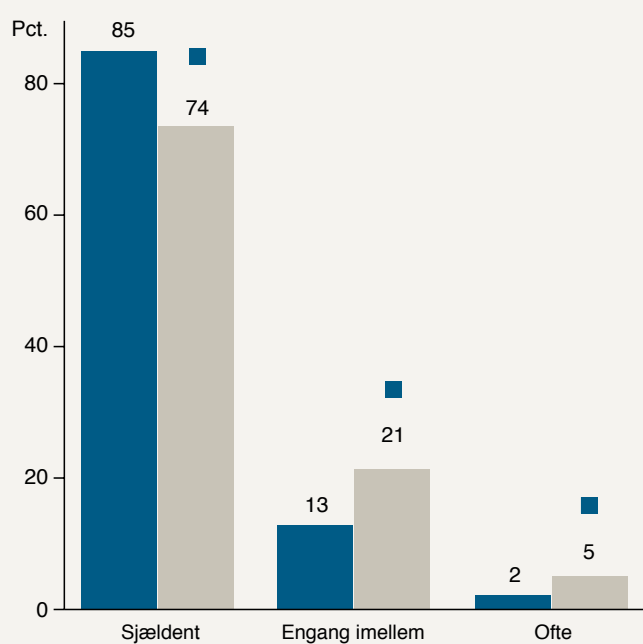
Figur 8.11.S
 Hvor ofte føler du dig isoleret fra andre?
 Udviklingen 2013-2017



Figur 8.12.S
 Hvor ofte føler du, at du savner nogen at være sammen med?
 Udviklingen 2013-2017





Figur 8.13.S
 Hvor ofte føler du dig holdt udenfor?/Hvor ofte føler du dig udenfor?
 Udviklingen 2013-2017



Figur 8.14.S

Ensomhed – køn, alder og uddannelse. Udviklingen 2013-2017

	Føler sig ofte isoleret		Udviklingen 2013-2017		Savner ofte nogen at være sammen med		Udviklingen 2013-2017	
	År	Pct.	-	+	År	Pct.	-	+
Alle	2017	5	2		2017	7	1	
	2013	3			2013	5		
Køn								
Mand	2017	5	2		2017	6	1	
	2013	3			2013	5		
Kvinde	2017	5	2		2017	7	1	
	2013	3			2013	6		
Alder								
16-24 år	2017	8	4		2017	11	3	
	2013	4			2013	8		
25-34 år	2017	6	2		2017	8	0,1	
	2013	4			2013	8		
35-44 år	2017	5	2		2017	6	2	
	2013	3			2013	4		
45-54 år	2017	5	2		2017	6	1	
	2013	3			2013	5		
55-64 år	2017	4	0,7		2017	6	1	
	2013	3			2013	4		
65-74 år	2017	2	0,6		2017	4	0,7	
	2013	2			2013	3		
75+ år	2017	3	0,0		2017	6	2	
	2013	3			2013	5		
Uddannelsesniveau (personer på 25 år og derover)								
Lavt (0-10 år)	2017	7	2		2017	10	3	
	2013	5			2013	7		
Middel (11-14 år)	2017	4	1		2017	5	1	
	2013	3			2013	4		
Højt (15+ år)	2017	3	1		2017	4	0,2	
	2013	2			2013	4		

 Signifikant større
 Ingen signifikant forskel

Ensomhed – køn, alder og uddannelse

Figur 8.14.S viser udviklingen fra 2013 til 2017 i andelen, der ofte føler sig isoleret, i forhold til køn, alder og uddannelsesniveau.

I perioden fra 2013 til 2017 har der været en stigning i andelen, der ofte føler sig isoleret, fra 3 % til 5 %. Stigningen ses for både mænd og kvinder, for personer i alderen 16-54 år og på tværs af uddannelsesniveau. Den mest markante stigning ses hos de 16-24-årige, hvor andelen, der ofte føler sig isoleret, er fordoblet fra 4 % til 8 %. Der ses endvidere en stigning fra 5 % til 7 % i andelen, der ofte savner nogen at være sammen med, blandt personer med lavt uddannelsesniveau, mens andelen er steget fra 2 % til 3 % for personer med højt uddannelsesniveau.

Figur 8.14.S viser ligeledes udviklingen fra 2013 til 2017 i andelen, der ofte savner nogen at være sammen med, i forhold til køn, alder og uddannelsesniveau.

I perioden fra 2013 til 2017 har der været en stigning i andelen, der ofte savner nogen at være sammen med, fra 5 % til 7 %. Stigningen ses for både mænd og kvinder, for personer i alderen 16-24 år, 35-44 år, 55-64 år og 75 år og derover samt for personer med lavt og middelhøjt uddannelsesniveau. Stigningen er markant blandt de 16-24-årige, hvor andelen, der ofte savner nogen at være sammen med, er steget fra 8 % til 11 %. Der ses endvidere en markant stigning fra 7 % til 10 % i andelen, der ofte savner nogen at være sammen med, blandt personer med lavt uddannelsesniveau, mens andelen ligger uændret på 4 % blandt personer med højt uddannelsesniveau. Det tyder derfor på, at udviklingen fra 2013 til 2017 har øget den sociale ulighed i ensomhed.

Figur 8.15.S
Ensomhed – kommuner. Udviklingen 2013-2017

	Føler sig ofte isoleret		Udviklingen 2013-2017		Savner ofte nogen at være sammen med		Udviklingen 2013-2017	
	År	Pct.	-	+	År	Pct.	-	+
Silkeborg	2017	5		3	2017	7		3
	2013	2			2013	4		
Odder	2017	5		2	2017	7		3
	2013	3			2013	4		
Ringkøbing-Skjern	2017	5		2	2017	7		3
	2013	3			2013	4		
Samsø	2017	4		0,7	2017	7		3
	2013	4			2013	4		
Favrskov	2017	4		2	2017	5		3
	2013	2			2013	3		
Norddjurs	2017	5		1	2017	8		2
	2013	3			2013	5		
Hedensted	2017	6		3	2017	7		2
	2013	3			2013	5		
Syddjurs	2017	5		2	2017	6		2
	2013	3			2013	4		
Ikast-Brande	2017	4		1	2017	6		2
	2013	3			2013	5		
Herning	2017	5		2	2017	7		2
	2013	3			2013	5		
Lemvig	2017	4		1	2017	5		1
	2013	3			2013	4		
Skive	2017	5		2	2017	7		1
	2013	3			2013	5		
Aarhus	2017	6		2	2017	7		0,9
	2013	4			2013	6		
Viborg	2017	5		1	2017	6		0,6
	2013	3			2013	6		
Holstebro	2017	3		0,3	2017	6		0,6
	2013	3			2013	5		
Horsens	2017	6		3	2017	7		0,6
	2013	3			2013	6		
Randers	2017	4		0,1	2017	7		0,4
	2013	4			2013	7		
Skanderborg	2017	5		2	2017	6		0,3
	2013	3			2013	5		
Struer	2017	5		3	2017	6		-0,4
	2013	3			2013	6		
Region Midtjylland	2017	5		2	2017	7		1
	2013	3			2013	5		

■ Signifikant større
■ Ingen signifikant forskel

Ensomhed – kommuner

Figur 8.15.S viser udviklingen fra 2013 til 2017 i andelen, der ofte føler sig isoleret, og som ofte savner nogen at være sammen med, i kommunerne i Region Midtjylland.

I perioden fra 2013 til 2017 har der været en signifikant stigning i andelen, der ofte føler sig isoleret, i følgende kommuner:

- Silkeborg
- Odder
- Ringkøbing-Skjern
- Favrskov
- Hedensted
- Syddjurs
- Herning
- Aarhus
- Horsens
- Skanderborg
- Struer

Stigningen varierer fra 2 procentpoint i Odder, Ringkøbing-Skjern, Favrskov, Syddjurs, Herning, Aarhus og Skanderborg til 3 procentpoint i Silkeborg, Hedensted, Horsens og Struer.

I perioden fra 2013 til 2017 har der været en signifikant stigning i andelen, der ofte savner nogen at være sammen med, i følgende kommuner:

- Silkeborg
- Odder
- Ringkøbing-Skjern
- Samsø
- Favrskov
- Norddjurs
- Hedensted
- Syddjurs

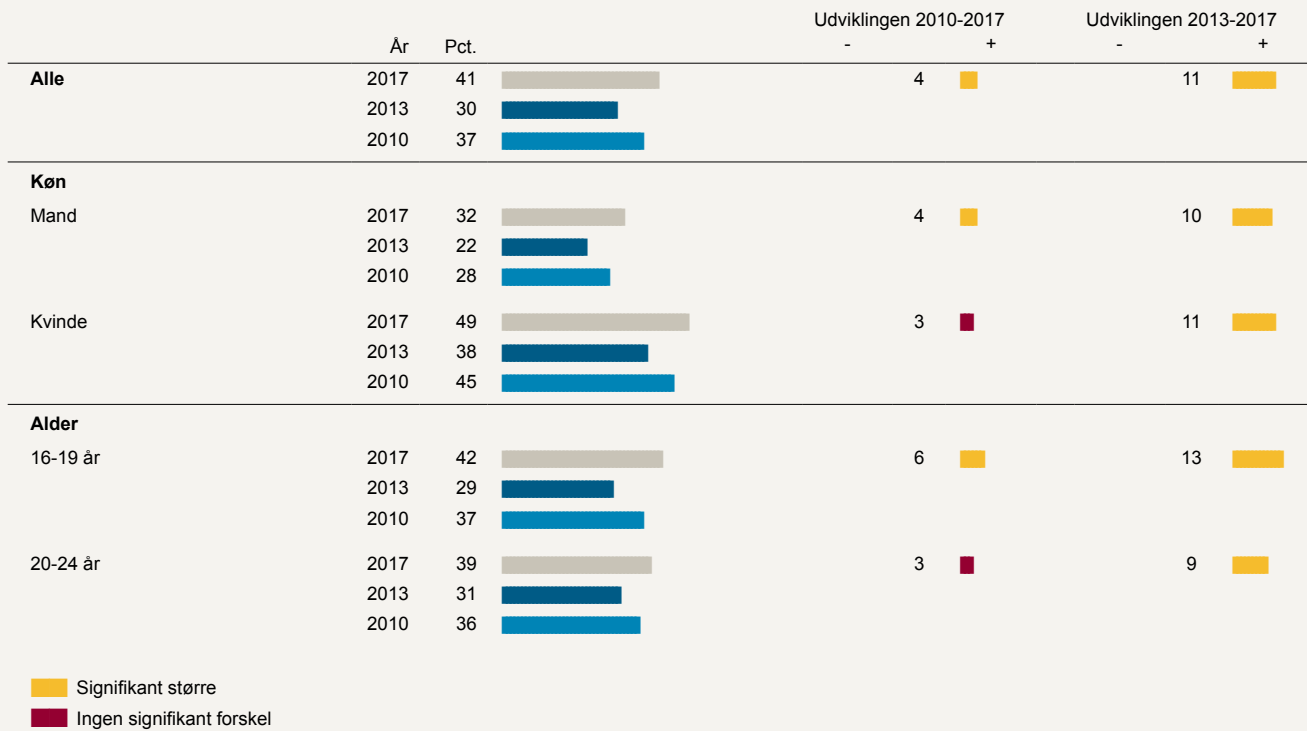
Stigningen varierer fra 2 procentpoint i Norddjurs, Hedensted og Syddjurs til 3 procentpoint i Silkeborg, Odder, Ringkøbing-Skjern, Samsø og Favrskov.

Udviklingen i unges mentale sundhed

Som nævnt i indledningen til dette kapitel er der god grund til at lave indsatser i ungdomsårene, da mange mentale helbredsproblemer opstår i denne livsfase (13). Samtidig udgør mentale helbredsproblemer en stor del af sygdomsbyrden hos unge (antal år, som går tabt pga. nedsat funktionsevne eller for tidlig død) (1).

Danske undersøgelser tyder på, at der inden for de seneste 20 år er sket en stigning i andelen af unge med dårlig mental sundhed og mentale helbredsproblemer (1). I tråd hermed viser analyserne i dette kapitel, at der er sket en markant stigning i forekomsten af højt stressniveau, andelen, der er generet af angst og anspændthed, og forekomsten af svær ensomhed blandt de unge på 16-24 år. Derfor sættes der i det følgende fokus på udviklingen i unges mentale sundhed i forhold til køn og alder.

Spørgsmål vedrørende depression, selvskadende adfærd og risikoadfærd for udvikling af spiseforstyrrelse blandt unge indgik ikke i *Hvordan har du det?* i 2010 og 2013. Det er således ikke muligt at belyse udviklingen på disse sundhedsmål.

Figur 8.16.SHøjt stressniveau (PSS \geq 16) blandt unge – køn og alder. Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017

Højt stressniveau blandt unge – køn og alder

Figur 8.16.S viser udviklingen fra 2010 til 2017 i andelen med højt stressniveau blandt unge i forhold til køn og alder.

I perioden fra 2010 til 2017 er der sket en stigning i andelen med et højt stressniveau blandt mænd og 16-19 årige.

I perioden fra 2013 til 2017 er der sket en kraftig stigning i andelen med højt stressniveau blandt unge på tværs af køn og begge aldersgrupper. Blandt de 16-19-årige er andelen med højt stressniveau steget fra 29 % til 42 %.

Figur 8.17.S

Genereret af angst og anspændthed blandt unge – køn og alder. Udviklingen 2010-2017 og 2013-2017

	År	Pct.	Udviklingen 2010-2017		Udviklingen 2013-2017	
			-	+	-	+
Alle	2017	10				
	2013	4				
	2010	4				
Køn						
Mand	2017	6				
	2013	2				
	2010	3				
Kvinde	2017	14				
	2013	5				
	2010	5				
Alder						
16-19 år	2017	11				
	2013	4				
	2010	3				
20-24 år	2017	9				
	2013	3				
	2010	4				

■ Signifikant større

Genereret af angst og anspændthed blandt unge – køn og alder

Figur 8.17.S viser udviklingen fra 2010 til 2017 i andelen af unge, der er generet af angst og anspændthed, i forhold til køn og alder.

Af figur 8.17.S fremgår det, at der fra 2010 til 2017 og fra 2013 til 2017 er sket en signifikant stigning i andelen, der er generet af angst og anspændthed, for både unge mænd og kvinder og på tværs af de to aldersgrupper.

Det skal fremhæves at andelen af unge, der er generet af angst og anspændthed, var stort set uændret fra 2010 til 2013. Fra 2013 til 2017 er der tilgængæld

sket en markant stigning i andelen af unge, der er generet af angst og anspændthed, på tværs af køn og alder. Især er der sket en stor stigning i andelen af unge kvinder, der er generet af angst og anspændthed, hvor andelen er øget fra 5 % til 14 %.

Figur 8.18.S

Ensomhed blandt unge – køn og alder. Udviklingen 2013-2017

	Føler sig ofte isoleret		Udviklingen 2013-2017		Savner ofte nogen at være sammen med		Udviklingen 2013-2017	
	År	Pct.	-	+	År	Pct.	-	+
Alle	2017	8		4	2017	11		3
	2013	4			2013	8		
Køn								
Mand	2017	8		4	2017	10		4
	2013	4			2013	6		
Kvinde	2017	9		3	2017	12		3
	2013	5			2013	9		
Alder								
16-19 år	2017	7		3	2017	12		3
	2013	4			2013	8		
20-24 år	2017	9		4	2017	11		4
	2013	5			2013	7		

■ Signifikant større

Ensomhed blandt unge – køn og alder

Figur 8.18.S viser udviklingen fra 2013 til 2017 i andelen af unge, der ofte føler sig isoleret og ofte savner nogen at være sammen med, i forhold til køn og alder.

Det fremgår, at der i perioden fra 2013 til 2017 er sket markante stigninger i andelen af unge, der ofte føler sig isoleret og ofte savner nogen at være sammen med, for både unge mænd og kvinder og på tværs af de to aldersgrupper. Der ses ikke nogen væsentlig variation i stigningerne på tværs af køn og aldersgrupper.

Sammenfatning

I perioden fra 2013 til 2017 er der sket et fald i andelen af befolkningen, der har en god trivsel og livskvalitet. I 2013 var der 76 %, der angav, at de havde en god trivsel og livskvalitet, mens andelen i 2017 er faldet til 71 %. Faldet er særligt stort for personer i alderen 16-24 år og 55-64 år. Endvidere ses et større fald i andelen med god trivsel og livskvalitet blandt lavtuddannede, end højtuddannede. Faldet i andelen, der har en god trivsel og livskvalitet, er sket i alle kommuner, undtagen i Skive og på Samsø.

Der har været en stigning i andelen af personer med et højt stressniveau i perioden fra 2010 til 2017 og fra 2013 til 2017. I 2010 var der 28 % med et højt stressniveau. I 2013 var andelen 27 %, og i 2017 er andelen steget til 31 %. Stigningen fra 2010 til 2017 ses på tværs af køn, blandt personer i alderen 16-64 år og på tværs af uddannelsesniveau og er størst blandt de unge på 16-24 år. Stigningen i andelen med et højt stressniveau er fra 2013 til 2017 sket i alle kommuner, undtagen i Randers, Skive og på Samsø.

I perioden fra 2010 til 2017 og fra 2013 til 2017 har der ligeledes været en signifikant stigning i andelen, der er generet af angst og anspændthed. Denne stigning ses fra 2013 til 2017 hos begge køn, personer i alderen 16-34 år og 55-64 år og personer med et middelhøjt uddannelsesniveau. Den mest markante stigning er sket hos de 16-24-årige unge, idet andelen, der er generet af angst og anspændthed, er steget fra 4 % til 10 %. Blandt de unge kvinder er andelen endda steget fra 5 % til 14 %.

I perioden fra 2013 til 2017 er der sket en stigning i andelen af befolkningen, der er svært ensom. Stigningen er størst blandt de unge, hvor andelen, der angiver, at de ofte føler sig isoleret, er steget fra 4 % til 8 %, og andelen, der angiver, at de ofte savner nogen at være sammen med, er steget fra 8 % til 11 %. Endvidere ses en større stigning i andelen, der ofte føler sig isoleret og ofte savner nogen at være sammen med, blandt personer med lavt uddannelsesniveau end blandt personer med højt uddannelsesniveau.

Sammenfattende er der fra 2010 til 2017 og fra 2013 til 2017 sket en negativ udvikling i den mentale sundhed i Region Midtjylland, og forværringen er mest udtalt blandt de unge. Endvidere tyder det på, at den sociale ulighed i mental sundhed, opgjort ud fra uddannelsesniveau, er blevet større.

Referencer

1. Due P, Diderichsen F, Meilstrup C, Nordentoft M, Obel C, Sandbæk A. Børn og unges mentale helbred. København: Vidensråd for forebyggelse; 2014.
2. Stefansson C. Major public health problems – mental ill-health. *Scand J Public Health*. 2006;34(67):87-103.
3. World Health Organization. Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options. Summary report. A report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Prevention Research Centre of the Universities of Nijmegen and Maastricht. Genève: WHO; 2004.
4. World Health Organization. Promoting mental health. Summary report. A Report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne. Genève: WHO; 2004.
5. World Health Organization. The world health report 2001 – mental health: new understanding, new hope. Switzerland: WHO; 2001.
6. Christensen AI, Davidsen M, Kjøller M, Juel K. Mental sundhed blandt voksne danskere. København: Sundhedsstyrelsen; 2010.
7. Christensen AI, Davidsen M, Ekholm O, Pedersen PV, Juel K. Danskernes sundhed – den nationale sundhedsprofil 2014. København: Sundhedsstyrelsen; 2014.
8. Regeringens udvalg om psykiatri. Indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – udviklingen i diagnoser og behandling. Bilagsrapport 2. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse; 2013.
9. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke om mental sundhed. København: Sundhedsstyrelsen; 2012.
10. Christiansen NS, Holmberg T, Hærvig KK, Christensen AI, Rod MH. Kortlægning: Kommunernes arbejde med implementering af Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker 2015. Udvikling i arbejdet fra 2013-2015. København: Statens Institut for Folkesundhed; 2015.
11. Health and Social Care Information Centre. Fundamental fact about mental health 2015. London: Mental Health Foundation; 2015.
12. Ormel J, Petukhova M, Chatterji S, et al. Disability and treatment of specific mental and physical disorders across the world. *Br J Psychiatry* 2008; 192: 368-375.
13. Elliot I. Poverty and Mental Health: A review to inform the Joseph Rowntree Foundation's Anti-Poverty Strategy. London: Mental Health Foundation; 2016.
14. Camfield L, Skevington S. On subjective well-being and quality of life. *J Health Psychol*. 2008;13(6):764-775.
15. Næss S, Moun T. Livskvalitet: forskning om det gode liv. Bergen: Fagbokforlaget; 2011.
16. Kajandi M. Livskvalitet. Uppsala: Psykologiske enheten, Forskningsklinikken, Ulleråkers sjukhus; 1985.
17. Pallesen E, Dahl T, Jensen OK, Christiansen D, Knudsen B, Ruby K. Hospitalsbaseret rehabilitering af sygemeldte – beskrivelse af den tværfaglige og tværsektorielle indsats. Århus: Center for Folkesundhed; 2008.
18. Holmgren K, et al. The prevalence of work-related stress, and its association with self-perceived health and sick-leave, in a population of employed Swedish women. *BMC Public Health*. 2009;9(73):73-82.
19. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav*. 1983;24(4):385-396.
20. Cohen S, Williamson G. Perceived stress in a probability sample of the United States. I: Spacapan S, Oskamp S, red. *The social psychology of health*. Newbury Park, CA: Sage; 1988.
21. Cohen S, Tyrrell DAJ, Smith AP. Negative life events, perceived stress, negative affect, and susceptibility to the common cold. *J Pers Soc Psychol*. 1993;64(1):131-140.
22. Kellenberger S, Larsen FB. Stress øger risikoen for sygefravær hos raske erhvervsaktive. Hvordan har du det? Online. 2008;5:1-4.

23. Larsen FB. Selvvurderet helbred og ulighed i sundhed. Hvordan har du det? Aarhus: DEFACTUM; 2009.
24. Ihlebaek C, Brage S, Eriksen HR. Health complaints and sickness absence in Norway, 1996-2003. *Occup Med.* 2007;57(1):43-49.
25. Roelen CA, Koopmans PC, Groothoff JW. Subjective health complaints in relation to sickness absence. *Work.* 2010;37(1):15-21.
26. Sundhedsstyrelsen. Referenceprogram for angstlidelser hos voksne. København: Sundhedsstyrelsen; 2007.
27. Craske MG, Stein MB, Eley TC, Milad MR, Holmes A, Ronald MR, Wittchen HU. Anxiety disorders. *Nat Rev Dis Primers.* 2017;4(3).
28. Flachs EM, Eriksen L, Koch MB, Ryd JT, Dibba E, Skov-Ettrup L, Juel K. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. Sygdomsbyrden i Danmark – sygdomme. København: Sundhedsstyrelsen; 2015.
29. Madsen KR, Lasgaard M. Ensomhed, men ikke alene. Viden om et ungdomsproblem. I: Pedersen K, red. Ensomhed, men ikke alene: En antologi om unge og ensomhed. København: Ventilen; 2014.
30. Swane CE. Gamle menneskers hverdagsliv. I: Swane CE, Blaakilde AL, Amstrup K, red. Gerontologi – livet som gammel. København: Munksgaard; 2007.
31. Jones WH. Loneliness and social contact. *J Soc Psychol.* 1981;113(2):295-296.
32. Williams JG, Solano CH. The social reality of feeling lonely: Friendship and reciprocation. *Pers Soc Psychol Bull.* 1983;9(2):237-242.
33. Hughes ME, Waite LJ, Hawkey LC, Cacioppo JT. A short scale for measuring loneliness in large surveys: Results from two population-based studies. *Res Aging.* 2004;26(6):655-672.
34. Russell DW. UCLA Loneliness Scale (version 3): Reliability, validity and factor structure. *J Pers Assess.* 1996;66(1):20-40.
35. Lasgaard M. Reliability and validity of the Danish version of the UCLA Loneliness Scale. *Pers Individ Dif.* 2007;42(7):1359-1366.
36. 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):1373-1384.
37. Peplau LA, Perlman D. Perspectives on loneliness. I: Peplau L, D Perlman, red. Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy. USA: John Wiley; 1982.
38. Rotenberg, K. Childhood and adolescent loneliness: An introduction. I: Rotenberg K, Hymel S, red. Loneliness in childhood and adolescence. England: Cambridge University Press; 1999.

