



Dansk Selskab for Folkesundhed

GPS for Folkesundhed

God **P**raक्सis i folke**S**undhed

ENSOMHED





Mental sundhed og ensomhed

Mental sundhed er en tilstand af trivsel, hvor individet kan udfolde sine evner, kan håndtere dagligdags udfordringer og stress samt indgå i menneskelige fællesskaber ^{1,2}.

Mental sundhed har gennem de senere år fået en fremtrædende plads i den sundhedsfremmende og forebyggende diskurs på linje med rygning, alkohol, fysisk aktivitet og kost. Den engelske betegnelse 'mental health' kan opfattes som en glidende overgang fra mental disorder (psykisk sygdom) i den ene ende, til flourishing (blomstring eller velvære) i den anden, og vi kan alle bevæge os frem og tilbage gennem spektret gennem hele livet ³. 'Mental health' omfatter både mentalt helbred (fra rask til psykisk syg) og mental sundhed (fra trivsel til mistrivsel). På dansk bruges de to udtryk ikke altid konsistent.

Dårlig mental sundhed og dårligt mentalt helbred kan føre til psykiske og somatiske sygdomme, større risiko for hyppig kontakt til sundhedsvæsenet og tidlig død. På det sociale område kan det vise sig som vanskeligere vilkår for uddannelse og ringere tilknytning til arbejdsmarkedet, og i privatsfæren kan det få konsekvenser for relationer til partner og børn. Der er øgede omkostninger til behandling, pleje og tabt arbejdsfortjeneste ⁸.

Nogle forhold fremmer den mentale sundhed og kan betegnes som beskyttende faktorer. Positiv selvopfattelse, følelse af socialt tilhørsforhold, støttende sociale relationer, deltagelse i fællesskaber og beskæftigelse er eksempler på beskyttende faktorer på individuelt, socialt og strukturelt niveau. Alle kan blive udsat for eksterne risikofaktorer, der kan forringe den mentale sundhed, og aktuelle vilkår, situationer og livsfaser giver forskellige muligheder for at modstå de ydre påvirkninger. Lavt selvværd, adskillelse og tab, social eksklusion, social og kulturel diskrimination og manglende støttefunktioner er eksempler på risikofaktorer på individuelt, socialt og strukturelt niveau ^{1,6}.

Fremme af mental sundhed kan angribes med udgangspunkt i forskellige positioner. Vi har i DSFF valgt at koncentrere os om **ensomhed**.





GPS om Ensomhed

God Praksis i folkeSundhed

Dansk Selskab for Folkesundhed (DSFF) udgiver her sin første GPS – God Praksis for folkeSundhed. Med GPS'en ønsker DSFF at formidle viden om et område med konsekvenser for folkesundheden.

Desuden danner GPS'en rammen om en række anbefalinger for, hvordan DSFF mener, der bør arbejdes med området både i forhold til forebyggelse og afhjælpning af konsekvenser.

DSFF håber, at GPS'en kan bidrage med viden og inspiration til både forskere, praktikere og beslutningstagere til fortsat at arbejde for at forbedre folkesundheden i Danmark.

Ensomhed er forbundet med mange myter. Ensomhed er skjult, overset og tabuiseret. Ensomhed er ikke kun et socialt problem, men i høj grad også en udfordring i arbejdet for en bedre folkesundhed.

Ensomhed er en selvstændig determinant for dårlig mental sundhed. For første gang er ensomhed medtaget i flere Sundhedsprofiler for 2017, idet der er ⁴⁻⁷ data fra fire ud af fem regioner.

Tallene viser, at der brug for handling på ensomhedsområdet.

Målet med denne GPS er at bidrage til, at ensomhed bliver mere synlig og mindre tabuiseret, og at den nyeste viden om ensomhed og ensomhedens sundhedskonsekvenser spredes. DSFF ønsker at bidrage til at øge samarbejde mellem forskere, praktikere og beslutningstagere og vil med GPS'en

*”Jeg er så alene,
at ingen ved jeg er alene”*

inspirere til en tværgående indsats til forebyggelse af ensomhed i befolkningen.

DSFF står heldigvis ikke alene om at sætte fokus på ensomhed. Flere organisationer og aktører arbejder for at forebygge og afhjælpe ensomheden i befolkningen, og der for nyligt udgivet en kortlægning og analyse af danske initiativer til ensomme ^{1, 9}.

HVAD ER ENSOMHED?

Den mest brugte definition på ensomhed er:

”En subjektiv, ubehagelig følelse, der opstår ved en iagttaget diskrepans mellem individets vurdering af egne sociale relationer og individets ønsker til disse relationers kvantitet og kvalitet” ¹⁰.

Følelsen af ensomhed relaterer både til en kvantitativ social dimension, som omhandler antallet af sociale relationer og en kvalitativ emotionel dimension, hvor ensomhed primært hænger sammen med mangel på nærvær, intimitet og fortrolighed i samværet ¹¹⁻¹³. Social ensomhed skyldes først og fremmest fraværet af sociale kontakter på grund af utilstrækkelige eller utilgængelige netværk som kammeratskabsgrupper eller kollegaer. Emotionel ensomhed vedrører overordnet fraværet af intime kontakter som kærester og nære venner eller svage forældrerelationer ^{11, 14}.

Ensomhed er et af livets grundvilkår og en konsekvens af det universelle behov for at høre til. Det opleves i forskellig grad af alle på et eller andet tidspunkt i livet ^{10, 15-17}.

Ensomhed rammer på tværs af alder, køn, race, civilstatus, socioøkonomiske status og sundhedstilstand ¹⁷, og ethvert menneskes

erfaring med at være ensom er unik og har ikke samme betydning ¹⁸.

Vi har dog ikke samme modtagelighed for at føle os ensomme, fordi vi har forskellige forventninger til vore relationer med andre. Vores individuelle præferencer og forventninger spiller derfor en rolle ift. hvem, der føler sig ensom, og i hvilke situationer ¹⁹.

Ensomhed opstår (i et interaktionistisk perspektiv) som et samspil mellem personlige, kulturelle og situationelle faktorer ¹¹.

De personlige determinanter, som disponerer for ensomhed, er fx symptomer på angst, depression og lavt selvværd ²⁰ samt skyhed, social angst og ringe sociale færdigheder ^{11, 21}.

Den kulturelle kontekst handler om de kulturelle forventninger i et samfund, og på samme måde kan de forskellige positioner i en livscyklus være associeret med forskellige sociale forventninger ¹⁸. De situationelle faktorer er livsbegivenheder, som ændrer den aktuelle sociale situation fx skoleskift, uddannelsesstart eller tab af nære relationer ²². Man taler om en situationel ensomhed ²³.

Ensomhed kan i denne sammenhæng ses som en social pendant til fysisk smerte, sult og tørst.





Smerte ved social adskillelse og sult og tørst efter sociale forbindelser vil motivere til genetablering af de sociale relationer, som er nødvendige for livets opretholdelse¹⁶. For mange vil ensomheden forsvinde, når de sociale behov atter er opfyldt. For andre kan følelsen af ensomhed blive langvarig eller opstå uden forklarlig grund, og man taler her om vedvarende ensomhed. Vores viden om, hvilke faktorer, der har betydning for, at kortvarig/situationel ensomhed kan udvikle sig til en varig tilstand, er begrænset²⁴. Vedvarende ensomhed kan have store sundhedsmæssige konsekvenser^{15, 16}.

Et menneske kan føle sig ensomt i selskab med andre mennesker, hvis kvaliteten af den sociale kontakt ikke opleves tilstrækkelig²⁵. Samtidigt kan mennesker være alene uden at føle sig ensomme et fænomen, som på engelsk ofte benævnes 'solitude'.

Det er vigtigt ikke at sætte lighedstegn mellem at være alene og at føle sig ensom. Alenehed er et objektivt mål og ensomhed en subjektiv følelse¹¹. På trods af, at der skelnes mellem alenehed og ensomhed, er der en association mellem de to begreber, og mennesker, der er alene, har større risiko for at føle sig ensomme²⁶.

HVORDAN MÅLER MAN ENSOMHED?

Da ensomhed er en følelse, er det mest almindeligt at måle den ved at spørge. Der er flere metoder til at spørge om ensomhed. UCLA Loneliness Scale er et internationalt valideret redskab til måling af ensomhed^{27, 28}, som ved hjælp af 20 spørgsmål måler graden af selvrapporeret ensomhed blandt voksne og ældre²⁸. Der er samtidigt udviklet en forkortet udgave af dette redskab, 'the Three-Item Loneliness Scale' (T-ILS), som indeholder tre spørgsmål til at belyse ensomhed i befolkningsundersøgelser²⁹:

- Hvor ofte føler du, at du savner nogen at være sammen med? Sjældent, en gang imellem, ofte?
- Hvor ofte føler du dig udenfor? Sjældent, en gang imellem, ofte?
- Hvor ofte føler du dig isoleret fra andre? Sjældent, en gang imellem, ofte?

Ovenstående er et eksempel på et indirekte mål for ensomhed³⁰ og er blandt andet brugt i de regionale sundhedsprofiler 2017.

UCLA kritiseres af nogle forskere for at være endimensionel og ikke i stand til at skelne mellem henholdsvis situationel og vedvarende ensomhed^{31, 32} og emotionel og social ensomhed³³.

Et direkte mål for ensomhed kan være at spørge fx "føler du dig ensom?". Den direkte målemetode bliver kritiseret for at underestimere forekomsten af ensomhed³⁰, hvilket primært skyldes, at ensomhed er socialt stigmatiserende, og respondenterne derfor er mindre tilbøjelige til at svare bekræftende på spørgsmålet^{25, 30}.

Uønsket alenehed måles ofte ved spørgsmålet 'føler du dig uønsket alene', eller som i Den Nationale Sundhedsprofil: 'Sker det nogensinde, du er alene, selvom du mest har lyst til at være sammen med andre'^{34, 35}.

HELBREDSMÆSSIGE KONSEKVENSER AF ENSOMHED

Ensomme mennesker har en markant højere dødelighed end mennesker, der ikke er ensomme³⁶. Ensomhed øger desuden risikoen for forhøjet blodtryk, hjertekarsygdomme og metabolisk syndrom³⁷. Ensomme er i højere grad rygere, overvægtige, fysiske inaktive og har søvnproblemer¹⁶. Ensomme har en øget risiko for psykiske sygdomme såsom depression eller angst, nedsat kognitiv funktion og øget risiko for Alzheimers sygdom. Samtidigt ses en øget selvmordsrisiko blandt ensomme^{15, 16}. Unge ensomme har øget risiko for lavt selvværd og dårlig livstilfredshed^{14, 38}.

Rapporten "Sygdomsbyrden i Danmark" giver en oversigt over byrdemål som konsekvens af uønsket alenehed⁸. Tabellen bruger termen ensomhed, men har benyttet spørgsmålet 'Sker det nogensinde, du er alene, selvom du mest har lyst til at være sammen med andre'³⁴.

Uønsket alenehed har betydning for det enkelte menneskes trivsel og helbred, men det har også samfundsmæssige konsekvenser. Omkostninger i sundhedsvæsenet beløber sig til 2,2 mia. kr. årligt, hvoraf de 1,6 mia. kr. eller godt 70% går til de mange kontakter i sekundærsektoren. Desuden er der omkostninger på 7,8 mia. kr. til tabt produktion, og heraf går de 64% til førtidspensioner⁸.





DET KOSTER ENSOMHED HVERT ÅR

Når der justeres for rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet, er der i Danmark årligt blandt ensomme i sammenligning med folk som ikke er ensomme:

- 770 ekstra dødsfald
- 5.300 tabte leveår blandt mænd og 3.100 tabte leveår blandt kvinder
- Et tab i befolkningens middellevetid på to måneder for både mænd og kvinder
- 19.000 ekstra somatiske indlæggelser og 3.800 ekstra psykiatriske
- 26.000 ekstra somatiske ambulante hospitalsbesøg og 190.000 ekstra psykiatriske ambulante hospitalsbesøg
- 10.000 ekstra somatiske skadestuebesøg og 8.300 ekstra psykiatriske skadestuebesøg
- 400.000 ekstra lægekontakter
- 350.000 ekstra dage med kortvarigt sygefravær
- 470.000 ekstra dage med langvarigt sygefravær
- 1.100 ekstra nytilkendte førtidspensionister
- Ekstra omkostninger på 2,2 mia. kr. til behandling og pleje
- Ekstra omkostninger på 7,8 mia. kr. ved tabt produktion
- Et sparet fremtidigt forbrug som følge af tidlig død blandt personer, der er ensomme, hvilket resulterer i en årlig besparelse på 1,7 mia. kr. i forhold til personer, der ikke er ensomme.

For alle byrdemål stiger andelen af ekstra tilfælde med faldende uddannelsesniveau. Hvis andelen af personer, der er ensomme, i hele befolkningen var den samme som i gruppen af personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der for de fleste byrdemål have været 41-44% færre tilfælde.

Kilde: Sundhedsstyrelsen, 2016 ⁸, side 299





ENSOMHED I FORSKELLIGE LIVSFASER

I den Nationale Sundhedsprofil 2017 belyses forekomsten af ensomhed ud fra spørgsmålet om at "føle sig uønsket alene" ³⁵. Sundhedsprofilen viser, at 6,3 % af den danske befolkning i aldersgruppen 16 år og opefter føler sig uønsket alene, hvilket er en generel stigning på 10,5 % sammenlignet med Sundhedsprofilen fra 2013, hvor det var 5,7 % der følte sig uønsket alene ³⁵.

Forekomsten af uønsket alenehed er størst blandt de unge og de ældste ældre, og mens forekomsten af at føle sig uønsket alene er faldet blandt de ældste ældre fra 9,2 % i 2013 til 7,1 % i 2017, så er der sket en stigning i forekomsten blandt alle aldersgrupper mellem 16-64 år ³⁵. Endvidere ses de højeste forekomster af at føle sig uønsket alene blandt personer under uddannelse eller med lavt uddannelsesniveau, førtidspensionister, arbejdsløse, samt enlige ³⁵. I Region Midtjyllands Sundhedsprofil fra 2017 identificeres, på baggrund af 'the Three-Item Loneliness Scale' om ensomhed (T-ILS), følgende risikogrupper:

- Modtagere af kontanthjælp, sygedagpenge og førtidspensionister
- Unge, som hverken er i arbejde eller under uddannelse

- Personer belastet af økonomiske forhold
- Personer med tegn på social isolation, mangel på sociale støtte
- Personer med dårligt selv vurderet helbred
- Personer med psykiske lidelse
- Unge udsat for vold/overgreb
- Unge med anden seksuel orientering end heteroseksuel

En tidligere befolkningsundersøgelse, baseret på data fra Den Nationale Sundhedsprofil i 2013, har desuden vist, at etnisk minoritet status og det at bo alene er associeret med uønsket alenehed for unge over 16 år og voksne ³⁹.

Forekomsten af ensomhed og determinanterne for udvikling af ensomhed varierer gennem livets faser. Forskellige livsfaser domineres af varierende sociale forhold, ligesom ønsker og forventninger til sociale relationer ændrer sig igennem livet og kan have betydning for følelsen af ensomhed ^{39, 40}.

I det følgende præsenteres overordnede tendenser udover de alment gældende nævnt ovenfor i forhold til forekomst af ensomhed og determinanter for ensomhed igennem tre livsfaser baseret på nationale befolkningsundersøgelser ^{4-7, 25, 33, 39, 41-48}.

Tabel 1: Procentdel som er ensomme fordelt på aldersgrupper og regioner

	Region Hovedstaden	Region Sjælland	Region Midtjylland	Region Nordjylland
16-24 år	12	15	12	14
25-34 år	11	13	10	11
35-44 år	8	8	8	9
45-54 år	7	9	7	8
55-64 år	7	8	7	7
65-79 år	4	5	4	4
80+ år	8	6	7	10

Børn og unge

Skolebørnsundersøgelsen fra 2014 viste, at seks procent af drengene og 12 procent af pigerne blandt de 11-15 årige følte sig ensomme ⁴¹. En undersøgelse blandt gymnasieelever viste, at forekomsten af ensomhed var seks procent ⁴². Tal fra Sundhedsprofilerne 2017, viser at mellem 12 og 15% procentdel af 16-24-årige er ensomme (se tabel 1) ^{4-7, 48}. Forekomsten af ensomhed er størst blandt piger. Denne kønsforskel udjævnes med alderen og ses derfor kun i børne- og ungdomsårene ²⁵.

I forhold til uddannelse ses der en graduering af ensomhed, således at der er flere ensomme blandt unge, der er i gang med en kort uddannelse sammenlignet med unge, der er i gang med en mellemlang eller en lang videregående uddannelse ²⁵.

Determinanter

- **Sociale kompetencer**
Børn og unge udvikler sig i en social verden og har et fundamentalt behov for at blive inkluderet i sociale grupper ⁴³. De udsættes samtidigt for utallige livsbegivenheder, der udfordrer dem i forhold til deres sociale kompetencer ⁴⁹. De starter op til flere gange på forskellige uddannelsesinstitutioner, hvor de hver gang på ny skal opbygge sociale relationer. Det kan skabe en periode med ensomhed, som for de fleste børn og unge forsvinder igen, når de atter har fået opfyldt deres behov for sociale relationer ²².
- **Netværk og relationer**
Det er dokumenteret, at børn helt ned til 5-6 års alderen kan forstå og give udtryk for social





lidelse, og sætter ord på deres følelser som at være ked af det, og ikke at have nogen at lege med ⁴³.

- **Mobning**

Der er sammenhæng mellem mobning og ensomhed ^{42, 50-52}. I en undersøgelse om trivsel og mistrivsel blandt 15-24-årige viser tallene, at knap halvdelen af de unge, som ofte føler sig ensom har været udsat for mobning. Mobningen kan anskues som en eksklusionsproces, hvor barnet eller den unge isolerer sig som følge af mobningen, og herved kommer i risiko for at blive ensom ⁴⁴.

Voksne

Forekomsten af ensomhed blandt voksne er lidt lavere end blandt de unge. De nyeste tal fra Sundhedsprofilerne fra 2017 er beskrevet i tabel 1 og viser forekomsten af ensomhed blandt de voksne inddelt i aldersgrupper og fordelt efter de fire regioner, som har medtaget spørgsmål om ensomhed ^{4-7, 48}. I aldersgruppen 65-79-årige findes den laveste forekomst af ensomhed med 4% værende svært ensomme (Region Sjælland 4,6%) ^{4-7, 48}.

Determinanter

- **Tilknytning til arbejdsmarkedet**

Tilknytning til arbejdsmarkedet har stor betydning for forekomsten af ensomhed blandt voksne. Sammenlignet med folk i arbejde har arbejdsløse 3,5 gange større risiko for at være ensomme, mens førtidspensionisterne har hele 5 gange større risiko for at være ensomme ⁴⁵.

- **Samlivsstatus**

Det har stor betydning, om man lever sammen med en partner eller bor alene. Sammenlignet med voksne, der er samlevende, så har de voksne, der bor alene med børn 2,3 gange større risiko for at være ensomme, mens voksne, der bor alene uden børn, har 3 gange større risiko for at være ensomme ⁴⁵.

- **Personlige faktorer og oplevelser fra barndom og ungdom**

Et kvalitativt studie om voksne og ensomhed, viser, at sociale kompetencer og erfaringer fra barn- og ungdommen har væsentlig betydning for oplevelsen af ensomhed som voksen ⁴⁶. Tilstedeværelsen af følgende tre kategorier af erfaringer/oplevelser/følelser i barndommen kobles på baggrund af undersøgelsen til informanternes oplevelse af ensomhed som voksne:

- isolation og usikkerhed
- mobning og social eksklusion
- mindreværd og mistillid

Ældre

Fra at have passeret en livsfase med den laveste forekomst af ensomhed stiger forekomsten af ensomhed igen for de ældre fra 75 år og opefter. En befolkningsundersøgelse fra 2017 har vist, at 6-8% af de ældre i de forskellige regioner på 75 år og opefter føler sig svært ensomme ^{4-7, 48}. Den præcise fordeling af forekomst af ensomhed blandt regionerne kan ses i tabel 1. Analyserne viser endvidere, at der er en markant stigning i følelsen af ensomhed fra cirka 85 år alderen. Det bør nævnes, at der er en risiko for underrapportering især i forhold til ældre, idet der skal tages forbehold for, at alvorligt syge og svagelige i mange tilfælde ikke har kunnet deltage i undersøgelsen. Denne gruppe er derfor underrepræsenteret i undersøgelsen. Da der ses en sammenhæng mellem ensomhed og dårligt helbred, må forekomsten af ensomhed blandt ældre (især de ældste ældre) antages at være større end angivet ^{4-7, 48}.

Determinanter

- **Samlivsstatus**

Også i denne aldersgruppe har samlivsstatus stor betydning, hvor der igen findes en større forekomst af ensomhed blandt enlige i forhold til samlevende ²⁵.

- **Netværk og relationer**

Som ældre er man i højere risiko for, at ens sociale relationer ændrer sig. Mange ældre vil opleve at miste ægtefælle, søskende, venner eller andre tætte relationer, og som en konsekvens heraf kan der opstå en vedvarende følelse af ensomhed ⁴⁶. Såfremt den ældre ikke har børn eller anden familie, der kan opfylde behovet for sociale relationer, er risikoen for ensomhed stor ³³.

- **Helbred**

Helbredsstatus har stor betydning for følelsen af ensomhed. Helbredet kan sætte begrænsninger for, om man kan klare sig selv eller lave de aktiviteter, som man før har beskæftiget sig med i hverdagen, og som har stor værdi for det enkelte menneske ⁴⁷.

Helbredet har også betydning for, om den ældre kan komme ud og opleve de sociale relationer, der er nødvendige for ikke at føle sig ensom ⁴⁷. At være ægtefælle til en ældre, som rammes af sygdom har også betydning for følelsen af ensomhed. Disse mennesker neddrog deres egne behov for sociale kontakter med henblik på at drage omsorg for deres pårørende. Særligt vanskeligt kan det være for pårørende til ældre mennesker, der modtager meget hjælp, som er hårdt ramt af en demenssygdom, eller som er flyttet i plejebolig, da den meningsfulde kontakt således vanskeliggøres ^{47, 53}.





INDSATSER MOD ENSOMHED

Trods tabuisering og manglende synlighed omkring ensomhed er der flere aktører i Danmark, som arbejder med at afhjælpe ensomhed i befolkningen.

De centrale aktører er beskrevet her.

Aktører

- Regionerne har skrevet om ensomhed i befolkningen med udgangspunkt i data fra sundhedsprofilen 2017⁴⁻⁷.
- Marselisborg Center for Udvikling, Kompetence og Viden har udgivet publikationer om ældre og ensomhed^{47, 54}.
- Ensomme Gamles Værn har i et kvalitativt forskningsprojekt undersøgt ensomhed midt i livet⁴⁶.
- Flere end 70 organisationer, foreninger, skoler, kommuner og virksomheder er gået sammen om at skabe "Folkebevægelsen mod Ensomhed". Med en vidensbaseret tilgang og en vision om 'Ingen i Danmark skal rammes af alvorlig ensomhed' fungerer "Folkebevægelsen mod Ensomhed" som en kontinuerlig kampagne, som mobiliserer tilgængelige ressourcer og skaber opmærksomhed omkring ensomhed i befolkningen⁵⁵.
- Mary Fonden⁵⁶, der har som formål at arbejde for at forebygge og afhjælpe ensomhed
- Ventilen⁵⁷, som hjælper unge til at finde en vej ind i fællesskabet og dermed undgå ensomhed.

Perspektiver og strategier

Indsatser mod ensomhed kan have et forebyggelses- og/eller et afhjælpningsperspektiv. Der er dog begrænset viden på forebyggelsesområdet både i dansk og international kontekst, og kun få indsatser kan identificeres og dokumenteres. Indsatserne er ofte skolebaserede og handler generelt om at skabe netværk for børn. Gennem en kortlægning over indsatser mod ensomhed fra 2017, indeles de identificerede indsatser både ud fra type og strategi⁹. Strategierne henfører til, hvilken metode der anvendes for at afhjælpe ensomheden. Det er ud fra et litteraturstudie fra 2011^{9, 58}, at fire forskellige strategier er identificeret:

1. At forbedre sociale færdigheder
2. At øge social støtte
3. At øge muligheden for social kontakt
4. At arbejde med social kognition

De fire strategier har både en direkte og en indirekte funktion i forhold til at afhjælpe ensomhed. Med direkte funktion menes der fx at skabe mulighed for, at ensomme kan etablere sociale relationer⁵⁹.

Med indirekte funktion menes fx at arbejde med social kognition og fremme evnen til at etablere og opretholde sociale relationer^{46, 60}.

Det samme litteraturstudie påpeger, at den bedste effekt i forhold til at afhjælpe ensomhed opnås ved at kombinere både direkte og indirekte metoder⁵⁸. Ud fra kortlægningen fra 2017 tyder fordelingen af de fire strategier blandt indsatserne dog ikke på, at denne kombination er anvendt i de identificerede interventioner. Størstedelen af indsatserne anvender direkte metoder, mens 3% arbejder med social kognition. Det skal dog nævnes, at der er meget begrænset viden om interventioner med brug af indirekte metoder⁹.

Målgrupper og indsatser

For at forebygge og afhjælpe ensomheden bedst muligt er det vigtigt at adskille de forskellige aldersgrupper/livsfaser³⁹. Ligesom der ved hver livsfase findes determinanter, som forekommer hyppigere end ved andre livsfaser, er der også forskel på, hvordan ensomheden bedst forebygges og afhjælpes i hver livsfase. Tabel 2 beskriver indsatsområder over for ensomhed fordelt på de tre livsfaser.

Sociale medier

Der kan muligvis være potentiale i at anvende sociale fora på en eller anden måde i forbindelse med indsatser mod ensomhed. Det kan virke mere overskueligt og lettere tilgængeligt for ensomme at begå sig på de sociale medier.

I 2016 startede Facebook-gruppen "SMILET", som ensomme mennesker frivilligt kan melde sig ind i for at få støtte og skabe kontakt med andre ensomme.

Nu findes "SMILET" i grupper opdelt efter, hvilken landsdel man bor i, og der arrangeres lokale begivenheder, som ensomme kan deltage i.

I april 2018 var der 9.575 medlemmer samlet set i "SMILET's" grupper⁶¹.

Vurdering af effekt

På trods af en stigende tendens til at iværksætte indsatser, der kan afhjælpe ensomhed, så viser kortlægningen fra 2017, at der kun i meget begrænset omfang findes effektevalueringer af de identificerede indsatser⁹. Det er derfor ikke muligt ud fra en evidensbaseret tilgang at fremhæve de indsatser i Danmark, som har haft bedst effekt.





Tabel 2: Indsatser over for ensomhed fordelt på livsfaser

Målgruppe	Indsatser
Børn og unge	De typer af interventioner og indsatser, som identificeres for børn og unge, er primært mentorordninger, aktivitetstilbud og undervisningsforløb. Det er vigtigt at forholde sig til, hvilken aldersgruppe af børn og unge man gerne vil henvende sig til. I de tidlige barndomsår afspejler ensomhed ofte mangel på legekammerater ⁴³ . At fokusere på at øge mulighederne for social kontakt og dét at indgå i forskellige legerelationer er derfor relevant i forhold til børn ⁹ . Det gælder også for de unge, hvor institutionsbaseret forebyggelse rettet mod fx ungdomsuddannelserne og etablering af mødesteder er relevante indsatser ⁹ .
Voksne	Det er blandt midaldrende voksne, at der er identificeret færrest initiativer til at afhjælpe ensomhed. Indsatserne er primært rådgivningstilbud og fysiske mødesteder ⁹ . Det mest udbredte initiativ "Værket" er interessant at fremhæve, fordi det netop indeholder både en direkte og indirekte strategi til at nedbringe ensomheden blandt voksne. En foreløbig evaluering af indsatsen fra 2016 viser, at alle de deltagende vil anbefale "Værket" til andre voksne, der føler sig ensomme ⁶² .
Ældre	Aktivitetstilbud, besøgsvenner og mødesteder er de typer af indsatser, som er mest udbredt blandt den ældre befolkning. I januar 2017 bevilgede Sundhedsstyrelsen 30 millioner kroner til indsatser rettet mod ensomme ældre, som modtager meget hjemmehjælp. 13 kommuner fik tildelt midler til at igangsætte projekter rettet mod ensomhed, og disse bliver evalueret fra 2017-2019 ⁵³ . Ensomme Gamles Værn arbejder med erindringer og livshistorier som metode til at bekæmpe ensomhed, og en kvalitativ evaluering giver forhåbninger om, at det er en effektiv metode ⁶³ .

ANBEFALINGER

På baggrund af den videnskabelig litteratur på området opstiller DSFF en række anbefalinger til arbejdet med forebyggelse og afhjælpning af ensomhed i Danmark. Anbefalinger retter sig mod mental sundhed (fra trivsel til mistrivsel) og ikke mentalt helbred (fra rask til psykisk syg). Desuden bærer anbefalinger præg af den begrænsede eksisterende evidens for virksomme indsatser mod ensomhed.

DSFF anbefaler

Forebyggelse og afhjælpning af ensomhed vil kræve, at samfundet understøtter og sikrer, at så få som muligt føler sig ensomme. Målet må derfor være, at der udvikles en samlet, koordineret indsats på området. En sådan indsats bør indtænkes i rammerne for hele vores livsforløb fra vugge til grav, hvor vi i hver enkelt livsfase vil opleve forskellige påvirkninger, der kan føre til ensomhed.

Mere specifikt anbefaler DSFF følgende:

Politikker og samarbejde

- Forebyggelse af svær ensomhed bør være en integreret del af nationale og lokale sundhedspolitikker.
- Alle uddannelsesinstitutioner, skoler, daginstitutioner og arbejdspladser bør aktivt forholde sig til mental sundhed, herunder ensomhed, gennem specifikke politikker og handlingsplaner.
- Samarbejdet på tværs af sektorer og arenaer bør styrkes med henblik på at forebygge ensomhed, ligesom flere aktører, som arbejder med ensomhed, bør mobiliseres.
- Der bør etableres forpligtende partnerskaber imellem kommuner og civilsamfund til forebyggelse af ensomhed i lokalsamfundet, sådan at uudnyttede ressourcer gemt i civilsamfundet inddrages og bidrager til en holistisk indsats overfor ensomhed.
- Allerede eksisterende kontakter mellem kommune og borgere (fx i sundheds- og beskæftigelsesregi) bør anvendes til at synliggøre relevante tilbud til ensomme samt rekruttere borgere til indsatser målrettet forebyggelse og afhjælpning af ensomhed og styrkelse af sociale netværk.



Information og vidensdeling

- Myter om og tabuisering af ensomhed bør nedbrydes gennem målrettede informationsindsatser og bedre formidling af forskningsresultater.
- Strukturer til at sikre en effektiv vidensdeling om forebyggelse og afhjælpning af ensomhed på tværs af forskere, praktikere og beslutningstagere bør opbygges.
- Professionelle med tæt kontakt til mennesker bør undervises i at identificere behov for forebyggelse og afhjælpning af ensomhed.

Forebyggelse og afhjælpning af ensomhed

- Overordnet bør det tilstræbes at kombinere fire strategier i forebyggelse og afhjælpning af ensomhed:
 1. at forbedre sociale færdigheder
 2. at øge social støtte
 3. at øge muligheder for social kontakt
 4. at arbejde med social kognition
- Indsatser bør målrettes specifikke grupper og tage højde for, at determinanterne for ensomhed varierer mellem livsfaser og målgrupper.
- Særlige målgrupper kan være:
 - Børn, herunder mobning samt undervisning, der styrker de sociale færdigheder og den sociale kognition
 - Unge, især unge kvinder, hvor der er set en kraftig stigning i andelen af ensomme.
 - Førtidspensionister og andre voksne i udkanten af arbejdsmarkedet
 - Personer med dårligt psykisk eller fysisk helbred, herunder ældre med funktionstab
 - Ældre, der for nylig har mistet en ægtefælle
 - Personer med anden etnisk baggrund end dansk.
- Tilrettelæggelse af indsatser mod ensomhed bør medtænke kvalitet og dybde i de sociale relationer.

Forskning i ensomhed

- Der er behov for yderligere forskning om ensomhed og stærkere og forpligtende samarbejde mellem forskning og praksis.
- For at styrke forskningen er der brug for en øget finansiering, samt at forskning systematisk integreres i nye indsatser for forebyggelse og afhjælpning af ensomhed.
- Specifikt er der behov for:
 1. En kortlægning af de grundlæggende årsager til svær, vedvarende ensomhed samt en mere nuanceret og differentieret forståelse af ensomhed i et livsforløbsperspektiv.
 2. Forskning i de mekanismer, der er medvirkende til, at følelsen af ensomhed hos nogle udvikler sig til en varig tilstand. En sådan viden kan øge vores grundlæggende forståelse af mennesker, der er varigt ensomme, samt have betydning for udviklingen af effektive interventioner til personer, der føler sig ensomme.
 3. En systematisk gennemgang af den videnskabelige litteratur for at identificere effektive interventioner til at forebygge og/eller afhjælpe ensomhed.
 4. Systematisk udvikling og afprøvning af "aldersspecifikke" indsatser til forebyggelse og afhjælpning af ensomhed i en dansk kontekst. Herunder bør det prioriteres at gennemføre kontrollerede studier, således at ressourcerne på området prioriteres til meningsfulde, relevante og virkningsfulde indsatser.

REFERENCER

1. Eplov LF, Lauridsen S. Fremme af mental sundhed: Baggrund, begreb og determinanter: Sundhedsstyrelsen 2008. Report No.: 8776768686.
2. WHO. The World Health Report 2001- Mental health: new understanding, new hope 2001. Report No.: 0042-9686.
3. Huppert FA. Psychological well-being: Evidence regarding its causes and consequences. *Applied Psychology: Health and Well-Being*. 2009; 1:137-64.
4. Lau CJ, Lykke MBI, Bekker-Jeppesen M, Buhelt LP, Andreassen AH, Johansen NB. Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2017 – Sundhedsadfærd og risikofaktorer: Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Region Hovedstaden 2018.
5. Larsen FB, Pedersen MH, Lasgaard M, Sørensen JB, Christiansen J, Lundberg A-K, et al. Hvordan har du det? 2017 – Sundhedsprofil for region og kommuner (Bind 1): Aarhus: DEFACTUM, Region Midtjylland 2018.
6. Kyed VH, Johnsen SB, Mejlbj M, Vinding AL. Hvordan har du det? – Sundhedsprofil for Nordjylland 2017: Aalborg: Region Nordjylland 2018.
7. Blaakilde AL, Eiriksson SD, Hansen BH, Olesen LS, Wingstrand A. Sundhedsprofil 2017 for Region Sjælland og kommuner – »Hvordan har du det?«: Region Sjælland, Produktion, Forskning og Innovation 2018.
8. Eriksen L, Davidsen M, Jensen HAR, Ryd JT, Strøbæk L, White ED, et al. Sygdomsbyrden i Danmark: Risikofaktorer: Sundhedsstyrelsen 2016. Report No.: 8771047921.
9. Christiansen J, Lasgaard M. Kortlægning og analyse af danske initiativer til ensomme. Aarhus: DEFACTUM, Region Midtjylland 2017.
10. Peplau LA, Perlman D. Perspectives on loneliness. New York: Wiley; 1982.
11. Weiss RS. Loneliness: The experience of emotional and social isolation. Cambridge, MA, US: MIT Press; 1973.
12. Jones WH, Carpenter BN, Quintana D. Personality and interpersonal predictors of loneliness in two cultures. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1985; 48:1503.
13. Hawkey LC, Cacioppo JT. Loneliness and pathways to disease. *Brain, behavior, and immunity*. 2003; 17:98-105.
14. Lasgaard M. Ensom i en social verden. *Psyke & Logos*. 2010; 31:26.
15. Griffin J. The lonely society?: Mental Health Foundation; 2010.
16. Hawkey LC, Cacioppo JT. Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*. 2010; 40:218-27.
17. Rotenberg KJ, Hymel S. Loneliness in childhood and adolescence. United Kingdom: Cambridge University Press; 1999.
18. Heinrich LM, Gullone E. The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clinical psychology review*. 2006; 26:695-718.
19. Cacioppo JT, Patrick W. Loneliness: Human nature and the need for social connection: WW Norton & Company; 2008.
20. Lasgaard M, Christiansen J, Bramsen RH. Overgangen fra grundskole til ungdomsuddannelse-lavt selvværd samt symptomer på depression og angst øger risikoen for ensomhed. *Pædagogisk Psykologisk Tidsskrift*. 2015; 52:68-80.
21. Mahon NE, Yarcheski A, Yarcheski TJ, Cannella BL, Hanks MM. A meta-analytic study of predictors for loneliness during adolescence. *Nursing research*. 2006; 55:308-15.
22. Cutrona CE. Transition to college: Loneliness and the process of social adjustment. In: Peplau L, Perlman D, editors. *Loneliness: A sourcebook of current theory, research, and therapy*. San Francisco: John Wiley; 1982. p. 291-309.
23. Young JE. Loneliness, depression and cognitive therapy: Theory and application. *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy* 1982. p. 379-406.
24. Qualter P, Vanhalst J, Harris R, Van Roekel E, Lodder G, Bangee M, et al. Loneliness across the life span. *Perspectives on Psychological Science*. 2015; 10:250-64.
25. Lasgaard MK, Friis K. Ensomhed i befolkningen - forekomst og metodiske overvejelser 2015.
26. Fischer C, Phillips S. Who is alone? Social characteristics of people with small networks. In: Peplau L, Perlman D, editors. *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*: New York: Wiley; 1982. p. 21– 39.
27. Russell D, Peplau LA, Cutrona CE. The revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of personality and social psychology*. 1980; 39:472.
28. Russell DW. UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of personality assessment*. 1996; 66:20-40.
29. Hughes ME, Waite LJ, Hawkey LC, Cacioppo JT. A short scale for measuring loneliness in large surveys: Results from two population-based studies. *Research on aging*. 2004; 26:655-72.
30. Shiovitz-Ezra S, Ayalon L. Use of direct versus indirect approaches to measure loneliness in later life. *Research on Aging*. 2012; 34:572-91.
31. Marangoni C, Ickes W. Loneliness: A theoretical review with implications for measurement. *Journal of Social and Personal Relationships*. 1989; 6:93-128.
32. Luo Y, Hawkey LC, Waite LJ, Cacioppo JT. Loneliness, health, and mortality in old age: a national longitudinal study. *Social science & medicine*. 2012; 74:907-14.
33. Gierveld DJJ, Van Tilburg T. The De Jong Gierveld short scales for emotional and social loneliness: tested on data from 7 countries in the UN generations and gender surveys. *European journal of ageing*. 2010; 7:121-30.
34. Christensen AI, Davidsen M, Ekholm O, Pedersen PV, Juel K. Danskernes sundhed: Den nationale sundhedsprofil 2013/2014. Report No.: 8771040110.
35. Jensen HAR, Davidsen M, Ekholm O, Christensen AI. Danskernes sundhed. Albertslund 2018.
36. Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, Harris T, Stephenson D. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science*. 2015; 10:227-37.
37. 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; 102:1009-16.
38. Due P, Diderichsen F, Meilstrup C, Nordentoft M, Obel C, Sandbæk A. Børn og unges mentale forebred - Forekomst af psykiske symptomer og lidelser og mulige forebyggelsesindsatser. København: Vidensråd for Forebyggelse; 2014.
39. Lasgaard M, Friis K, Shevlin M. "Where are all the lonely people?" A population-based study of high-risk groups across the life span. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2016; 51:1373-84.
40. Weiss RS. The provisions of social relationships. Doing unto others. 1974:17-26.
41. Rasmussen M, Pedersen TP, Due P. Skolebørnsundersøgelsen 2014: Statens Institut for Folkesundhed 2015. Report No.: 8778992966.
42. Sørensen NU, Katznelson N, Nielsen JC, Lindstrøm MD. Den svære ungdom: 10 eksperter om unges trivsel og mistrivsel: Hans Reitzels Forlag; 2010.
43. Margalit M. Lonely children and adolescents: Self-perceptions, social exclusion, and hope: Springer Science & Business Media; 2010.
44. Nielsen JC, Sørensen NU, Özmeç MN. Når det er svært at være ung i DK: unges trivsel og mistrivsel i tal 2010.
45. Lasgaard M, Friis K. Ensomhed blandt voksne: Region Midtjylland, CFK-Folkesundhed og Kvalitetsudvikling 2014. Report No.: 8792400531.
46. Nikolajsen A, Hedelund M, Swane CE. Palle alene i verden 2014.
47. Wahl-Brink D, Olesen MS, Rejkjær CD. Ensomhed blandt ældre: Myter og Fakta. Marselisborg – Center for Udvikling, Kompetence & Viden 2012.
48. Jensen HAR, Davidsen M, Ekholm O, Christensen AI, Kristensen PL, Gårn A, et al. Hvordan har du det? Trivsel, sundhed og sygdom blandt voksne i Region Syddanmark 2017. Vejle: Region Syddanmark 2018. Report No.: 8792217613.
49. Sippola LK, Bukowski WM. Self, Other, and Loneliness From A Developmental Perspective. In: Rotenberg KJ, Hymel S, editors. *Loneliness in Childhood and Adolescence*. Cambridge, England.: Cambridge University Press 1999. p. 280-95.
50. Copeland WE, Wolke D, Angold A, Costello EJ. Adult psychiatric outcomes of bullying and being bullied by peers in childhood and adolescence. *JAMA psychiatry*. 2013; 70:419-26.
51. Takizawa R, Maughan B, Arseneault L. Adult health outcomes of childhood bullying victimization: evidence from a five-decade longitudinal British birth cohort. *American journal of psychiatry*. 2014; 171:777-84.
52. Wolke D, Copeland WE, Angold A, Costello EJ. Impact of bullying in childhood on adult health, wealth, crime, and social outcomes. *Psychological science*. 2013; 24:1958-70.
53. Wahl-Brink D, Bach K, In Hwa Frederiksen R. Styrket indsats mod ensomhed hos ældre mennesker med meget hjemmehjælp. Marselisborg – Center for Udvikling, Kompetence og Viden 2016.
54. Wahl-Brink D, Olesen MS, Rejkjær CD. Forebyggelse af ensomhed blandt ældre - Viden og inspiration til handling. Marselisborg – Center for Udvikling, Kompetence & Viden 2015.
55. Folkebevægelsen Mod Ensomhed. Om Folkebevægelsen. [cited 2017 13. december]; Available from: <http://modensomhed.dk>.
56. Mary Fonden. Indsatsområder - Ensomhed. <http://www.maryfonden.dk/da/ensomhed>; 2018 [cited 2018 17 juli].
57. Ventilen. Gör ungdommen mindre ensom. <https://ventilen.dk>; 2018 [cited 2018 17. juli].
58. Masi CM, Chen H-Y, Hawkey LC, Cacioppo JT. A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Personality and Social Psychology Review*. 2011; 15:219-66.
59. Rook KS. Promoting social bonding: Strategies for helping the lonely and socially isolated. *American Psychologist*. 1984; 39:1389.
60. 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. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2017; 52:627-38.
61. Facebook.com. Smilet - søg venner og veninder i et fællesskab mod ensomhed. 2018 [cited 2018 15. april]; Available from: https://www.facebook.com/search/str/smilet/keywords_groups.
62. Swane CE, Nikolajsen A. "Man ser det jo ikke uden på folk"; Evaluering af Værket – netværk for voksne. København: Fonden Ensomme Gamles Værn 2016.
63. Nikolajsen A, Hedelund M. FORTÆL FOR LIVET – livsvigtige fortællegrupper for ældre. Ensomme Gamles Værn 2006.



Om Dansk Selskab for Folkesundhed (DSFF) og tilblivelsen af denne GPS

Dansk Selskab for Folkesundhed arbejder for at fremme befolkningens sundhed og trivsel, forebygge sygdom, begrænse konsekvenserne af sygdom og mindske sundhedsforskelle mellem forskellige grupperinger i samfundet.

Det gør vi ved at:

- Fremme viden om og indsigt i folkesundhed med fokus på både ressourcer og risikofaktorer og med reference til forskning og praksis.
- Bidrage til at udvikle og understøtte metoder til at forbedre vilkårene for både udsatte grupper og den brede befolkning baseret på samspil mellem strukturelle, gruppebaserede og individuelt baserede indsatser, der skabes ved inddragelse af, respekt for og anerkendelse af målgruppen.
- Fremme et samspil mellem beslutningstagning, praksis og forskning relateret til folkesundhed.

Konkret arbejder vi med:

1. Folkesundhedsdage: Vores årlige konference med deltagelse af praktikere, forskere og beslutningstagere indenfor folkesundhedsområdet.
2. Påvirkning af politiske beslutninger (høringsvar): Vi afgiver høringssvar, når vi er høringsspart, og emnet har relevans for folkesundhed.
3. Deltagelse i eksterne udvalg: Vi deltager i eksterne udvalg og arbejdsgrupper med relevans for folkesundhed. Vi rekrutterer gerne deltagere blandt medlemmer
4. GPS – God Praksis i folkeSundhed: Vi arbejder med aktuelle og relevante folkesundhedsproblematikker.

Det første håndgribelige resultat er rapporten "[Udfas tobak](#)", og denne rapport om ensomhed er nyeste produktion. Vi betragter arbejdet med GPS'er som "flagskibsprojekter". De tager udgangspunkt i aktuelle videnskabelige data og solid praksiserfaring og anerkender den parallelle og gensidige udvikling, der sker mellem praksis og forskning.

GPS'en om ensomhed er skrevet af Maja Bertram, Kirsten Vinther-Jensen, Ulla Toft og Morten Ørsted-Rasmussen. Den er blevet til i en proces, som har strakt sig over det seneste halvandet år. Vi startede med ekspertgruppemøder i maj 2017, hvor eksperter fra forskning og praksis var med til at indkredse emnet.

Herefter udarbejdede vi i samarbejde med eksperter et udkast til rapporten. Anbefalingerne blev drøftet og kvalificeret af DSFF's medlemmer på temamøder i København den 30. april 2018 og i Aarhus den 4. juni 2018.

Vi vil gerne takke alle samarbejdspartnere for værdifulde bidrag til GPS'en.

Tak til Bjørn Holstein og Julie Christiansen for gennemsyn af udkast og stor tak til Mathias Lasgaard for at følge processen helt til dørs.

