

Ensomhed og svage sociale relationer blandt ældre

Tal fra Den Nationale Sundhedsprofil 2017

Marie Skov Kristensen
Kirstine Wodschow
Anne Illemann Christensen
Carina Skaarup
Lau Caspar Thygesen
Annette Kjær Ersbøll

Ensomhed og svage sociale relationer blandt ældre

Tal fra Den Nationale Sundhedsprofil 2017

Marie Skov Kristensen
Kirstine Wodschow
Anne Illemann Christensen
Carina Skaarup
Lau Caspar Thygesen
Annette Kjær Ersbøll

Copyright © 2019
Statens Institut for Folkesundhed, SDU

Uddrag, herunder figurer og tabeller, er tilladt mod tydelig kildegengivelse.

Elektronisk udgave: ISBN 978-87-7899-462-2

Statens Institut for Folkesundhed
Stu­di­estræde 6
1455 København K
www.sdu.dk/sif

Rapporten kan downloades fra
www.sdu.dk/sif

Forord

Vi ved, at det har stor betydning for den enkeltes livssituation og helbred at indgå i meningsfulde sociale relationer og fællesskaber. En omfattende forskning har således vist, at svage sociale relationer har en negativ betydning for den enkeltes helbred og trivsel, og kan også medføre eller øge følelsen af ensomhed. Længerevarende ensomhed øger risikoen for dårlig mentalt helbred en række sygdomme og tidlig død.

Oplevelsen af ensomhed stiger med alderen og er størst blandt de ældste ældre. Med et stigende antal ældre i befolkningen og længere levetid er ensomhed og svage sociale relationer blandt ældre et vigtigt fokusområde for et godt helbred og god trivsel blandt ældre.

Formålet med denne rapport er at beskrive forekomsten af ensomhed og svage sociale relationer blandt ældre borgere i Danmark. Ligeledes er formålet at beskrive sammenhængen mellem ensomhed samt svage sociale relationer og en række faktorer: sociodemografiske forhold, geografisk placering, helbred, sygelighed og sundhedsadfærd. Studiepopulationen består af ældre borgere på 65 år eller derover, som har deltaget i den landsdækkende spørgeskemaundersøgelse Den Nationale Sundhedsprofil i 2017.

Det fremgår af rapporten, at forekomsten af ensomhed og svage sociale relationer er stigende med alderen blandt borgere på 65 år eller derover. Sociodemografiske forhold, dårligt helbred og uhen-sigtsmæssig sundhedsadfærd øger risikoen for forekomst af ensomhed og svage sociale relationer. Denne undersøgelse peger desuden på, at andelen af ældre, der føler sig ensomme, og som har angivet at have svage sociale relationer, varierer på tværs af regioner og kommuner i Danmark.

Rapporten er udarbejdet af en projektgruppe fra Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, bestående af akademisk medarbejder Marie Skov Kristensen, ph.d.-studerende Kirstine Wodschow, forskningschef Anne Illemann Christensen, videnskabelig assistent Carina Skaarup, lektor Lau Caspar Thygesen og professor Annette Kjær Ersbøll. Endvidere har postdoc Katrine Rich Madsen lavet internt review af rapporten, og kommunikationsmedarbejder Stig Krøger Andersen har læst korrektur.

Undersøgelsen er finansieret af Realdania.

Statens Institut for Folkesundhed, SDU
Juni 2019



Morten Grønbæk
Direktør

Indhold

Sammenfatning	5
1 Baggrund og formål	9
2 Materiale og metode	11
Datamateriale	11
Måling af ensomhed og svage sociale relationer	12
Variabel definition	14
Læsevejledning	17
3 Forekomst af ensomhed og svage sociale relationer	19
Forekomst af ensomhed	19
Forekomst af svage sociale relationer (kontakt med andre og social støtte)	19
4 Sociodemografiske forhold	22
Sociodemografiske forhold og ensomhed	23
Sociodemografiske forhold og svage sociale relationer	25
5 Geografisk placering	29
Geografisk placering og ensomhed	30
Geografisk placering og svage sociale relationer	31
6 Selvvurderet helbred og det fysiske helbred eller følelsesmæssige problemer som barriere for kontakt	38
Selvvurderet helbred og det fysiske helbred eller	39
følelsesmæssige problemer som barriere for kontakt, og ensomhed	39
Selvvurderet helbred og det fysiske helbred eller følelsesmæssige problemer som barriere for kontakt, og svage sociale relationer	40
7 Sygelighed	42
Sygelighed og ensomhed	43
Sygelighed og svage sociale relationer	46
8 Sundhedsadfærd	51
Sundhedsadfærd og ensomhed	52
Sundhedsadfærd og svage sociale relationer	53
Perspektivering	56
Appendix 1	58
Appendix 2	64
Referencer	67

Sammenfatning

Denne rapport beskriver forekomsten af ensomhed og svage sociale relationer blandt ældre borgere i Danmark. Ligeledes belyses sammenhænge mellem ensomhed samt svage sociale relationer og en række faktorer: sociodemografiske forhold, geografisk placering, helbred, sygelighed og sundhedsadfærd. Studiepopulationen består af 53.117 ældre borgere på 65 år eller derover, som har deltaget i den landsdækkende spørgeskemaundersøgelse Den Nationale Sundhedsprofil i 2017.

I det følgende præsenteres rapportens hovedresultater.

Forekomst af ensomhed og svage sociale relationer

Undersøgelsen finder, at 4,2 % af ældre borgere på 65 år eller derover føler sig ensomme, belyst ved, at de ofte er alene, selvom de mest har lyst til at være sammen med andre ('uønsket alene'). Forekomsten af ensomhed stiger med alderen, hvor 3,2 % af de 65-74-årige, 4,5 % af de 75-84-årige, og 10,5 % blandt de ældste ældre på 85 år eller derover ofte føler sig uønsket alene.

Forekomsten af svage sociale relationer blandt ældre er belyst ved spørgsmål om hyppighed af kontakt til relationer henholdsvis til familie uden for husstanden, venner og naboer eller beboere i lokalområdet, og oplevelsen af at have nogen at tale med ved problemer eller ved behov for støtte. Undersøgelsen finder, at andelen af ældre på 65 år eller derover, der sjældent eller aldrig har kontakt til andre, er fordelt som følger: familie (6,7 %), venner (9,6 %) og naboer (17,9 %). Andelen, der sjældent eller aldrig har kontakt til venner og naboer/beboere i lokalområdet, stiger med alderen, hvor det ses, at henholdsvis 17,4 % og 21,8 % blandt de ældste ældre på 85 år eller derover har sparsom kontakt. Omtrent 4 % af ældre på 65 år eller derover angiver, at de aldrig eller næsten aldrig har nogen at tale med ved problemer eller behov for støtte, og der ses ingen forskel på tværs af aldersgrupperne.

Sociodemografiske forhold

Køn: Ældre kvinder har en større risiko for ofte at føle sig uønsket alene sammenlignet med ældre mænd. Derimod har ældre mænd en betydelig større risiko for aldrig eller sjældent at have kontakt med familie uden for husstanden eller venner samt aldrig eller næsten aldrig at modtage social støtte sammenlignet med ældre kvinder.

Uddannelse: Den ældre del af befolkningen, der ikke har nogen uddannelse, som er under uddannelse eller som angiver at have taget en 'anden uddannelse', har en større risiko for ofte at føle sig uønsket alene, have lav frekvens af kontakt med venner, samt at modtage en lav grad af social støtte sammenlignet med ældre, der har en lang videregående uddannelse.

Bosat med andre: Ældre, der bor sammen med en partner (ægtefælle/kæreste/samlever), har en mindre risiko for ofte at føle sig uønsket alene, at have en lav frekvens af kontakt med andre uden for husstanden (familie, venner og naboer/beboere i lokalområdet) samt at modtage en lav grad af social støtte sammenlignet med ældre, der ikke bor med en partner.

Samlivsstatus: Det ses, at ældre enlige (som er separeret/skilt, ugift, enke/enkemænd) har en større risiko for ofte at føle sig uønsket alene sammenlignet med ældre, der er gift. Ligeledes ses det, at særligt ældre ugifte har en større risiko for lav frekvens af kontakt med familie samt for at modtage en lav grad af social støtte sammenlignet med ældre, der er gift.

Geografisk placering

Region: Der ses ingen væsentlig geografisk forskel mellem regionerne i forhold til andelen af ældre, der ofte føler sig uønsket alene. Ældre, der bor i Region Nordjylland, har en markant mindre risiko for at have en lav frekvens af kontakt med både familie, venner og naboer eller beboere i lokalområdet i forhold til ældre, der bor i Region Hovedstaden. Ældre, der er bosat i Region Sjælland, har en større risiko for at have en lav frekvens af kontakt til venner sammenlignet med ældre, der er bosat i Region Hovedstaden. Ældre, der bor i Region Nordjylland, har en lavere risiko for aldrig eller næsten aldrig at modtage social støtte sammenlignet med ældre, der bor i Region Hovedstaden.

By/land: Ældre, der bor i en byzone, føler sig oftere uønsket alene sammenlignet med ældre, der bor i en landzone eller i et sommerhusområde. Der ses ingen væsentlig forskel mellem byzone, landzone og sommerhusområde i forhold til, hvor ofte de ældre har en lav frekvens af kontakt med andre uden for husstanden (familie, venner og naboer/beboere i lokalområdet). Der ses ingen væsentlig forskel mellem beboelsesområderne i forhold til, at de ældre oplever en lav grad af social støtte.

Kommune: Der er kommuner i den vestlige og sydlige del af Sjælland samt blandt de nordlige kommuner i Region Syddanmark, hvori der bor en større andel af ældre, der ofte føler sig uønsket alene, sammenlignet med gennemsnittet for alle ældre. Samlet set viser danmarkskortene, at ældre, der bor i kommunerne i den nordvestlige del af Sjælland, skiller sig ud ved at have en øget risiko for lav frekvens af kontakt til både familie, venner og naboer samt beboere i lokalområdet sammenlignet med gennemsnittet for alle ældre. Andelen af ældre inden for hver kommune, der aldrig eller næsten aldrig modtager social støtte, er jævnt fordelt mellem de 98 kommuner.

Selvvurderet helbred og det fysiske helbred eller følelsesmæssige problemer som barriere for kontakt

Selvvurderet helbred: Gruppen af ældre med et mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred har en øget risiko for ofte at føle sig uønsket alene, at have en lav frekvens af kontakt med andre uden for husstanden (familie, venner og naboer/beboere i lokalområdet), samt at opleve en lav grad af social støtte sammenlignet med ældre, der har et fremragende selvvurderet helbred.

Fysisk helbred og følelsesmæssige problemer: Ældre, der indenfor de seneste 4 uger har følt sig begrænset i at se andre mennesker grundet deres fysiske helbred og/eller følelsesmæssige problemer *hele tiden*, har en øget risiko for ofte at føle sig uønsket alene, for at have en lav frekvens af kontakt med venner og naboer/beboere i lokalområdet, samt at opleve at modtage en lav grad af social støtte sammenlignet med ældre, der har følt sig begrænset *det meste af tiden*.

Sygelighed

Kontakt til egen læge: Ældre, der har haft kontakt til deres praktiserende læge inden for de seneste 12 måneder, har en mindre risiko for ofte at føle sig uønsket alene. Derimod har de en større risiko for at have en lav frekvens af kontakt med andre (familie, venner og naboer), samt at opleve at modtage en lav grad af social støtte sammenlignet med ældre, der ikke har haft kontakt med deres læge inden for de seneste 12 måneder.

Langvarig sygdom: Ældre, der har en langvarig sygdom af mindst 6 måneders varighed, har en mindre risiko for ofte at føle sig uønsket alene, at have en lav frekvens af kontakt med andre (familie, venner og naboer/beboere i lokalområdet), samt at modtage en lav grad af støtte sammenlignet med ældre, der ikke har haft en langvarig sygdom.

Symptomer på stress og nervøsitet: Ældre, der angiver at have symptomer på stress og nervøsitet inden for de seneste 4 uger, har en øget risiko for ofte at føle sig uønsket alene, for at have en lav frekvens af kontakt med andre (familie, venner og naboer/beboere i lokalområdet), samt at modtage en lav grad af sociale støtte sammenlignet med ældre, der angiver *aldrig* at have disse symptomer inden for de seneste 4 uger.

Symptomer på ubehag: Blandt ældre, der har været meget generet af symptomer og ubehag relateret til 'nedtrykthed, deprimeret, ulykkelig' eller 'ængstelse, nervøsitet, uro og angst' de seneste 14 dage, ses en øget risiko for ofte at føle sig uønsket alene, for at have en lav frekvens af kontakt med andre (familie, venner og naboer/beboere i lokalområdet), samt at opleve at modtage en lav grad af social støtte sammenlignet med ældre, der ikke har været plaget af disse symptomer de seneste 14 dage.

Specifikke sygdomme og helbredsproblemer: Det ses, at ældre, der har angivet at have en af de 13 mulige specifikke sygdomme eller helbredsproblemer, har en øget risiko for at føle sig uønsket alene. De fem sygdomme, der er associeret med den højeste risiko for ofte at føle sig uønsket alene, er: psykisk lidelse, hjerneblødning, blodprop, gig og migræne. Ligeledes ses det, at ældre, der angiver at have en psykisk lidelse, hjerneblødning, lungesygdom, diabetes, diskusprolaps, gig eller migræne, har en øget risiko for at have en lav frekvens af kontakt med andre. Endeligt ses det, at ældre, der angiver at have lungesygdom, blodprop, diabetes, psykisk lidelse, diskusprolaps, gig, tinnitus, grå stær, migræne eller astma, har en øget risiko for at modtage en lav grad af social støtte sammenlignet med ældre, der ikke har angivet at have en af disse specifikke sygdomme eller helbredsproblemer.

Sundhedsadfærd

Rygning: Ældre, der ryger dagligt, har en øget risiko for ofte at føle sig uønsket alene, for at have en lav frekvens af kontakt med andre uden for husstanden (familie, venner og naboer/beboere i lokalområdet), samt at modtage en lav grad af social støtte sammenlignet med ældre, der ikke ryger dagligt.

Alkohol: Der ses ingen forskel i risikoen for ofte at føle sig uønsket alene blandt ældre, der overskrider Sundhedsstyrelsens højriskogrænse for alkoholindtagelse, sammenlignet med ældre, der ikke overskrider højriskogrænsen. Derimod ses det, at ældre, der overskrider højriskogrænsen for alkoholindtagelse, har en øget risiko for lav frekvens af kontakt med familie og naboer/beboere i lokalområdet, samt at opleve at modtage en lav grad af social støtte sammenlignet med ældre, der ikke overskrider højriskogrænsen for alkoholindtagelse.

Kost: Blandt ældre, der har et usundt kostmønster, ses en øget risiko for ofte at føle sig uønsket alene, for at have en lav frekvens af kontakt med andre (familie, venner og naboer/beboere i lokalområdet), samt at modtage en lav grad af social støtte sammenlignet med ældre, der ikke har et usundt kostmønster.

Fysisk aktivitet: Ældre, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, har en øget risiko for ofte at føle sig uønsket alene, for at have en lav frekvens af kontakt med andre uden for husstanden (familie, venner og naboer/beboere i lokalområdet), samt at opleve at modtage en lav grad af social støtte sammenlignet med ældre, der opfylder WHO's anbefaling for fysisk aktivitet.

Vægt: Blandt ældre, der er undervægtige ($BMI < 18,5$), ses en øget risiko for ofte at føle sig uønsket alene, samt for at have lav frekvens af kontakt med venner og naboer/beboere i lokalområdet sammenlignet med ældre, der er normalvægtige. Ældre, der er svært overvægtige ($BMI \geq 30$), har en øget risiko for lav frekvens af kontakt med både familie, venner og naboer/beboere i lokalområdet. Ligeledes ses det, at ældre med overvægt (både moderat og svært overvægtige), samt ældre med undervægt, har en øget risiko for at modtage en lav grad af social støtte sammenlignet med ældre normalvægtige.

1 Baggrund og formål

At indgå i meningsfulde sociale relationer og fællesskaber har stor betydning for den enkeltes livssituation og overlevelse.¹ I litteraturen beskrives sociale relationer ofte med to dimensioner: en strukturel og en funktionel dimension. Den strukturelle dimension relaterer sig til antallet og typen af sociale relationer (f.eks. familie, venner, naboer), hvor den funktionelle dimension relaterer sig til, hvordan de sociale relationer fungerer (f.eks. graden af oplevet følelsesmæssig social støtte).² Når sociale relationer opleves som svage eller belastende, har det en negativ betydning for den enkeltes helbred og trivsel³, ligesom svage eller belastende sociale relationer kan medføre eller øge følelsen af ensomhed.

Ensomhed er en subjektiv følelse, der er relateret til følelser som for eksempel at være ulykkelig, oplevelsen af at stå alene, være ude af stand til at handle, og at have et stærkt savn af tilhørsforhold til andre og menneskeligt nærvær.⁴ Ensomhed defineres i litteraturen ofte som en uoverensstemmelse mellem den enkeltes ønsker/behov for sociale relationer og de sociale relationer, man oplever at have.⁵ Ensomhed kan opstå, hvis man mangler social kontakt, ved lav grad af social støtte, eller når man føler sig alene selvom man ønsker at være sammen med andre ('uønsket alene'). Ensomhed kan dog lige så ofte opstå, når man er blandt andre.⁶ Ensomhed er således relateret til både kvantiteten såvel som kvaliteten af de sociale relationer.⁵

At føle sig ensom er en naturlig del af livet og en følelse, langt de fleste mennesker vil opleve i en kortere eller længere periode. Men for en mindre gruppe mennesker bliver ensomheden en fast, intens følgesvend, og i disse tilfælde kan det have alvorlige helbredsmæssige konsekvenser både fysisk og mentalt. Forskning peger på, at langvarig, intens ensomhed blandt andet øger forekomsten af hjerte-kar-sygdomme⁷, depression⁸, dårlig søvn og svækket immunforsvar.⁹ I tråd hermed viser forskning, at ensomhed også øger risikoen for tidlig død markant.¹ En dansk undersøgelse viser for eksempel, at ensomhed forårsager 770 ekstra dødsfald om året i Danmark, når der justeres for andre kendte risikofaktorer som rygning, alkohol, BMI og fysisk inaktivitet.¹⁰ Endvidere viser forskning, at personer, der føler sig ensomme, har flere besøg hos deres praktiserende læge samt hyppigere kontakt med sundhedsvæsenet både i form af kontakter til somatiske og psykiatriske hospitalsafdelinger sammenlignet med personer, der ikke føler sig ensomme.¹⁰ Når et menneske rammes af svær ensomhed, har det således store omkostninger for den enkeltes helbred og livskvalitet såvel som for samfundet.

Forekomsten af ensomhed blandt ældre er primært undersøgt i befolkningsstudier på regionsniveau. En undersøgelse foretaget i Region Midtjylland i 2013 blandt 7.725 ældre, fandt ved brug af the 'Three-Item Loneliness Scale' som for eksempel spørger til, hvor ofte man føler sig isoleret fra andre, og hvor ofte man savner nogen at være sammen med, at forekomsten af ensomhed stiger fra 3 % blandt de 65-79-årige til 7 % blandt de ældre på 85 år eller derover.¹¹ En anden undersøgelse foretaget i Region Syddanmark i 2017 blandt 5.528 ældre fandt, at forekomsten af ensomhed målt ved spørgsmålet om 'uønsket alenehed' stiger fra 4 % blandt de 65-74-årige til 5,6 % blandt

de ældre på 75 år eller derover.¹² Idet der anvendes forskellige spørgeteknikker og måleredskaber, kan det være vanskeligt at sammenligne forekomsten af ensomhed på tværs af studier.¹¹

I takt med at alderdommen indtræder, oplever en større andel ældre flere forandringer, der kan begrænse mulighederne i livet betragteligt, hvilket kan have konsekvenser for omfanget af det sociale netværk samt øge risikoen for, at flere ældre føler sig ensomme. At forlade arbejdsmarkedet kan medføre tab af sociale relationer og samtidig begrænse éns økonomiske ressourcer og derved handlemuligheder.⁶ Ligesom dét at miste sin ægtefælle eller andre nære relationer kan øge risikoen for vedvarende ensomhed betragteligt.^{6,11,13,14} Risikoen for at få helbredsproblemer og lide et eller flere funktionstab stiger ligeledes med alderen. Visse sygdomme kan desuden betyde, at man i højere grad er bundet til sit hjem og derved er begrænset i at være socialt aktiv, hvilket ligeledes er forbundet med en øget risiko for ensomhed.⁶ I tråd hermed viser forskning, at selvvurderet dårligt helbred¹⁴ samt mistrivsel¹³ ligeledes øger risikoen for ensomhed blandt ældre. International forskning peger desuden på, at uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, såsom rygning og fysisk inaktivitet, kan være associeret med ensomhed.¹⁵

Det er velkendt, at det område, man bor i, har en betydning for éns helbred.¹⁶ Men der er ikke enighed om, hvorvidt geografisk placering hænger sammen med forekomsten af ensomhed blandt danske ældre. En undersøgelse foretaget i Region Midtjylland peger på¹¹, at der er en lidt større andel, der føler sig ensom, blandt ældre 65-79-årige, der bor i et landområde eller i en landsby sammenlignet med ældre byboere. Derimod viser en anden undersøgelse baseret på 8.830 ældre på 65 år eller derover, at det ikke har nogen betydning for oplevelsen af ensomhed, hvorvidt man bor i en storby eller et yderområde.⁶

I Danmark er der i dag godt 1,1 million personer på 65 år eller derover, som derved udgør godt 20 % af befolkningen.¹⁷ I de kommende 10 år forventes antallet af ældre borgere at stige markant, heriblandt forventes gruppen med de ældste ældre (på 80 år eller derover) at vokse med 150.000 personer, hvilket svarer til 58 % flere end i dag.¹⁸ Hensigten med denne rapport er at bidrage med væsentlig viden til målretning af fremtidige indsatser, der kan forebygge og afhjælpe ensomheden samt styrke sociale relationer blandt ældre i Danmark. Formålet med denne rapport er således:

- At beskrive forekomsten af ensomhed og svage sociale relationer blandt ældre på 65 år eller derover på tværs af aldersgrupper.
- At belyse, hvordan ensomhed og svage sociale relationer hænger sammen med forskellige sociodemografiske forhold, geografisk placering, selvvurderet helbred og fysisk helbred/følelsesmæssige problemer som barriere for kontakt, sygelighed og sundhedsadfærd blandt ældre på 65 år eller derover.

2 Materiale og metode

Datamateriale

Den Nationale Sundhedsprofil 2017

Undersøgelsen anvender data fra Den Nationale Sundhedsprofil 2017. Den Nationale Sundhedsprofil er en national repræsentativ befolkningsundersøgelse med stikprøver fra hver af de fem regioner samt en landsdækkende stikprøve. Undersøgelsen er gennemført i et samarbejde mellem de fem danske regioner, Sundhedsstyrelsen og Statens Institut for Folkesundhed (SIF) ved Syddansk Universitet, på baggrund af en aftale mellem Danske Regioner, Kommunernes Landsforening (KL), Sundheds- og Ældreministeriet samt Finansministeriet.¹⁹ Det overordnede formål med Den Nationale Sundhedsprofil er at beskrive forekomsten og fordelingen af trivsel, sundhed og sygdom blandt borgere i Danmark på 16 år eller derover.

De personer, som er udtrukket til at deltage i undersøgelsen, har enten haft mulighed for at udfylde et selvadministreret spørgeskema i papirform eller et identisk elektronisk spørgeskema. Deltagerne har desuden modtaget et introduktionsbrev med information om undersøgelsens formål samt en beskrivelse af, at deltagelse i undersøgelsen er frivillig, og at svarpersonerne sikres fuld anonymitet. Der udsendes minimum 2 påmindelser til de, som ikke har besvaret spørgeskemaet.

I Den Nationale Sundhedsprofil 2017 besvarede 183.372 borgere spørgeskemaet (59 % af de inviterede). I denne undersøgelse indgår den ældre del af befolkningen på 65 år eller derover, hvilket svarer til en studiepopulation på 53.117 personer.

Vægtning og repræsentativitet

For at sikre repræsentative resultater nationalt er der i rapportens opgørelser foretaget en vægtning af data. Dette er gjort, fordi det er af stor betydning for resultaterne, at svarpersonerne ligner den øvrige befolkning med hensyn til køn, alder, uddannelse, bopælskommune og andre sociodemografiske karakteristika. Den stikprøve, der har besvaret spørgeskemaerne, afviger på flere punkter fra den danske befolkningssammensætning.^{20,21} I denne undersøgelse er sådanne eventuelle afvigelser – og dermed deres indflydelse på resultaternes repræsentativitet – løst ved en opregning eller en såkaldt vægtning for bortfald. Dette betyder, at besvarelsen fra en given person er givet en særlig vægt i forhold til, hvor sandsynligt det er at modtage en besvarelse fra en person med samme køn, alder, uddannelse, bopælskommune og andre sociodemografiske og helbreds-mæssige karakteristika. På denne måde vil besvarelser fra personer med en profil, der har en lav deltagelsesprocent, vægte mere end besvarelser fra personer med en profil med en høj deltagelsesprocent.¹⁹

Måling af ensomhed og svage sociale relationer

I denne rapport belyses ensomhed og to dimensioner af svage sociale relationer ud fra selvrappede oplysninger fra Den Nationale Sundhedsprofil 2017.

Ensomhed

Ensomhed belyses med et spørgsmål, der spørger til, hvorvidt man er uønsket alene, når man hellere vil være sammen med andre. Spørgsmålet relaterer sig til den funktionelle dimension af de sociale relationer og bruges i denne undersøgelse til at belyse ét aspekt af den ensomhed, ældre kan opleve. Der skal imidlertid fremhæves, at det derfor ikke er alle aspekter af ældres ensomhed, som dette spørgsmål indfanger for eksempel den form, som kan opstå i samværet med andre. En undersøgelse foretaget af Lauritzen et al. (2012)²² viser, at 43 % af de ældre, der ofte føler sig uønsket alene, også angiver, at de ofte føler sig ensomme.

Spørgsmålet lyder: *Sker det nogensinde, at du er alene, selvom du mest har lyst til at være sammen med andre?*

Til dette spørgsmål er det muligt at svare:

- Ja, ofte
- Ja, en gang imellem
- Ja, men sjældent
- Nej

Hvis svarpersonen svarer 'Ja, ofte' defineres han/hun i denne undersøgelse, som at være uønsket alene.

Svage sociale relationer

Ældres svage sociale relationer belyses ved to spørgsmål. Det første spørgsmål spørger til hyppighed af kontakt til andre og belyser således, hvor ofte de ældre har kontakt med forskellige relationer i deres liv. Kontakt til andre defineres i spørgsmålet eksempelvis som det at være sammen med andre, at tale i telefon eller at skrive med andre. Spørgsmålet relaterer sig derfor til den strukturelle dimension af de sociale relationer.

Det andet spørgsmål spørger til oplevet social støtte og belyser således den enkeltes opfattelse af, hvorvidt man oplever at have nogen at tale med, hvis man har problemer eller brug for støtte. Spørgsmålet relaterer sig til den funktionelle dimension af de sociale relationer og nærmere bestemt, hvordan de sociale relationer fungerer.

Kontakt til andre

Spørgsmålet lyder: *Hvor ofte er du i kontakt med venner, bekendte og familie, som du ikke bor sammen med?*

Svarpersonen bliver bedt om at sætte et kryds ud for, hvor ofte han eller hun er i kontakt med 1) 'Familie, som du ikke bor sammen med', 2) 'Venner' og 3) 'Naboer eller beboere i dit lokalområde'.

Til dette spørgsmål er det muligt at svare:

- Dagligt eller næsten dagligt
- 1 eller 2 gange om ugen
- Sjældnere end 1 gang om måneden
- Aldrig

Hvis svarpersonen svarer 'Sjældnere end 1 gang om måneden' eller 'Aldrig', defineres det som en lav frekvens af social kontakt med andre, hvilket i denne undersøgelse afspejler en dimension af svage sociale relationer.

Social støtte

Spørgsmålet lyder: *Har du nogen at tale med, hvis du har problemer eller brug for støtte?*

Til dette spørgsmål er det muligt at svare:

- Ja, altid
- Ja, for det meste
- Ja, nogen gange
- Nej, aldrig eller næsten aldrig.

Hvis svarpersonen svarer 'Nej, aldrig eller næsten aldrig', defineres det som, at personen modtager en lav grad af social støtte, hvilket i denne undersøgelse afspejler svage sociale relationer.

Variabel definition

I det følgende beskrives de forklarende variable, som anvendes til at belyse sammenhænge mellem ensomhed samt svage sociale relationer og sociodemografiske forhold, geografisk placering, selv vurderet helbred og fysisk helbred/følelsesmæssige problemer som barriere for kontakt, sygelighed og sundhedsadfærd.

Sociodemografiske forhold

Uddannelse: Information om uddannelse er indhentet på baggrund af svarpersonens oplysninger ud fra spørgsmålene, 'Hvilken skoleuddannelse har du?' og 'Har du fuldført en uddannelse ud over en skole- eller ungdomsuddannelse?'. I rapporten inddeles uddannelse i følgende kategorier: 1) Ingen erhvervsuddannelse/under uddannelse, 2) Kort uddannelse, 3) Kort videregående uddannelse, 4) Mellemlang videregående uddannelse, 5) Lang videregående uddannelse og 6) Anden uddannelse. I denne rapport er referencegruppen ældre, der har en lang uddannelse.

Bosat med andre: I rapporten skelnes der mellem, om man er bosat sammen med 1) Ægtefælle, samlever eller kæreste, 2) Barn/børn under 16 år, 3) Andre på 16 år eller derover. Referencegruppen er ældre, der ikke er bosat med andre.

Samlivsstatus: Information om samlivsstatus er indhentet ved at kombinere svarpersonens egne oplysninger om, hvorvidt han eller hun bor sammen med en ægtefælle, samlever eller kæreste, med registeroplysninger fra Det Centrale Personregister (CPR) om civilstand. I denne rapport opdeles samlivsstatus i, om man er 1) Gift, 2) Samlevende, 3) Fraskilt (separeret eller skilt), 4) Enke/enkemand og 5) Enlig (ugift). Referencegruppen er ældre, der er gift.

Geografisk placering

Region: I rapporten skelnes der mellem hvilken af de fem danske regioner, svarpersonerne er bosat i: 1) Region Hovedstaden, 2) Region Sjælland, 3) Region Syddanmark, 4) Region Midtjylland og 5) Region Nordjylland. Referencegruppen er ældre, der er bosat i Region Hovedstaden.

Beboelseszone: Ved at koble svarpersonernes bopæl med Danmark Adresse Register (DAR)²³ er der til hver svarperson tilknyttet information om, hvilken type af beboelseszone svarpersonen har bopæl i. Kategorierne for beboelseszonerne er de samme, som er defineret i Planloven²⁴: 1) Byzone, 2) Landzone og 3) Sommerhusområde. Zonerne er opgjort ud fra hvilke områder, der i en planmæssig sammenhæng betragtes som henholdsvis by, land eller sommerhusområde, og i zonerne indgår der dermed ikke noget mål for eksempelvis afstand til nærmeste nabo. Referencegruppen er ældre, der er bosat i en landzone.

Kommune: For hver svarperson er det oplyst, hvilken af landets 98 kommuner personen har bopæl i. I rapporten er adresser på Christians Ø og Frederiks Ø lagt ind under Bornholms Kommune. Til hvert af spørgsmålene omkring ensomhed og svage sociale relationer er den procentvise svarfordeling beregnet for hver kommune.

Selvvrurderet helbred og det fysiske helbred eller følelsesmæssige problemer som barriere for kontakt

Selvvrurderet helbred: Information om selvvurderet helbred belyses i denne rapport ved spørgsmålet: 'Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?'. Hertil er det muligt at svare: 'Fremragende', 'Vældig godt', 'Godt', 'Mindre godt' og 'Dårligt'. Referencegruppen er ældre, der svarer 'Fremragende'.

Det fysiske helbred eller følelsesmæssige problemer som barriere for kontakt: Spørgsmålet, der belyser dette, lyder: 'Inden for de sidste 4 uger, hvor stor en del af tiden har dit fysiske helbred eller følelsesmæssige problemer gjort det vanskeligt at se andre mennesker (f.eks. besøge venner, slægtninge osv.)?' Til spørgsmålet er det muligt at svare: 'Hele tiden', 'Det meste af tiden', 'Noget af tiden', 'Lidt af tiden', 'På intet tidspunkt'. Referencegruppen er ældre, der svarer 'Det meste af tiden'.

Sygelighed

Kontakt til egen læge: I denne rapport er kontakt til egen læge belyst ved spørgsmålet: 'Har du været ved din egen læge i løbet af de seneste 12 måneder?', hvortil det er muligt at svare 'Ja' eller 'Nej'. Referencegruppen er ældre, der svarer 'Nej'.

Langvarig sygdom: Information om langvarig sygdom er i denne rapport belyst ved spørgsmålet: 'Har du nogen langvarig sygdom, langvarig eftervirkning af skade, handicap eller anden langvarig lidelse? Med langvarig menes mindst 6 måneder'. Til spørgsmålet er det muligt at svare enten 'Ja' eller 'Nej'. Det har således ikke været muligt at angive, hvilke sygdomme det drejede sig om. Referencegruppen er ældre, der svarer 'Nej'.

Stress og nervøsitet: I denne rapport er symptomer på stress belyst ud fra følgende spørgsmål: 'Hvor ofte har du inden for de seneste 4 uger følt dig nervøs og 'stresset'?'. Hertil er det muligt at svare 'Aldrig', 'Næsten aldrig', 'En gang imellem', 'Ofte' og 'Meget ofte'. Referencegruppen er ældre, der svarer 'Aldrig'.

Symptomer og ubehag: Symptomer og ubehag er i denne rapport belyst ved følgende spørgsmål: 'Har du inden for de seneste 14 dage være generet af nogle af de her nævnte former for smerter eller ubehag?'. Dette spørgsmål belyses ved symptomer og ubehag, der vedrører 1) 'Nedtrykthed, deprimeret, ulykkelig' og 2) 'Ængstelse, nervøsitet, uro og angst'. Til spørgsmålene er det muligt at svare: 'Ja, meget generet', 'Ja, lidt generet' eller 'Nej'. Referencegruppen er ældre, der svarer 'Ja, lidt generet'.

Specifikke sygdomme og helbredsproblemer: I denne rapport belyses det ud fra 13 sygdomme og helbredsproblemer, der hver især bidrager til sygdomsbyrden i befolkningen, enten fordi de forårsager mange dødsfald, eller fordi de fører til nedsat livskvalitet og funktionsevne i store grupper af befolkningen.¹⁹ Svarpersonerne er blevet bedt om at angive, om de på nuværende tidspunkt eller tidligere har haft en eller flere af de følgende 13 specifikke sygdomme og helbredsproblemer: lunge sygdom, hjerneblødning, blodprop, kræft, diabetes, psykisk lidelse, diskusprolaps, knogleskørhed, gigt, tinnitus, grå stær, migræne og astma. Spørgsmålet lyder: 'For hver af de følgende sygdomme og helbredsproblemer bedes du angive, om du har den eller har haft den tidligere. Hvis du har haft den tidligere, bedes du også angive, om du har eftervirkninger'. Hvis svarpersonen angiver at have den pågældende sygdom nu eller stadig har eftervirkninger af sygdommen, karakteriseres personen som at have den pågældende sygdom. Referencegruppen er ældre, der svarer 'Nej' til at have den specifikke sygdom/helbredsproblem.

Sundhedsadfærd

Rygning: Information om rygning er belyst ud fra spørgsmålet: 'Ryger du?'. Hertil er det muligt at svare: 'Ja, hver dag', 'Ja, mindst én gang om ugen', 'Ja, sjældnere end hver uge', 'Nej, jeg er holdt op', 'Nej, jeg har aldrig røget'. I denne rapport vises andelen af svarpersoner, der ryger dagligt ved at svare 'Ja, hver dag', mod de øvrige fire svarkategorier, som udgør referencegruppen 'Nej'.

Alkohol: Information om ældres alkoholforbrug er indhentet ved spørgsmålet: 'Hvor mange genstande drikker du typisk på hver af dagene i løbet af ugen? Start med mandag og tag en dag ad gangen (udfyld alle felter, også selv om svaret er 0).' På baggrund af alkoholforbruget i løbet af en typisk uge med angivelse af, hvor mange genstande svarpersonen typisk drikker på hver af ugens dage for hver af kategorierne øl/alkoholcider, vin/hedvin og spiritus/alkoholsodavand, er der udregnet, om svarpersonen overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse ved alkoholindtagelse. Sundhedsstyrelsen har defineret en højrisikogrænse for alkoholindtag på henholdsvis 21 og 14 genstande per uge for mænd og kvinder. I denne rapport vises svarpersoner, der overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse ved alkoholindtagelse mod de svarpersoner, der drikker mindre end Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse, som så udgør referencegruppen.

Kost: Information om kost er indhentet ved brug af en såkaldt kostscore, som er et samlet udtryk for kostens sundhed og kvalitet. I kostscoren indgår elementerne: frugt, fisk, fedt og grønt. Kostscoren går fra 0 til 8. En score på 6 eller derover kategoriseres som et sundt kostmønster, en score på 3 eller derunder kategoriseres som et usundt kostmønster og en score mellem 3 og 5 kategoriseres som et kostmønster med både sunde og usunde elementer. I denne rapport vises de svarpersoner, der har et usundt kostmønster mod de øvrige to kategorier, som udgør referencegruppen 'Nej'.

Fysisk aktivitet: I denne rapport er fysisk aktivitet opgjort i henhold til, hvorvidt svarpersonerne opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, som omhandler ugentlig fysisk aktivitet. Fysisk aktivitet er således undersøgt ved at spørge til timer og minutter, der er anvendt på moderat og hård fysisk aktivitet i fritiden og ved transport til og fra arbejde, skole eller uddannelse på en typisk uge. Desuden spørges der til, hvor meget af denne tid, der i alt anvendes på hård fysisk aktivitet. I denne rapport vises de svarpersoner, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet mod de, der gør, og som udgør referencegruppen 'Ja'.

Vægt: Information om vægt kategoriseres efter svarpersonens Body Mass Index (BMI) baseret på følgende kategorier: undervægt (BMI <18,5), normalvægt (BMI: 18, 5 ≤ BMI <25), moderat overvægt (BMI: 25 ≤ BMI <30) og svær overvægt (BMI ≥30). Referencegruppen er ældre, der har et BMI, der ligger inden for normalvægt.

Læsevejledning

Rapporten består af 8 kapitler. I de to foregående kapitler blev baggrunden for rapporten præsenteret sammen med rapportens formål, mens dette kapitel beskriver rapportens materiale og metode. I næste kapitel (kapitel 3) præsenteres resultaterne for forekomsten af ensomhed og svage sociale relationer blandt ældre opgjort for alle ældre på 65 år eller derover samt opdelt i aldersgrupperne: 65-74-årige; 75-84-årige og +85-årige. De følgende 5 kapitler præsenterer resultater, som viser fordeling af ensomhed og svage sociale relationer blandt ældre på 65 år eller derover i forhold til en række forhold: Sociodemografiske forhold (kapitel 4), Geografisk placering (kapitel 5), Helbred og trivsel (kapitel 6), Sygelighed (kapitel 7) og Sundhedsadfærd (kapitel 8).

Forklaring til tabel og kort

I kapitel 3 præsenteres resultater for forekomsten af ensomhed og svage sociale relationer, som opgøres i tabeller angivet ved antal svarpersoner og procent (andel) i parentes. N angiver hvor mange personer, der har svaret på det enkelte spørgsmål, og % (procent) angiver andelen, der har besvaret spørgsmålet. Endelig er der angivet en kategori med missing, som viser det antal personer, der ikke har besvaret det specifikke spørgsmål.

Kapitel 4-8 indledes alle med en karakteristik af studiepopulationen, som præsenteres i en tabel 1, hvor N (antal svarpersoner), procent (andel) i parentes samt en missing kategori angives. Dernæst vises en opgørelse over fordelingen af ensomme samt personer med svage sociale relationer på de udvalgte variable (f.eks. sociodemografi, geografisk placering mv.) i tabel 2-4. Tabel 2-4 er opbygget på samme måde under hvert kapitel. Første søjle af tabellen angiver hvilken variabel, der undersøges (f.eks. køn) og til højre for dette ved siden af angives N (antal svarpersoner), procent (andel) i parentes, OR (odds ratio) og til sidst '95 % sikkerhedsgrænser'. Herunder vises et eksempel på en tabel fra rapporten (tabel x).

I kapitel 4 Sociodemografiske forhold er resultater fra tabel 2-4 visualiseret i figurer, som kan ses i appendix 1. I kapitel 5 Geografisk placering er der suppleret med kort over Danmark til visualisering af de geografiske forskelle i ensomhed og svage sociale relationer. De geografiske forskelle er vist på kommuneniveau, således at der for hvert spørgsmål er angivet en svarprocent for hver kommune. Regionsgrænser er vist på kortene. Svarprocenterne for hver kommune er vist i appendix 2 for hvert af de 5 spørgsmål, der belyser ensomhed og svage sociale relationer.

Tabel x Eksempel på tabel fra rapport

Sjælden eller aldrig kontakt med:

Familie uden for husstanden

	N	(%)	OR	95% CI
Køn				
Mand	2.325	(9,5)	2,15	(1,98; 2,33)
Kvinde	1.250	(4,8)	1	

Tallet angiver, antallet (2.325) af ældre mænd, der sjældent eller aldrig har kontakt med familien uden for husstanden.

Tallet angiver andelen (9.5%) af ældre mænd, der sjældent eller aldrig har kontakt med familien uden for husstanden.

Tallet angiver odds ratio, det vil sige med hvor meget større (eller mindre) odds (sandsynlighed) den aktuelle gruppe sjældent eller aldrig har kontakt med familie uden for husstanden i forhold til referencegruppen. I dette tilfælde har ældre mænd 2,15 større risiko for at have en lav frekvens af kontakt til familie i forhold til ældre kvinder, hvor OR står som '1'.

Dette interval 1,98 - 2,33 indeholder i 95% af tilfældene den sande værdi for OR.

OR: Søjlen 'OR' viser odds ratio. OR er et mål for, om forekomsten af for eksempel lav frekvens af kontakt ligger over eller under forekomsten af lav frekvens af kontakt i en anden gruppe, der benævnes referencegruppen. Referencegruppen kan kendes ved, at OR er 1, og at der ikke er angivet 95 % sikkerhedsgrenser ud for gruppen. I præsentationen af resultater anvendes termene 'større risiko', hvis OR er over 1 og omvendt 'mindre risiko', hvis OR er under 1.

95 % sikkerhedsgrenser: Søjlen '95 % sikkerhedsgrenser' indeholder et 95 % sikkerhedsinterval for OR. Intervallet angiver den nedre og den øvre grænse. Dette interval indeholder i 95 % af tilfældene den sande værdi af OR.

Tværsnitsundersøgelse

Resultaterne i denne rapport bygger på en tværsnitsundersøgelse, hvilket betyder, at en række spørgsmål relateret til trivsel, sundhed og sygdom er besvaret samtidigt. En tværsnitsundersøgelse er et 'øjebliksbillede' og kan pege på sammenhænge, men det er ikke muligt at påvise, hvad der er årsag, og hvad der er virkning. Det er for eksempel muligt at pege på, at der er en sammenhæng mellem ensomhed og dårligt helbred, men det er ikke muligt at påvise, om det er ensomhed, der fører til dårligt helbred, eller om det er det dårlige helbred, der fører til ensomhed.

3 Forekomst af ensomhed og svage sociale relationer

I dette kapitel præsenteres forekomsten af ensomhed og svage sociale relationer blandt ældre på 65 år eller derover i Danmark i 2017.

Forekomst af ensomhed

Uønsket alene

Af tabel 3.1a fremgår det, at 4,2 % af de ældre på 65 år eller derover ofte føler sig uønsket alene, selvom de mest har lyst til at være sammen med andre. Andelen stiger med alderen, hvor henholdsvis 3,2 % af de 65-74-årige, 4,5 % af de 75-84-årige og 10,5 % blandt de ældste ældre på 85 år eller derover ofte føler sig uønsket alene.

Tabel 3.1a Andel af ældre, der er uønsket alene, fordelt efter aldersgruppe. Antal svarpersoner og procent.

Sker det nogensinde, at du er alene, selvom du mest har lyst til at være sammen med andre?								
	65+år (total)		65-74		75-84		85+år	
Ja, ofte	2.214	(4,2)	992	(3,2)	821	(4,5)	401	(10,5)
Ja, en gang imellem	7.674	(14,4)	3.866	(12,5)	2.966	(16,1)	842	(22,1)
Ja, men sjældent	11.992	(22,6)	7.135	(23,1)	4.041	(22,0)	816	(21,4)
Nej	28.907	(54,4)	17.763	(57,4)	9.698	(52,8)	1.446	(37,9)
Missing	2.330	(4,4)	1.174	(3,8)	845	(4,6)	311	(8,1)

Forekomst af svage sociale relationer (kontakt med andre og social støtte)

Kontakt med andre

Kontakt med familie

Af tabel 3.1b fremgår det, at 6,7 % af de ældre på 65 år eller derover angiver, at de sjældent eller aldrig er i kontakt med familie uden for husstanden. Andelen med lav kontaktfrekvens til familie er stort set ens på tværs af aldersgrupperne, dog med en lavere forekomst af lav frekvens af kontakt til familie blandt de ældste ældre på 85 år eller derover.

Tabel 3.1b Andel af ældre, der har kontakt med familie (uden for husstanden), fordelt efter aldersgruppe. Antal svarpersoner og procent.

Hvor ofte er du i kontakt med familie, som du ikke bor sammen med?								
	65+år (total)		65-74		75-84		85+år	
Dagligt eller næsten dagligt	17.424	(32,8)	10.263	(33,2)	5.781	(31,5)	1.380	(36,2)
1 eller 2 gange om ugen	22.231	(41,9)	12.853	(41,6)	7.889	(42,9)	1.489	(39,0)
1 eller 2 gange om måneden	7.430	(14,0)	4.476	(14,5)	2.551	(13,9)	430	(11,3)
Sjældnere end 1 gang om måneden	2.892	(5,4)	1.710	(5,5)	998	(5,4)	178	(4,7)
Aldrig	683	(1,3)	400	(1,3)	234	(1,3)	49	(1,3)
Missing	2.458	(4,6)	1.222	(4,0)	918	(5,0)	317	(8,3)

Kontakt med venner

Af tabel 3.1c fremgår det, at 9,6 % af de ældre på 65 år eller derover angiver, at de sjældent eller aldrig er i kontakt med venner. Forekomsten af ældre med sjældent eller ingen kontakt til venner stiger med alderen, hvor henholdsvis 8,4 % af de 65-74-årige, 10,1 % af de 75-84-årige og 17,4 % blandt de ældste ældre på 85 år eller derover har en lav frekvens af kontakt til venner.

Tabel 3.1c Andel af ældre, der har kontakt med venner, fordelt efter aldersgruppe. Antal svarpersoner og procent.

Hvor ofte er du i kontakt med venner?								
	65+år (total)		65-74		75-84		85+år	
Dagligt eller næsten dagligt	10.597	(20,0)	6.291	(20,3)	3.691	(20,1)	615	(16,1)
1 eller 2 gange om ugen	23.240	(43,8)	14.029	(45,4)	7.880	(42,9)	1.331	(34,9)
1 eller 2 gange om måneden	10.837	(20,4)	6.510	(21,0)	3.643	(19,8)	684	(17,9)
Sjældnere end 1 gang om måneden	3.874	(7,3)	2.055	(6,6)	1.402	(7,6)	417	(10,9)
Aldrig	1.233	(2,3)	547	(1,8)	439	(2,4)	247	(6,5)
Missing	3.336	(6,3)	1.498	(4,8)	1.316	(7,2)	522	(13,7)

Kontakt med naboer eller beboere i lokalområdet

Af tabel 3.1d fremgår det, at 17,9 % af de ældre på 65 år eller derover angiver, at de sjældent eller aldrig er i kontakt med naboer eller beboere i lokalområdet. Forekomsten af lav frekvens af kontakt med naboer/beboere i lokalområdet er ens blandt de 65-84-årige (17,6 -17,7 %), men er størst (21,8 %) blandt de ældste ældre på 85 år eller derover.

Tabel 3.1d Andel af ældre, der har kontakt med naboer eller beboere i lokalområdet, fordelt efter aldersgruppe. Antal svarpersoner og procent.

Hvor ofte er du i kontakt med naboer eller beboere i dit lokalområde?								
	65+år (total)		65-74		75-84		85+år	
Dagligt eller næsten dagligt	12.719	(23,9)	7.085	(22,9)	4.706	(25,6)	928	(24,3)
1 eller 2 gange om ugen	18.633	(35,1)	11.222	(36,3)	6.369	(34,7)	1.042	(27,3)
1 eller 2 gange om måneden	8.777	(16,5)	5.560	(18,0)	2.726	(14,8)	491	(12,9)
Sjældnere end 1 gang om måneden	5.763	(10,8)	3.479	(11,2)	1.870	(10,2)	414	(10,8)
Aldrig	3.773	(7,1)	2.003	(6,5)	1.351	(7,4)	419	(11,0)
Missing	3.452	(6,5)	1.581	(5,1)	1.349	(7,3)	522	(13,7)

Social støtte

Af tabel 3.1e fremgår det, at 4,2 % af de ældre på 65 år eller derover angiver, at de aldrig eller næsten aldrig oplever at have nogen at tale med, hvis de har problemer eller brug for støtte. Der ses stort set ingen forskel i andelen, der oplever en lav grad af social støtte på tværs af aldersgrupperne.

Tabel 3.1e Andel af ældre, der har mulighed for at få støtte, når de er i problemer eller har behov for at tale, fordelt efter aldersgruppe. Antal svarpersoner og procent.

Har du nogen at tale med, hvis du har problemer eller brug for støtte?								
	65+år (total)		65-74		75-84		85+år	
Ja, altid	33.004	(62,1)	19.468	(62,9)	11.377	(61,9)	2.159	(56,6)
Ja, for det meste	12.122	(22,8)	7.047	(22,8)	4.154	(22,6)	911	(23,9)
Ja, nogen gange	3.540	(6,7)	2.000	(6,5)	1.227	(6,7)	313	(8,2)
Nej, aldrig eller næsten aldrig	2.243	(4,2)	1.263	(4,1)	818	(4,5)	162	(4,2)
Missing	2.218	(4,2)	1.152	(3,7)	795	(4,3)	271	(7,1)

4 Sociodemografiske forhold

Dette kapitel belyser sammenhænge mellem ensomhed og svage sociale relationer og så sociodemografiske forhold (alder, køn, uddannelse, om man er bosat med andre og samlivsstatus).

Studiepopulation

Som det fremgår af tabel 4.1, er der stort set en ligelig fordeling af køn (52 % kvinder) blandt de ældre svarpersoner (N=53.117), som indgår i Den Nationale Sundhedsprofil 2017. De ældre svarpersoner er i gennemsnit 73,5 år, hvor 58 % af de ældre er mellem 65-74 år, 35 % er mellem 75-84 år og 7 % er 85 år eller derover. En fjerdedel (25 %) af de ældre har enten en mellemlang eller en langvideregående uddannelse. Lidt under hver tredje af de ældre bor uden en partner (30 %), få bor med et barn (0,5 %) og knap 4 % bor med andre, som er 16 år eller derover. Over halvdelen af de ældre er gift (64 %), og knap hver tredje (31 %) er enlig, heraf er 18 % enke/enke-mand, knap 9 % separeret/skilt og knap 4 % ugift.

Tabel 4.1 Antal svarpersoner i Den Nationale Sundhedsprofil 2017 blandt ældre på 65 år eller derover, fordelt efter sociodemografiske forhold (alder, køn, uddannelse, hvem man er bosat med og samlivsstatus). Antal svarpersoner (N) og procent (%).

	N	(%)
Svarpersoner (≥65 år)	53.117	
Alder		
Alder, gennemsnit (standardafvigelse)	73,5	(6,5)
65-74 år	30.930	(58,2)
75-84 år	18.371	(34,6)
85+ år	3.816	(7,2)
Køn		
Kvinder, n (%)	27.534	(51,8)
Mænd	25.583	(48,2)
Uddannelse		
Ingen erhvervsuddannelse/under uddannelse	8.991	(16,9)
Kort uddannelse	18.289	(34,4)
Kort videregående uddannelse	3.548	(6,7)
Mellemlang videregående uddannelse	9.614	(18,1)
Langvideregående uddannelse	3.801	(7,2)
Anden uddannelse	3.593	(6,8)
Missing	5.281	(9,9)
Bosat sammen med andre		
Ægtefælle, samlever, kæreste		
Ja	34.593	(65,1)
Nej	16.009	(30,1)
Missing	2.515	(4,7)

Barn/børn under 16 år			
Ja,		277	(0,5)
Nej		42.638	(80,2)
Missing		10.202	(19,2)
Andre			
Ja		2.154	(4,1)
Nej		40.556	(76,4)
Missing		10.407	(19,6)
Samlivsstatus			
Gift		34.165	(64,3)
Samlevende		2.388	(4,5)
Enlig (separeret, skilt)		4.995	(9,4)
Enlig (enke)		9.624	(18,1)
Enlig (ugift)		1.945	(3,7)

Sociodemografiske forhold og ensomhed

Uønsket alene

Tabel 4.2 Sammenhængen mellem sociodemografiske forhold (alder, køn, uddannelse, hvem man er bosat med og samlivsstatus) og ensomhed belyst ved 'uønsket alene'.

Ofte uønsket alene				
	N	(%)	OR	95% CI
Alder				
65-74 år	1.091	(3,4)	1	
75-84 år	722	(4,9)	1,33	(1,20; 1,49)
85+ år	401	(11,4)	3,18	(2,77; 3,65)
Køn				
Mand	918	(3,7)	0,78	(0,70; 0,86)
Kvinde	1.296	(4,9)	1	
Uddannelse				
Ingen erhvervsuddannelse/under uddannelse	587	(6,6)	2,15	(1,68; 2,76)
Kort uddannelse	655	(3,6)	1,19	(0,93; 1,52)
Kort videregående uddannelse	119	(3,4)	1,25	(0,92; 1,70)
Mellemlang videregående uddannelse	262	(2,8)	0,92	(0,70; 1,21)
Langvideregående uddannelse	101	(2,7)	1	
Anden uddannelse	188	(5,3)	1,96	(1,48; 2,61)
Bosat sammen med andre				
Ægtefælle, samlever, kæreste				
Ja	460	(1,4)	0,12	(0,10; 0,13)
Nej	1.669	(10,6)	1	
Barn/børn under 16 år				
Ja	5	(1,8)	0,27	(0,09; 0,80)

Nej	1.887	(4,5)	1	
Andre				
Ja	81	(3,8)	0,76	(0,59; 0,99)
Nej	1.814	(4,5)	1	
Samlivsstatus				
Gift	535	(1,6)	1	
Samlevende	44	(1,9)	0,93	(0,65; 1,34)
Enlig (separeret, skilt)	436	(9,2)	5,93	(5,11; 6,89)
Enlig (enke)	1.057	(11,7)	7,04	(6,22; 7,97)
Enlig (ugift)	142	(7,8)	4,41	(3,54; 5,50)

Køn: Af tabel 4.2 fremgår det, at der er en større risiko for at ældre kvinder føler sig ofte uønsket alene sammenlignet med ældre mænd.

Uddannelse: Tabel 4.2 viser at ældre, der ikke har nogen uddannelse, som er under uddannelse eller har en 'anden uddannelse', har en større risiko for ofte at føle sig uønsket alene sammenlignet med ældre, der har langvideregående uddannelse.

Bosat med andre: Af tabel 4.2 fremgår det, at ældre, der bor sammen med en partner i form af en ægtefælle, kæreste eller samlever, har en mindre risiko for ofte at føle sig uønsket alene sammenlignet med ældre, der ikke bor sammen med deres partner. Ligeledes ses det, at ældre, der bor sammen med andre, som ikke er deres partner eller barn, har en mindre risiko for ofte at føle sig uønsket alene sammenlignet med ældre, der ikke bor sammen med andre.

Samlivsstatus: Af tabel 4.2 fremgår det, at enlige ældre har en større risiko for ofte at føle sig uønsket alene sammenlignet med ældre, der er gift. Den største risiko ses blandt enlige enker/enkemænd, men risikoen er ligeledes betydeligt forøget blandt enlige, der er separeret/skilt og ugift sammenlignet med ældre, der er gift.

Sociodemografiske forhold og svage sociale relationer

Kontakt med andre mennesker

Tabel 4.3 Sammenhængen mellem sociodemografiske forhold (alder, køn, uddannelse, hvem man er bosat med og samlivsstatus) og svage sociale relationer belyst ved kontakt med andre mennesker.

Sjældnen eller aldrig kontakt med:												
	Familie uden for husstanden				Venner				Naboer/lokale beboere			
	N	(%)	OR	95% CI	N	(%)	OR	95% CI	N	(%)	OR	95% CI
Alder												
65-74 år	2.295	(7,1)	1		2.865	(9,0)	1		5.949	(18,6)	1	
75-84 år	1.053	(7,1)	0,92	(0,84; 1,01)	1.578	(10,9)	1,2	(1,15; 1,34)	2.754	(19,1)	1,00	(0,94; 1,06)
85+ år	227	(6,5)	0,79	(0,67; 0,93)	664	(20,2)	2,5	(2,25; 2,78)	833	(25,3)	1,42	(1,29; 1,57)
Køn												
Mand	2.325	(9,5)	2,15	(1,98; 2,33)	2.831	(11,7)	1,3	(1,25; 1,42)	4.596	(19,0)	1,01	(0,96; 1,06)
Kvinde	1.250	(4,8)	1		2.276	(9,0)	1		4.940	(19,4)	1	
Uddannelse												
Ingen erhvervsuddan- nelse/under uddannelse	687	(7,8)	0,94	(0,79; 1,11)	1.218	(14,2)	1,65	(1,43; 1,91)	1.722	(20,0)	0,90	(0,80; 1,00)
Kort uddannelse	1.206	(6,7)	0,82	(0,70; 0,96)	1.715	(9,6)	1,00	(0,87; 1,16)	3.383	(19,0)	0,85	(0,77; 0,94)
Kort videregående ud- dannelse	237	(6,7)	0,84	(0,68; 1,03)	281	(8,1)	0,78	(0,65; 0,95)	633	(18,2)	0,81	(0,71; 0,93)
Mellemlang videregå- ende uddannelse	517	(5,4)	0,66	(0,56; 0,79)	675	(7,1)	0,75	(0,64; 0,88)	1.606	(17,0)	0,75	(0,67; 0,83)
Langvideregående ud- dannelse	279	(7,4)	1		345	(9,2)	1		801	(21,4)	1	
Anden uddannelse	294	(8,3)	1,03	(0,84; 1,25)	411	(11,7)	1,31	(1,09; 1,56)	722	(20,8)	0,98	(0,86; 1,12)
Bosat sammen med andre												
Ægtefælle, samlever, kæreste												
Ja	2.127	(6,2)	0,70	(0,64; 0,75)	3.317	(9,9)	0,87	(0,81; 0,93)	6.153	(18,3)	0,81	(0,77; 0,86)
Nej	1.348	(8,6)	1		1.686	(11,0)	1		3.208	(21,0)	1	
Barn/børn under 16 år												

ENSOMHED OG SVAGE SOCIALE RELATIONER BLANDT ÆLDRE

Ja	28	(10,4)	1,34	(0,83; 2,15)	33	(12,5)	1,08	(0,70; 1,68)	77	(29,4)	1,70	(1,23; 2,34)
Nej	2.926	(6,9)	1		4.228	(10,2)	1		7.978	(19,2)	1	
Andre												
Ja	198	(9,3)	1,51	(1,27; 1,80)	342	(16,3)	1,96	(1,70; 2,25)	551	(26,4)	1,57	(1,40; 1,77)
Nej	2.757	(6,9)	1		3.945	(10,0)	1		7.506	(19,0)	1	
Samlivsstatus												
Gift	1.972	(6,0)	1		3.223	(10,0)	1		5.919	(18,3)	1	
Samlevende	245	(10,4)	1,97	(1,68; 2,32)	255	(11,0)	1,17	(1,00; 1,36)	482	(20,9)	1,22	(1,08; 1,38)
Enlig (separeret, skilt)	482	(10,3)	1,85	(1,64; 2,09)	464	(10,1)	0,99	(0,88; 1,11)	1.085	(23,6)	1,41	(1,30; 1,53)
Enlig (enke)	480	(5,3)	0,90	(0,80; 1,01)	939	(10,8)	1,13	(1,03; 1,23)	1.626	(18,7)	1,07	(0,99; 1,14)
Enlig (ugift)	396	(21,9)	4,48	(3,90; 5,15)	226	(12,6)	1,28	(1,08; 1,51)	424	(23,7)	1,44	(1,27; 1,64)

Køn: Af tabel 4.3 fremgår det, at ældre mænd har en større risiko for sjældent eller aldrig at have kontakt med familie, der bor uden for husstanden, sammenlignet med kvinder. Ligeledes fremgår det, at ældre mænd har en øget risiko for lav frekvens af kontakt med venner sammenlignet med kvinder, men denne risiko er ikke nær så markant. Der ses ingen kønsforskel i frekvensen af kontakt med naboer eller beboere i lokalområdet.

Uddannelse: Det fremgår af tabel 4.3, at ældre, der er uden uddannelse/under uddannelse eller som har en 'anden uddannelse' end de nævnte i tabellen, har en større risiko for aldrig eller sjældent at have kontakt med venner sammenlignet med ældre, der har en lang videregående uddannelse.

Bosat med andre: Af tabel 4.3 fremgår det, at ældre der bor sammen med deres partner i form af ægtefælle, samlever eller kæreste, har mindre risiko for sjældent eller aldrig at have kontakt med familie uden for husstanden, venner og naboer/beboere i lokalområdet sammenlignet med ældre, der ikke bor sammen med en partner. Det fremgår desuden, at ældre, der bor sammen med deres barn eller børn, har en større risiko for at have lav frekvens af kontakt med naboer/beboere i lokalområdet sammenlignet med ældre, der ikke bor sammen med deres barn/børn. Endelig ses det, at ældre, der bor sammen med 'andre', som ikke er deres partner eller barn, har en større risiko for sjældent eller aldrig at have kontakt med familie, venner og naboer/beboere i lokalområdet sammenlignet med ældre, der ikke bor sammen med 'andre'.

Samlivsstatus: Af tabel 4.3 fremgår det, at ældre enlige (ugifte og enlige der er separeret/skilt) har en større risiko for sjældent eller aldrig at være i kontakt med familie uden for husstanden sammenlignet med ældre, der er gift. Ligeledes ses der en øget risiko for lav frekvens af kontakt med familie blandt ældre, der har en samlever, sammenlignet med ældre, der er gift. Det fremgår endvidere af resultaterne, at ældre enlige (ugift og separeret/skilt), samt ældre med en samlever, har en større risiko for lav frekvens af kontakt med naboer eller beboere i lokalområdet sammenlignet med ældre, der er gift.

Social støtte

Tabel 4.4 Sammenhængen mellem sociodemografiske forhold (alder, køn, uddannelse, hvem man er bosat med og samlivsstatus) og svage sociale relationer belyst ved social støtte.

Aldrig/næsten aldrig social støtte				
	N	(%)	OR	95% CI
Alder				
65-74 år	1.374	(4,2)	1	
75-84 år	707	(4,7)	1,04	(0,93; 1,16)
85+ år	162	(4,6)	0,93	(0,77; 1,12)
Køn				
Mand	1.426	(5,8)	1,95	(1,76; 2,16)
Kvinde	817	(3,1)	1	
Uddannelse				
Ingen erhvervsuddannelse/under uddannelse	458	(5,2)	1,29	(1,05; 1,60)
Kort uddannelse	716	(4,0)	1,04	(0,85; 1,28)
Kort videregående uddannelse	161	(4,6)	1,13	(0,88; 1,47)
Mellemlang videregående uddannelse	280	(2,9)	0,77	(0,61; 0,97)
Langvideregående uddannelse	152	(4,0)	1	
Anden uddannelse	194	(5,5)	1,52	(1,18; 1,96)
Bosat sammen med andre				
Ægtefælle, samlever, kæreste				
Ja	1.182	(3,5)	0,54	(0,49; 0,60)
Nej	996	(6,3)	1	
Barn/børn under 16 år				
Ja	7	(2,6)	0,95	(0,42; 2,14)
Nej	1.812	(4,3)	1	
Andre				
Ja	90	(4,2)	0,88	(0,69; 1,13)
Nej	1.743	(4,3)	1	
Samlivsstatus				
Gift	1.155	(3,5)	1	
Samlevende	105	(4,5)	1,34	(1,06; 1,70)
Enlig (separeret, skilt)	378	(8,0)	2,45	(2,14; 2,81)
Enlig (enke)	392	(4,3)	1,19	(1,04; 1,36)
Enlig (ugift)	213	(11,6)	3,42	(2,87; 4,08)

Køn: Blandt ældre mænd ses der en betydelig større risiko for aldrig eller næsten aldrig at modtage social støtte sammenlignet med kvinder (tabel 4.4).

Uddannelse: Tabel 4.4 viser, at ældre, der enten er uden uddannelse/under uddannelse, eller som har taget en 'anden uddannelse', har en større risiko for aldrig eller næsten aldrig at modtage social støtte sammenlignet med ældre, der har en lang videregående uddannelse.

Bosat med andre: Af tabel 4.4 fremgår det, at ældre, der bor sammen med en partner i form af en ægtefælle, samlever eller kæreste, har en mindre risiko for aldrig eller næsten aldrig at modtage social støtte sammenlignet med ældre, der ikke bor sammen med en partner.

Samlivsstatus: Tabel 4.4 viser, at ældre, der ikke er gift, har en større risiko for at opleve en lav grad af social støtte, når de har behov for det, sammenlignet med ældre, der er gift. Risikoen er markant forøget særligt blandt enlige ugifte og enlige ældre, der er separeret/skilt.

5 Geografisk placering

Dette kapitel belyser sammenhænge mellem ensomhed og svage sociale relationer og så den geografiske placering af de ældres bopæl i forhold til region, beboelseszone og kommuner.

Studiepopulation

Af tabel 5.1 fremgår det, at knap hver tredje (30 %) ældre svarperson bor i Region Hovedstaden, mens der er færrest, der bor i Region Sjælland (13 %). Til sammenligning boede 32 % af Danmarks befolkning i Region Hovedstaden i starten af 2019, 14 % i Region Sjælland, 21 % i Region Syddanmark, 23 % i Region Midtjylland og 10 % i Region Nordjylland.²⁵ Af tabellen fremgår det, at godt fire ud af fem (82 %) ældre bor i en byzone, mens 15 % bor i en landzone og knap 3 % bor i et sommerhusområde. På landsplan var fordelingen af adresser i 2018 80 % i byzone, 14 % i landzone og 6 % i sommerhusområder (beregnet ud fra Danmarks Adresse Register).

Tabel 5.1 Antal svarpersoner i Den Nationale Sundhedsprofil 2017 blandt ældre på 65 år eller derover fordelt efter geografisk placering (region og beboelseszone).
Antal svarpersoner (N) og procent (%).

	N	(%)
Region		
Region Hovedstaden	16.126	(30,4)
Region Sjælland	6.782	(12,8)
Region Syddanmark	13.102	(24,7)
Region Midtjylland	9.631	(18,1)
Region Nordjylland	7.476	(14,1)
Beboelseszone		
Byzone	43.573	(82,0)
Landzone	8.076	(15,2)
Sommerhusområde	1.412	(2,7)
Missing	56	(0,1)

Geografisk placering og ensomhed

Uønsket alene

Tabel 5.2 Sammenhæng mellem region og ensomhed belyst ved 'uønsket alene'.

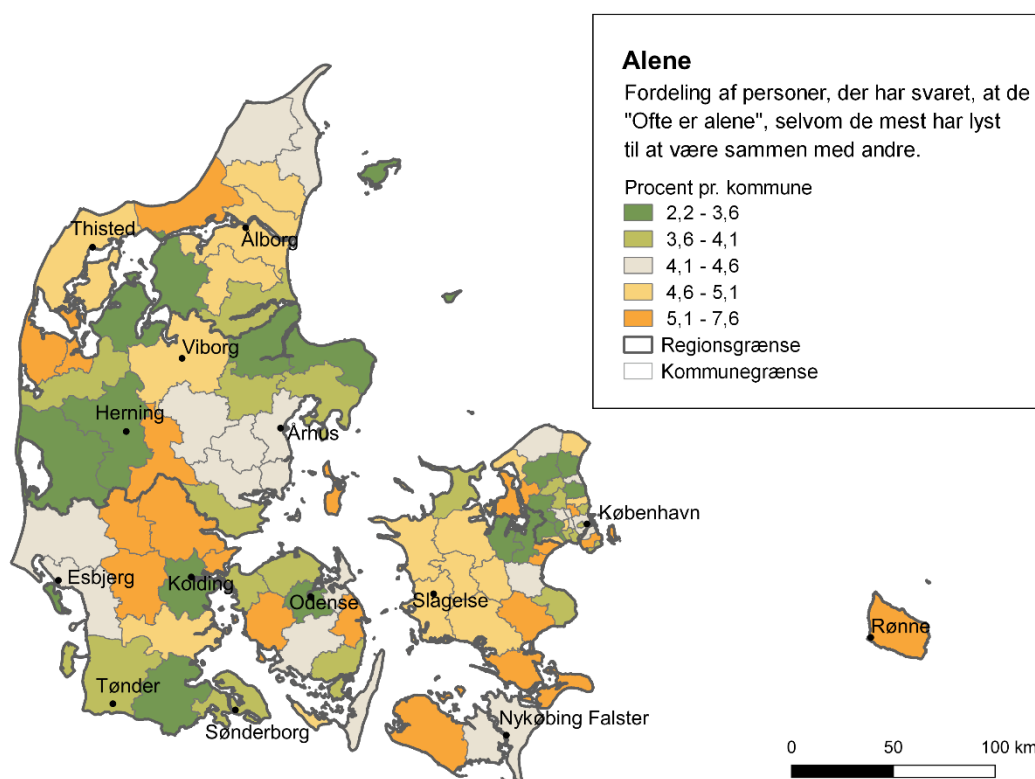
Ofte uønsket alene				
	N	(%)	OR	95% CI
Region				
Region Hovedstaden	672	(4,3)	1	
Region Sjælland	300	(4,7)	1,02	(0,88; 1,19)
Region Syddanmark	536	(4,3)	0,95	(0,83; 1,08)
Region Midtjylland	383	(4,2)	0,92	(0,80; 1,07)
Region Nordjylland	323	(4,5)	1,06	(0,91; 1,23)
Beboelseszone				
Byzone	1,910	(4,6)	1,41	(1,20; 1,65)
Landzone	254	(3,3)	1	
Sommerhusområde	46	(3,4)	1,19	(0,83; 1,71)

Region: Af tabel 5.2 og figur 5.1 fremgår det, at der ikke er nogen væsentlig forskel mellem, hvilken region de ældre bor i, i forhold til hvor ofte de føler sig uønsket alene.

Beboelseszone: Af tabel 5.2 fremgår det, at ældre, der bor i en byzone, har en større risiko for at føle sig uønsket alene sammenlignet med ældre, der bor i en landzone. Det fremgår endvidere, at der ingen væsentlig forskel er mellem ældre, der bor i et sommerhusområde, og ældre, der bor i en landzone, i forhold til, hvor ofte de føler sig uønsket alene.

Kommuner: Af kortet på figur 5.1 ses det, at andelen af ældre, der angiver, at de ofte føler sig uønsket alene, varierer mellem kommunerne. For detaljer om procentandelen for hver kommune henvises til appendix 2. Herning Kommune er den kommune, der har den laveste procent af ældre (2,2 %), der angiver, at de ofte føler sig uønsket alene, mens Solrød (6,6 %), Bornholm (6,7 %), Gladsaxe (6,8 %), Tårnby (7,2 %) og Samsø (7,6 %) er de 5 kommuner med den højeste procentandel af ældre, der angiver ofte at føle sig uønsket alene. Overordnet set er der flere kommuner i den vestlige og sydlige del af Sjælland samt i kommunerne omkring Vejle, hvor procentandelen af ældre, der ofte føler sig uønsket alene, er højere end det samlede gennemsnit for alle ældre (4,2 %).

Figur 5.1



Geografisk placering og svage sociale relationer

Kontakt med andre mennesker

Region: Af tabel 5.3 og figur 5.2-5.4 fremgår det, at ældre, der bor i Region Nordjylland, har en markant mindre risiko for at have en lav frekvens af kontakt med både familie, venner og naboer eller beboere i lokalområdet i forhold til ældre, der er bosat i Region Hovedstaden. Ligeledes ses det, at ældre, der bor i henholdsvis Region Syddanmark eller Region Midtjylland, har en mindre risiko for lav frekvens af kontakt med naboer eller beboere i lokalområdet i forhold til ældre, der bor i Region Hovedstaden. Det fremgår endvidere, at ældre, der er bosat i Region Sjælland, har en større risiko for at have en lav frekvens af kontakt til venner sammenlignet med ældre, der er bosat i Region Hovedstaden.

Beboelseszone: Af tabel 5.3 fremgår det, at der ikke er nogen væsentlig forskel i procentdelen af ældre, der har lav frekvens af kontakt med familie i forhold til hvilken beboelseszone, de bor i. Det ses endvidere, at ældre, der bor i et sommerhusområde, har en mindre risiko for en lav frekvens af kontakt med venner og naboer end ældre, der bor i en byzone eller en landzone.

Kommuner: Af kortet på figur 5.2 ses det, at procentfordelingen af lav frekvens af kontakt med familie er jævnt fordelt blandt kommunerne. Der henvises til appendix 2 for detaljer om procentandelen for hver kommune. Resultatet viser, at den laveste procentandel af ældre, der har en lav frekvens af kontakt, er i Egedal Kommune (4,1 %). De 5 kommuner med den højeste procentandel af

ældre, der har en lav frekvens af kontakt med familien, er Odsherred (9,9 %), Frederiksberg (10,1 %), Samsø (10,5 %), Langeland (10,6 %) og Ærø (10,7 %). Flere kommuner i den nordlige del af både Jylland og Sjælland ligger under det samlede gennemsnit på 6,7 % for alle ældre i studiepopulationen, mens flere kommuner i den nordvestlige del af Sjælland samt de 3 sydlige kommuner; Vordingborg, Guldborgsund, og Lolland, generelt ligger højere end det samlede gennemsnit for alle ældre i studiepopulationen.

Forekomsten af lav frekvens af kontakt til venner er vist på kortet i figur 5.3, og der henvises til appendix 2 for detaljer om procentandelen for hver kommune. Blandt de 98 kommuner er procentandelen lavest i Fanø Kommune (5,7 %). De 5 kommuner med den højeste procentandel af ældre med lav frekvens af kontakt til venner er Kalundborg (14,2 %), Ringsted (14,8 %), Hillerød (14,9 %), Faxe (14,9 %) og Holbæk (15,5 %). Forekomsten er generelt lavere i både den nordlige, sydlige og vestlige del af Jylland, mens der er flere kommuner i den vestlige og sydlige del af Sjælland samt Lolland og Falster, hvor der ses en højere frekvens af lav kontakt med venner end gennemsnittet (9,6 %) for alle ældre i studiepopulationen.

Hyppigheden for kontakt med naboer og beboere i lokalområdet er markant forskellig mellem den vestlige og den østlige del af Danmark, hvilket fremgår af kortet på figur 5.4. Blandt kommunerne i Jylland er der procentmæssigt færre, der har svaret, at de sjældent eller aldrig har kontakt med naboer eller beboere i lokalområdet, og i Varde Kommune (9,6 %) ses den laveste procentandel. Det er særligt i Hovedstadsområdet, den vestlige og midterste del af Sjælland samt Lolland og Falster, at procentandelen af ældre, der sjældent eller aldrig har kontakt med naboer eller beboere i lokalområdet, er højere end gennemsnittet for alle ældre i studiepopulationen (17,9 %). De 5 kommuner med den højeste procentandel af ældre, der sjældent eller aldrig har kontakt med naboer eller beboere i lokalområdet, er Brøndby (26,3 %), Frederiksberg (26,7 %), Solrød (28,0 %), Slagelse (28,2 %) og København (28,4 %).

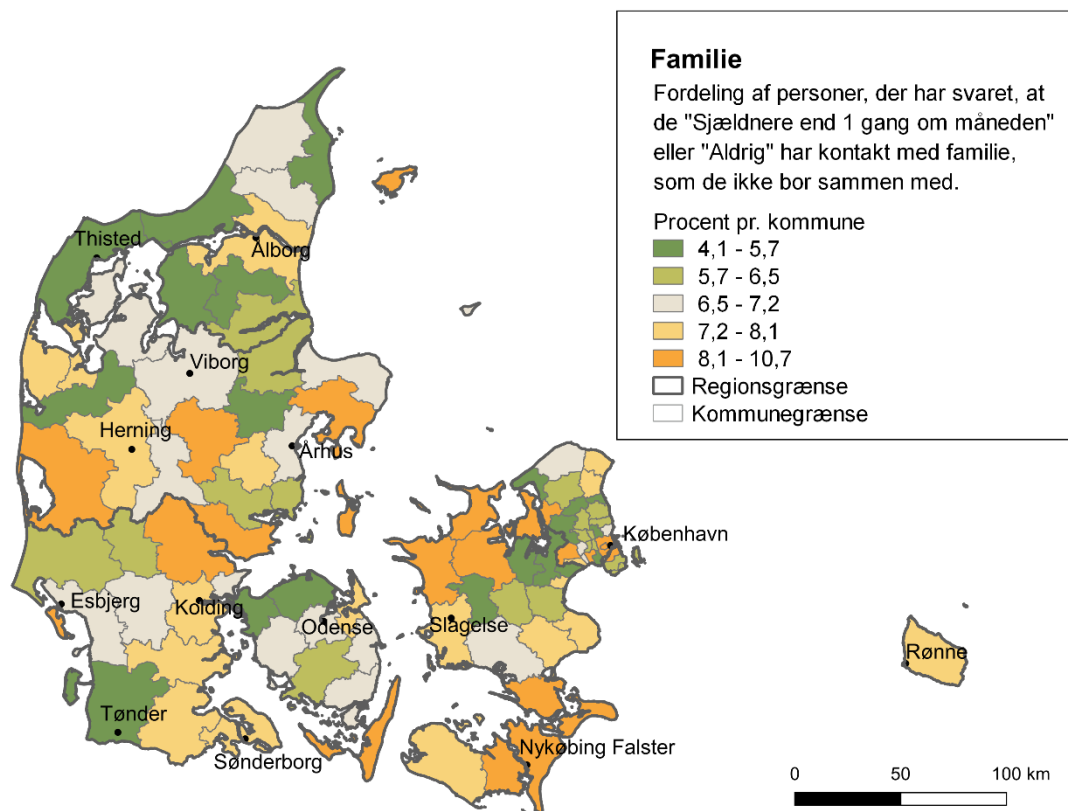
Samlet viser kortene, at det særligt er i den nordlige del af Jylland, at færre ældre angiver at have en lav frekvens af kontakt til både familie, venner og naboer samt beboere i nærområdet, mens kommunerne i den nordvestlige del af Sjælland skiller sig ud ved at have en højere forekomst af lav frekvens af kontakt til både familie, venner og naboer samt beboere i lokalområdet.

For at undersøge om de ældre samlet set har kontakt til andre, er der for hver kommune udregnet hvor mange procent af de ældre, der har svaret, at de sjældent eller aldrig har kontakt til hverken familie, venner, naboer eller beboere i lokalområdet. Resultatet ('samlet kontakt') er vist på kortet i figur 5.5. Der henvises til appendix 2 for detaljer om procentandelen for hver kommune. Procentfordelingen varierer fra blot 0,3 % i Glostrup og til de 5 kommuner, hvor der procentmæssigt er flest ældre, der har svaret, at de sjældent eller aldrig har kontakt til hverken familie, venner, naboer eller beboere i lokalområdet; Ishøj (2,4 %), Hedensted (2,4 %), Hillerød (2,5 %), Ringkøbing-Skjern (2,8 %) og Samsø (3,5 %). Overordnet set er der flere kommuner i den nordlige og sydlige del af Jylland, hvor der er en lav procentandel af ældre, der sjældent eller aldrig har kontakt til hverken familie, venner, naboer eller beboere i lokalområdet, set i forhold til gennemsnittet for alle ældre i studiepopulationen (1,4 %). I den vestlige/midterste del af Jylland samt i den vestlige del af Sjælland er der flere kommuner, hvor procentandelen af ældre, der sjældent eller aldrig har kontakt til hverken familie, venner, naboer eller beboere i lokalområdet, ligger højere end gennemsnittet for alle ældre i studiepopulationen.

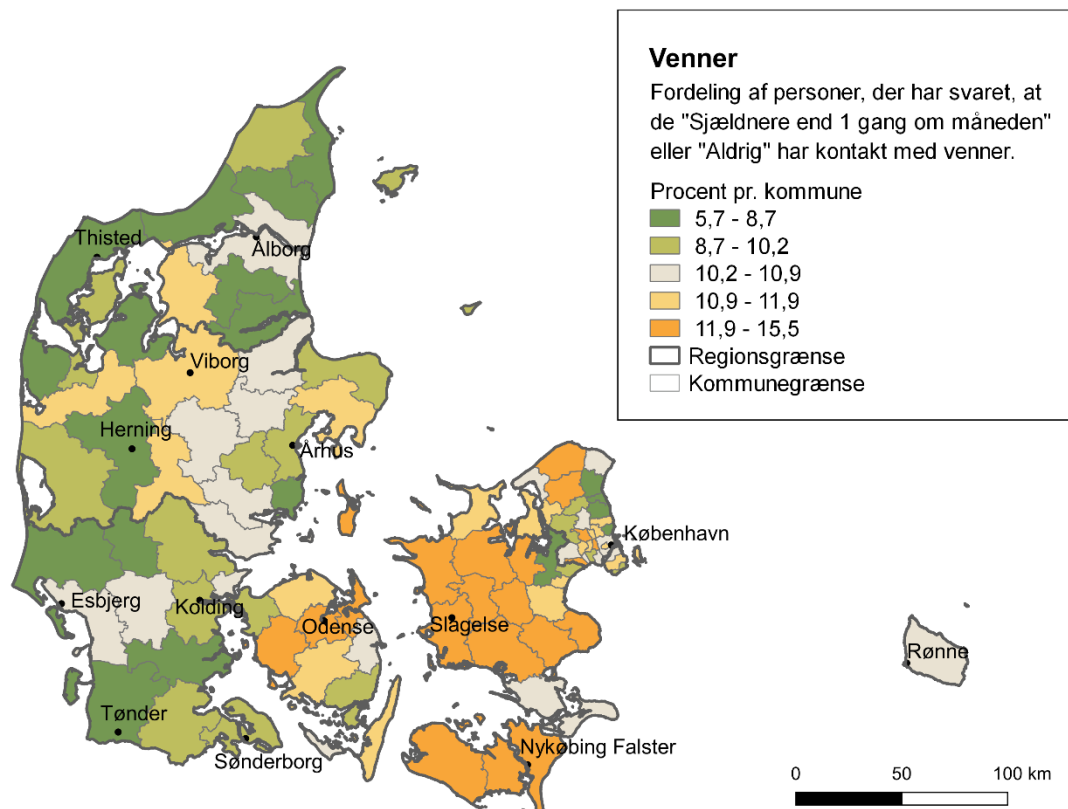
Tabel 5.3 Sammenhængen mellem regioner og svage sociale relationer belyst ved kontakt med andre mennesker.

Sjældnen eller aldrig kontakt med:												
Region	Familie uden for husstanden				Venner				Naboer			
	N	(%)	OR	95% CI	N	(%)	OR	95% CI	N	(%)	OR	95% CI
Region Hovedstaden	1.101	(7,0)	1		1.635	(10,5)	1		3.419	(22,1)	1	
Region Sjælland	478	(7,4)	1,02	(0,90; 1,15)	784	(12,5)	1,16	(1,05; 1,29)	1.428	(22,7)	0,96	(0,89; 1,04)
Region Syddanmark	890	(7,2)	0,93	(0,83; 1,03)	1.209	(10,1)	0,92	(0,84; 1,01)	2.228	(18,7)	0,77	(0,72; 0,82)
Region Midtjylland	669	(7,3)	0,95	(0,85; 1,07)	896	(10,0)	0,94	(0,85;1,03)	1.490	(16,6)	0,69	(0,64; 0,75)
Region Nordjylland	437	(6,2)	0,81	(0,71; 0,93)	583	(8,3)	0,80	(0,71; 0,89)	971	(13,9)	0,57	(0,52; 0,62)
Beboelseszone												
Byzone	2.866	(6,9)	0,90	(0,82; 1,36)	4,196	(10,3)	0,99	(0,90; 1,08)	7,874	(19,3)	1,06	(0,99; 1,14)
Landzone	602	(7,8)	1		787	(10,4)	1		1,427	(18,9)	1	
Sommerhusområde	100	(7,4)	1,06	(0,82; 1,36)	119	(8,8)	0,78	(0,62; 0,99)	225	(16,8)	0,82	(0,69; 0,98)

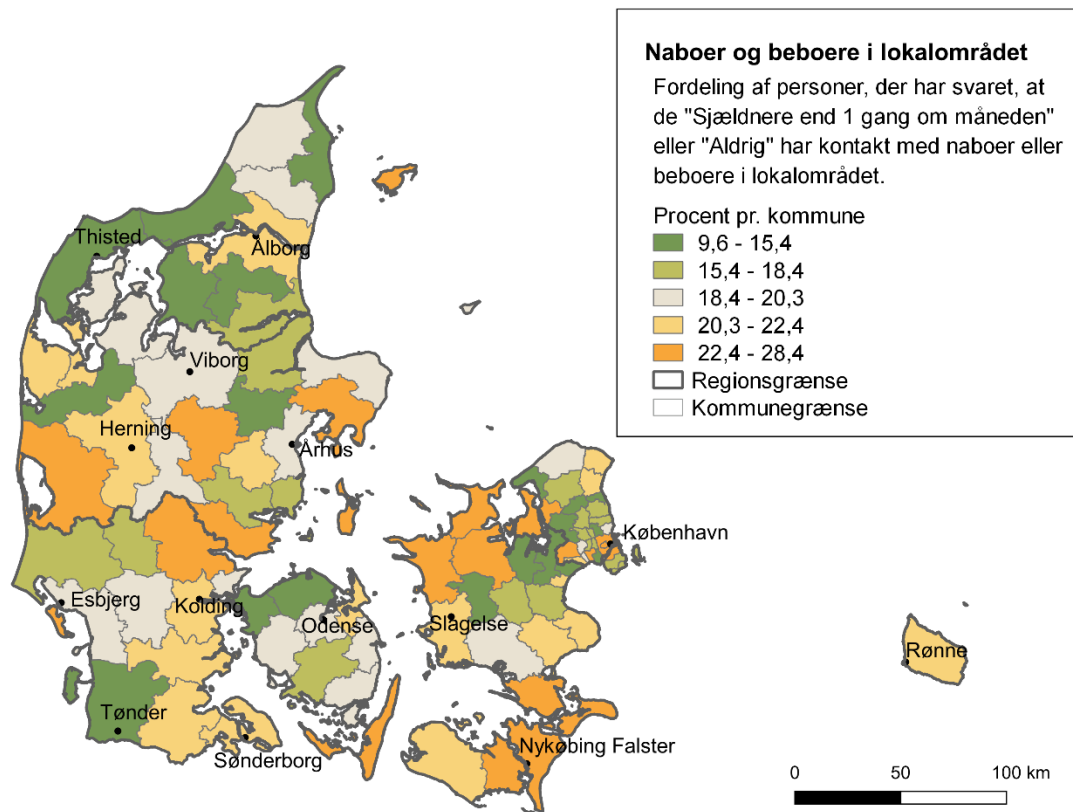
Figur 5.2



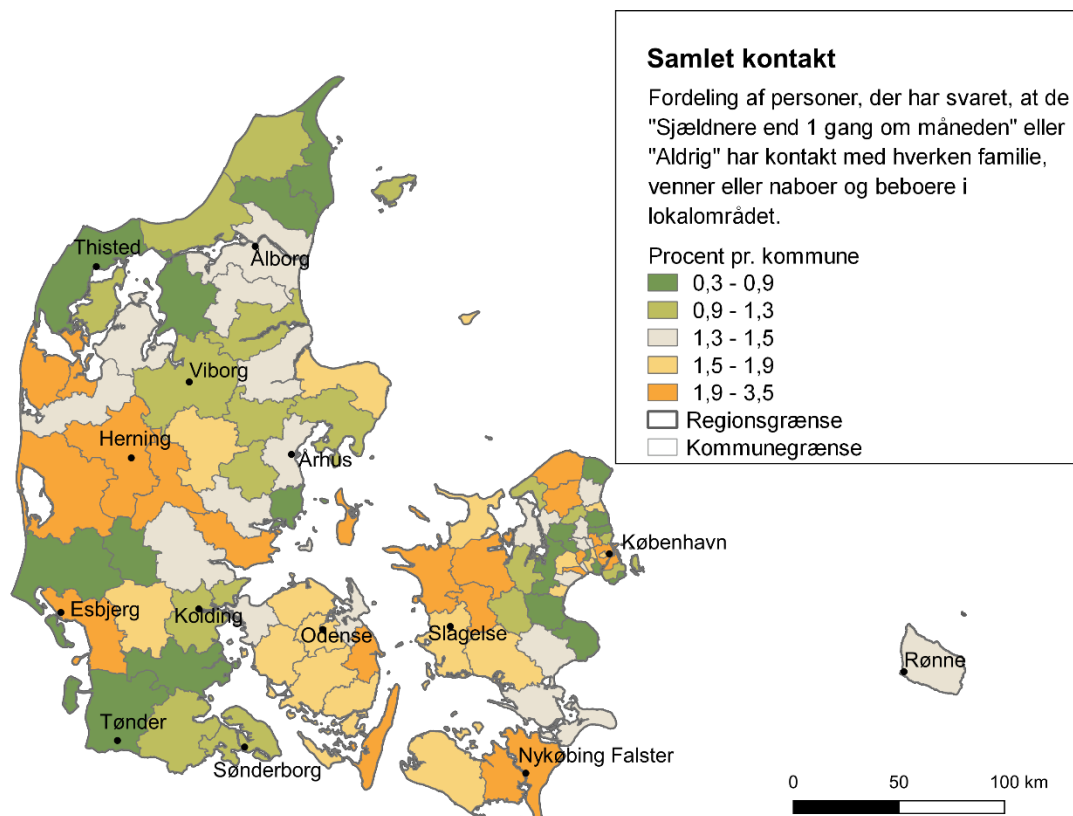
Figur 5.3



Figur 5.4



Figur 5.5



Social støtte

Tabel 5.4 Sammenhængen mellem regioner og svage sociale relationer belyst ved social støtte.

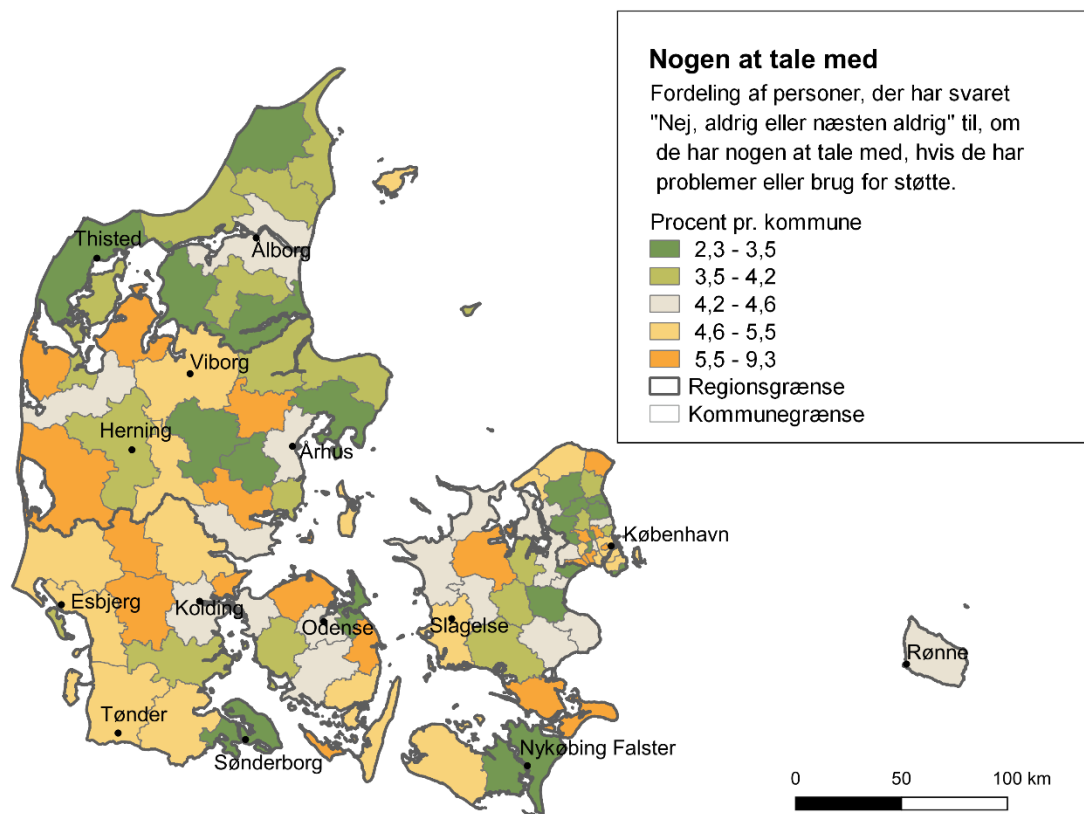
Aldrig/næsten aldrig social støtte				
	N	(%)	OR	95% CI
Region				
Region Hovedstaden	711	(4,5)	1	
Region Sjælland	279	(4,3)	0,91	(0,77; 1,06)
Region Syddanmark	598	(4,8)	0,98	(0,86; 1,11)
Region Midtjylland	408	(4,5)	0,93	(0,81; 1,07)
Region Nordjylland	247	(3,5)	0,75	(0,63; 0,89)
Beboelseszone				
Byzone	1.837	(4,4)	1,04	(0,90; 1,19)
Landzone	339	(4,4)	1	
Sommerhusområde	66	(4,8)	1,12	(0,82; 1,53)

Region: Af tabel 5.4 samt figur 5.6 fremgår det, at ældre, der bor i Region Nordjylland, har en lavere risiko for aldrig eller næsten aldrig at modtage social støtte sammenlignet med ældre, der bor i Region Hovedstaden. Der ses ingen væsentlig forskel mellem de andre 3 regioner og Region Hovedstaden.

Beboelseszone: Af tabel 5.4 ses, at der ikke er nogen væsentlig forskel i risiko for aldrig eller næsten aldrig at modtage social støtte mellem de 3 beboelseszoner.

Kommuner: Af kortet i figur 5.6 fremgår det, at procentfordelingen af ældre inden for hver kommune, der aldrig eller næsten aldrig oplever at modtage social støtte, er jævnt fordelt mellem de 98 kommuner. Den laveste procentandel ses i Thisted Kommune (2,3 %), mens de 5 kommuner med de højeste procentandele af ældre, der aldrig eller næsten aldrig modtager social støtte, er Lemvig (6,0 %), Vordingborg (6,2 %), Frederiksberg (6,6 %), Horsens (7,1 %) og Brøndby (9,3 %). Der ses en svag tendens til, at der er flere kommuner i den nordlige del af Jylland samt i Nordsjælland, hvor de ældre i kommunerne i lavere grad har angivet, at de aldrig eller næsten aldrig modtager social støtte sammenlignet med gennemsnittet for alle ældre (4,2 %). I den sydvestlige del af Jylland er der omvendt flere kommuner, hvor der er en højere procentandel af de ældre der har angivet, at de aldrig eller næsten aldrig modtager social støtte sammenlignet med gennemsnittet for alle ældre i studiepopulationen.

Figur 5.6



6 Selvvurderet helbred og det fysiske helbred eller følelsesmæssige problemer som barriere for kontakt

Dette kapitel belyser sammenhænge mellem ensomhed og svage sociale relationer og så selvvurderet helbred, samt hvorvidt éns fysiske helbred eller følelsesmæssige problemer har gjort det vanskeligt at se andre mennesker.

Studiepopulation

Som det fremgår af tabel 6.1, har én ud af fem ældre (21 %) et mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred, heraf angiver godt 3 %, at de har et dårligt selvvurderet helbred. Lidt under hver tredje ældre (30 %) angiver, at de har følt sig begrænset de seneste 4 uger i at se andre mennesker grundet deres fysiske helbred og/eller følelsesmæssige problemer, herunder har henholdsvis 2 % følt sig begrænset hele tiden, og 5 % har følt sig begrænset det meste af tiden.

Tabel 6.1 Antal svarpersoner i Den Nationale Sundhedsprofil 2017 blandt ældre på 65 år eller derover fordelt efter selvvurderet helbred og det fysiske helbred/følelsesmæssige problemer som barriere for kontakt. Antal svarpersoner (N) og procent (%).

	N	(%)
Selvvurderet helbred		
Fremragende	3.216	(6,1)
Vældig godt	13.941	(26,2)
Godt	24.225	(45,6)
Mindre godt	9.247	(17,4)
Dårligt	1.830	(3,4)
Missing	658	(1,2)
Det fysiske helbred eller følelsesmæssige problemer har gjort det vanskeligt inden for de seneste 4 uger at se andre mennesker		
Hele tiden	1.182	(2,2)
Det meste af tiden	2.397	(4,5)
Noget af tiden	5.090	(9,6)
Lidt af tiden	7.082	(13,3)
På intet tidspunkt	36.110	(68,0)
Missing	1.256	(2,4)

Selvvurderet helbred og det fysiske helbred eller følelsesmæssige problemer som barriere for kontakt, og ensomhed

Uønsket alene

Tabel 6.2 Sammenhængen mellem selvvurderet helbred og det fysiske helbred eller følelsesmæssige problemer som barriere for kontakt, og ensomhed belyst ved 'uønsket alene'.

Ofte uønsket alene				
	N	(%)	OR	95% CI
Selvvurderet helbred				
Fremragende	65	(2,1)	1	
Vældig godt	248	(1,8)	0,87	(0,63; 1,19)
Godt	834	(3,6)	1,71	(1,27; 2,29)
Mindre godt	755	(8,7)	4,41	(3,28; 5,94)
Dårligt	285	(17,2)	9,16	(6,65; 12,61)
Det fysiske helbred eller følelsesmæssige problemer har gjort det vanskeligt inden for de seneste 4 uger at se andre mennesker				
Hele tiden	237	(21,8)	1,33	(1,08; 1,63)
Det meste af tiden	380	(16,9)	1	
Noget af tiden	458	(9,5)	0,52	(0,44; 0,61)
Lidt af tiden	370	(5,4)	0,30	(0,25; 0,36)
På intet tidspunkt	717	(2,0)	0,11	(0,09; 0,13)

Selvvurderet helbred: Som det fremgår af tabel 6.2, har særligt ældre, der angiver at have et dårligt eller et mindre godt selvvurderet helbred, en øget risiko for at ofte føle sig uønsket alene sammenlignet med ældre, der angiver at have et fremragende selvvurderet helbred.

Det fysiske helbred eller følelsesmæssige problemer som barriere for kontakt: Ældre, der angiver at have følt sig begrænset i at se andre mennesker *hele tiden* inden for de seneste 4 uger grundet deres fysiske helbred eller følelsesmæssige problemer, har en øget risiko for ofte at føle sig uønsket alene sammenlignet med ældre, der har følt sig begrænset *det meste af tiden* (tabel 6.2).

Selvurderet helbred og det fysiske helbred eller følelsesmæssige problemer som barriere for kontakt, og svage sociale relationer

Kontakt med andre mennesker

Tabel 6.3 Sammenhængen mellem selvvurderet helbred og det fysiske helbred eller følelsesmæssige problemer som barriere for kontakt, og svage sociale relationer belyst ved kontakt med andre mennesker.

Sjældnen eller aldrig kontakt med:												
Familie uden for husstanden				Venner				Naboer				
	N	(%)	OR	95% CI	N	(%)	OR	95% CI	N	(%)	OR	95% CI
Selvvurderet helbred												
Fremragende	189	(6,1)	1		197	(6,4)	1		495	(16,1)	1	
Vældig godt	712	(5,3)	0,84	(0,69; 1,01)	854	(6,4)	0,94	(0,78; 1,13)	2.075	(15,5)	0,97	(0,86; 1,10)
Godt	1.605	(6,9)	1,10	(0,92; 1,31)	2.236	(9,8)	1,50	(1,26; 1,80)	4.262	(18,8)	1,21	(1,08; 1,37)
Mindre godt	825	(9,5)	1,55	(1,28; 1,87)	1.339	(15,9)	2,68	(2,23; 3,23)	2.044	(24,2)	1,67	(1,47; 1,89)
Dårligt	202	(12,3)	2,03	(1,60; 2,58)	417	(26,3)	5,12	(4,13; 6,34)	555	(35,1)	2,82	(2,40; 3,32)
Det fysiske helbred eller følelsesmæssige problemer har gjort det vanskeligt inden for de seneste 4 uger at se andre mennesker												
Hele tiden	165	(15,2)	1,18	(0,93; 1,50)	418	(40,7)	2,09	(1,74; 2,50)	456	(44,1)	1,60	(1,34; 1,90)
Det meste af tiden	294	(13,1)	1		548	(25,1)	1		720	(33,2)	1	
Noget af tiden	482	(10,1)	0,74	(0,62; 0,89)	701	(14,9)	0,52	(0,45; 0,60)	1.135	(24,3)	0,66	(0,58; 0,75)
Lidt af tiden	520	(7,6)	0,57	(0,48; 0,62)	716	(10,7)	0,35	(0,31; 0,41)	1.387	(20,8)	0,55	(0,49; 0,63)
På intet tidspunkt	2.058	(5,9)	0,42	(0,36; 0,49)	2.638	(7,6)	0,25	(0,22; 0,28)	5.717	(16,6)	0,41	(0,37; 0,46)

Selvurderet helbred: Af tabel 6.3 fremgår det, at ældre, der angiver at have et dårligt eller mindre godt selvvurderet helbred, har en øget risiko for sjældent eller aldrig at være i kontakt med familie, venner og naboer/beboere i lokalområdet sammenlignet med ældre, der angiver at have et fremragende selvvurderet helbred. Blandt ældre, der angiver at have et godt selvvurderet helbred, ses der ligeledes en øget risiko for lav grad af kontakt med venner og naboer/beboere i lokalområdet sammenlignet med ældre, der angiver at have et fremragende selvvurderet helbred.

Det fysiske helbred eller følelsesmæssige problemer som barriere for kontakt: Blandt ældre, der har følt sig begrænset i at se andre mennesker *hele tiden* inden for de seneste 4 uger grundet deres fysiske helbred eller følelsesmæssige problemer, ses en øget risiko for, at de har en lav frekvens af kontakt med venner og naboer/beboere i lokalområdet sammenlignet med ældre, der har følt sig begrænset *det meste af tiden* (tabel 6.3).

Social støtte

Tabel 6.4 Sammenhængen mellem selvvurderet helbred, det fysiske helbred eller følelsesmæssige problemer som barriere for kontakt, og svage sociale relationer belyst ved social støtte

Aldrig/næsten aldrig social støtte				
	N	(%)	OR	95% CI
Selvvurderet helbred				
Fremragende	123	(3,9)	1	
Vældig godt	404	(3,0)	0,71	(0,56; 0,90)
Godt	955	(4,1)	0,97	(0,78; 1,21)
Mindre godt	578	(6,6)	1,58	(1,26; 1,99)
Dårligt	158	(9,5)	2,38	(1,80; 3,15)
Det fysiske helbred eller følelsesmæssige problemer har gjort det vanskeligt inden for de seneste 4 uger at se andre mennesker				
Hele tiden	160	(14,7)	1,56	(1,22; 2,00)
Det meste af tiden	227	(10,0)	1	
Noget af tiden	326	(6,7)	0,67	(0,55; 0,82)
Lidt af tiden	307	(4,5)	0,45	(0,37; 0,56)
På intet tidspunkt	1.170	(3,3)	0,33	(0,28; 0,39)

Selvurderet helbred: Af tabel 6.4 fremgår det, at ældre, der angiver at have et dårligt eller et mindre godt selvvurderet helbred, har en øget risiko for at modtage en lav grad af social støtte sammenlignet med ældre, der angiver at have et fremragende selvvurderet helbred.

Det fysiske helbred eller følelsesmæssige problemer som barriere for kontakt: Blandt ældre, der inden for de seneste 4 uger har følt sig begrænset i at se andre mennesker *hele tiden* grundet deres fysiske helbred eller følelsesmæssige problemer, ses en øget risiko for at modtage en lav grad af social støtte sammenlignet med ældre, der har oplevet at være begrænset *det meste af tiden*.

7 Sygelighed

Dette kapitel belyser sammenhænge mellem ensomhed og svage sociale relationer og så sygelighed, herunder kontakt til egen læge, langvarig sygdom, symptomer på stress og nervøsitet, symptomer og ubehag (nedtrykthed, deprimeret, ulykkelig, ængstelse, nervøsitet, uro og angst) og specifikke sygdomme og helbredsproblemer.

Studiepopulation

Af tabel 7.1 fremgår det, at mere end 8 ud af 10 af de ældre (82,5 %) har haft kontakt til deres praktiserende læge inden for de sidste 12 måneder, og lidt under halvdelen (43 %) har angivet, at de har en langvarig sygdom af mindst 6 måneders varighed. Over halvdelen (60 %) af de ældre har angivet, at de har haft symptomer på nervøsitet og stress inden for de seneste 4 uger, heraf angiver 6 %, at de ofte eller meget ofte har haft disse symptomer. Omtrent én ud af fem (22 %) af de ældre angiver, at de i løbet af de seneste 14 dage har været generet af at føle sig nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig, heraf angiver knap 4 %, at de har følt sig meget generet. Hver fjerde (25 %) angiver, at de i løbet af de seneste 14 dage har været generet af at føle ængstelse, nervøsitet, uro eller angst, heraf angiver knap 4 %, at de har følt sig meget generet. Ud af 13 mulige specifikke sygdomme/helbredsproblemer er de følgende fem angivet, som de hyppigste blandt de ældre: gigt (43 %), tinnitus (17 %), diskusprolaps (16 %), grå stær (13 %) og diabetes (11 %).

Tabel 7.1 Antal svarpersoner i Den Nationale Sundhedsprofil 2017 blandt ældre på 65 år eller derover fordelt efter parametre for sygelighed. Antal svarpersoner (N) og procent (%).

	N	(%)
Sygelighed		
Kontakt til egen læge inden for < 12 mdr.	43.833	(82,5)
Missing	2.756	(5,2)
Langvarig sygdom ≥ 6 mdr.	22.973	(43,2)
Missing	3.367	(6,3)
Dagligdagens stress		
Symptomer på nervøsitet og stress inden for de sidste 4 uger		
Aldrig	20.921	(39,4)
Næsten aldrig	14.621	(27,5)
En gang imellem	12.097	(22,8)
Ofte	2.673	(5,0)
Meget ofte	780	(1,5)
Missing	2.025	(3,8)
Symptomer på ubehag og smerter inden for de sidste 14 dage		
Nedtrykthed, deprimeret, ulykkelig		
Ja. meget generet	1.871	(3,5)
Ja. lidt generet	10.051	(18,9)

Nej	38.917	(73,3)
Missing	2.278	(4,3)
Ængstelse, nervøsitet, uro og angst		
Ja. meget generet	1.902	(3,6)
Ja. lidt generet	11.296	(21,3)
Nej	37.706	(71,0)
Missing	2.213	(4,2)
Langvarige sygdomme og eftervirkninger		
Specifikke sygdomme og helbredsproblemer*		
Lungesygdom**	4.607	(8,7)
Hjerneblødning	1.927	(3,6)
Blodprop i hjertet	1.467	(2,8)
Kræft	3.893	(7,3)
Diabetes	5.933	(11,2)
Psykisk lidelse***	2.533	(4,8)
Diskusprolaps	8.392	(15,8)
Knogleskørhed	4.996	(9,4)
Gigt (slidgigt og/eller leddegigt)	22.819	(43,0)
Tinnitus	9.236	(17,4)
Grå stær	7.007	(13,2)
Migræne	3.799	(7,2)
Astma	3.556	(6,7)

Sygelighed og ensomhed

Uønsket alene

Tabel 7.2 Sammenhængen mellem mål for sygelighed og ensomhed belyst ved 'uønsket alene'

Ofte uønsket alene				
	N	(%)	OR	95% CI
Sygelighed				
Kontakt til egen læge inden for < 12 mdr.				
Nej	214	(3,3)	1	
Ja	1.918	(4,4)	0,74	(0,62; 0,87)
Langvarig sygdom ≥ 6 mdr.				
Nej	720	(2,8)	1	
Ja	1.315	(5,9)	0,43	(0,39; 0,48)
Symptomer på nervøsitet og stress < 4 uger				
Aldrig	417	(2,0)	1	
Næsten aldrig	405	(2,8)	0,72	(0,62; 0,84)
En gang imellem	743	(6,3)	2,19	(1,90; 2,53)
Ofte/meget ofte	575	(17,4)	7,07	(6,06; 8,24)
Symptomer på ubehag < 14 dage				
Nedtrykthed, deprimeret, ulykkelig				

Ja, meget generet	457	(25,7)	3,03	(2,62; 3,50)
Ja, lidt generet	938	(9,6)	1	
Nej	732	(1,9)	0,18	(0,16; 0,21)
Ængstelse, nervøsitet, uro og angst				
Ja, meget generet	400	(22,0)	3,26	(2,80; 3,79)
Ja, lidt generet	844	(7,7)	1	
Nej	879	(2,4)	0,30	(0,27; 0,34)
Specifikke sygdomme og helbredsproblemer				
Lungesygdom				
Ja	311	(7,0)	1,98	(1,72; 2,29)
Nej	1.553	(3,7)	1	
Hjerneblødning				
Ja	60	(12,2)	3,22	(2,36; 4,38)
Nej	1.553	(3,7)	1	
Blodprop				
Ja	121	(8,5)	2,30	(1,84; 2,86)
Nej	1.652	(3,8)	1	
Kræft				
Ja	196	(5,2)	1,40	(1,17; 1,66)
Nej	1.540	(3,9)	1	
Diabetes				
Ja	361	(6,3)	1,67	(1,46; 1,91)
Nej	1.526	(3,8)	1	
Psykisk lidelse				
Ja	282	(18,1)	5,84	(4,97; 6,85)
Nej	1.603	(3,6)	1	
Diskusprolaps				
Ja	504	(6,1)	1,88	(1,67; 2,12)
Nej	1.294	(3,6)	1	
Knogleskørhed				
Ja	358	(7,4)	2,04	(1,78; 2,33)
Nej	1.550	(3,7)	1	
Gigt				
Ja	511	(7,9)	2,18	(1,93; 2,45)
Nej	1.502	(3,6)	1	
Tinnitus				
Ja	408	(3,9)	1,20	(1,05; 1,36)
Nej	1.407	(3,9)	1	
Grå stær				
Ja	475	(7,0)	2,14	(1,89; 2,44)
Nej	1.078	(3,3)	1	
Migræne				
Ja	271	(7,3)	2,15	(1,84; 2,50)
Nej	1.396	(3,7)	1	
Astma				
Ja	216	(6,3)	1,72	(1,45; 2,03)
Nej	1.635	(3,9)	1	

Kontakt til egen læge: Af tabel 7.2 fremgår det, at ældre, der har taget kontakt til deres praktiserende læge inden for de seneste 12 måneder, har en mindre risiko for ofte at føle sig uønsket alene sammenlignet med ældre, der ikke har haft nogen kontakt til deres praktiserende læge inden for de seneste 12 måneder.

Langvarig sygdom: Ældre, der angiver at have haft en langvarig sygdom af mindst 6 måneders varighed, har en mindre risiko for ofte at føle sig uønsket alene sammenlignet med ældre, der angiver ikke at have haft en langvarig sygdom (tabel 7.2).

Symptomer på stress og nervøsitet: Tabel 7.2 viser, at ældre, der har haft symptomer på nervøsitet eller stress inden for de seneste 4 uger, har en øget risiko for ofte at føle sig uønsket alene sammenlignet med ældre, der aldrig har haft disse symptomer inden for de seneste 4 uger. Risikoen for at føle sig uønsket alene er markant øget blandt ældre, der ofte/meget ofte har følt symptomer på stress og nervøsitet inden for de seneste 4 uger.

Symptomer på ubehag: Risikoen for ofte at føle sig uønsket alene er øget blandt ældre, der har været meget generet af symptomer og ubehag som nedtrykthed, deprimeret, ulykkelighed, ængstelse, nervøsitet, uro og angst, sammenlignet med ældre, der har følt sig lidt generet af disse symptomer og ubehag (tabel 7.2).

Specifikke sygdomme og helbredsproblemer: Det fremgår af tabel 7.2, at ældre, der har angivet at have en af de 13 specifikke sygdomme eller helbredsproblemer, har en øget risiko for ofte at føle sig uønsket alene sammenlignet med ældre, der ikke har angivet en af disse sygdomme. Ligeledes ses det, at risikoen for ofte at føle sig uønsket alene er markant forøget blandt ældre, der har angivet specifikt at have en psykisk lidelse, hjerneblødning, blodprop, gigt eller migræne, hvilket er de fem specifikke sygdomme, der er associeret med den højeste risiko for ofte at føle sig alene.

Sygelighed og svage sociale relationer

Kontakt med andre mennesker

Tabel 7.3 Sammenhængen mellem mål for sygelighed og svage sociale relationer belyst ved kontakt med andre mennesker.

Sjældnen eller aldrig kontakt med:											
Familie uden for husstanden				Venner				Naboer			
N	(%)	OR	95% CI	N	(%)	OR	95% CI	N	(%)	OR	95% CI
Sygelighed											
Kontakt til egen læge inden for < 12 mdr.											
Nej	546	(8,5)	1	805	(12,8)	1		1.342	(21,4)	1	
Ja	2.930	(6,8)	1,33	4.165	(9,8)	1,38	(1,26; 1,52)	7.933	(18,8)	1,24	(1,15; 1,34)
Langvarig sygdom ≥ 6 mdr.											
Nej	1.651	(6,3)	1	2.183	(8,5)	1		4.512	(17,7)	1	
Ja	1.704	(7,6)	0,81	2.656	(12,1)	0,66	(0,62; 0,71)	4.595	(20,9)	0,80	(0,76; 0,84)
Symptomer på nervøsitet og stress < 4 uger											
Aldrig	1.280	(6,3)	1	1.748	(8,7)	1		3.451	(17,2)	1	
Næsten aldrig	918	(6,5)	0,94	1.179	(8,4)	1,03	(0,95; 1,13)	2.495	(17,8)	0,95	(0,89; 1,01)
En gang imellem	912	(7,8)	1,16	1.395	(12,1)	1,45	(1,32; 1,59)	2.465	(21,6)	1,21	(1,13; 1,30)
Ofte/meget ofte	378	(11,4)	1,78	650	(20,2)	2,76	(2,44; 3,11)	942	(29,2)	1,90	(1,72; 2,10)
Symptomer på ubehag < 14 dage											
Nedtrykthed, deprimeret, ulykkelig											
Ja, meget generet	225	(12,7)	1,43	407	(23,5)	1,93	(1,67; 2,23)	576	(33,6)	1,75	(1,54; 1,99)
Ja, lidt generet	870	(8,9)	1	1.357	(14,2)	1		2.206	(23,1)	1	
Nej	2.380	(6,3)	0,70	3.201	(8,6)	0,58	(0,54; 0,63)	6.533	(17,5)	0,73	(0,68; 0,77)
Ængstelse, nervøsitet, uro og angst											
Ja, meget generet	220	(12,2)	1,53	386	(21,9)	1,95	(1,68; 2,25)	560	(31,9)	1,63	(1,44; 1,85)
Ja, lidt generet	869	(8,0)	1	1.397	(13,0)	1		2.357	(22,0)	1	
Nej	2.387	(6,5)	0,81	3.187	(8,8)	0,66	(1,68; 2,25)	6.417	(17,8)	0,77	(0,72; 0,81)
Specifikke sygdomme og helbredsproblemer											
Lungesygdom											

ENSOMHED OG SVAGE SOCIALE RELATIONER BLANDT ÆLDRE

Ja	386	(8,7)	1,33	(1,17; 1,52)	597	(13,7)	1,47	(1,33; 1,64)	1.017	(23,3)	1,33	(1,22;1,45)
Nej	2.761	(6,6)	1		3.958	(9,6)	1		7.641	(18,5)	1	
Hjerneblødning												
Ja	57	(11,5)	1,46	(1,06; 2,01)	76	(16,2)	1,85	(1,39; 2,46)	115	(24,3)	1,45	(1,14; 1,86)
Nej	2.761	(6,6)	1		3.958	(9,6)	1		7.641	(18,5)	1	
Blodprop												
Ja	123	(8,7)	1,22	(0,98; 1,51)	185	(13,4)	1,42	(1,18; 1,70)	309	(22,4)	1,24	(1,07; 1,44)
Nej	2.916	(6,7)	1		4.195	(9,8)	1		8.060	(18,9)	1	
Kræft												
Ja	297	(7,9)	1,20	(1,04; 1,39)	433	(11,6)	1,18	(1,04; 1,33)	753	(20,2)	1,05	(0,95; 1,15)
Nej	2.663	(6,8)	1		3.843	(10,0)	1		7.332	(19,0)	1	
Diabetes												
Ja	512	(9,0)	1,37	(1,23; 1,54)	731	(13,0)	1,381	(1,25; 1,52)	1.236	(22,1)	1,236	(1,14; 1,34)
Nej	2.653	(6,5)	1		3.831	(9,5)	1		7.455	(18,6)	1	
Psykisk lidelse												
Ja	189	(12,2)	2,03	(1,69; 2,43)	317	(20,9)	2,38	(2,05; 2,75)	411	(27,2)	1,63	(1,43; 1,86)
Nej	2.988	(6,6)	1		4.297	(9,7)	1		8.339	(18,8)	1	
Diskusprolaps												
Ja	651	(8,0)	1,24	(1,12; 1,38)	952	(11,8)	1,22	(1,12; 1,34)	1.685	(20,9)	1,19	(1,11; 1,27)
Nej	2.371	(6,6)	1		3.414	(9,7)	1		6.555	(18,6)	1	
Knogleskørhed												
Ja	323	(6,7)	0,91	(0,79; 1,04)	576	(12,2)	1,27	(1,14; 1,41)	980	(20,8)	1,1	(1,02; 1,21)
Nej	2.868	(6,9)	1		4.037	(9,8)	1		7.773	(18,9)	1	
Gigt												
Ja	615	(9,5)	1,55	(1,39; 1,72)	859	(13,7)	1,52	(1,39; 1,66)	1.359	(21,9)	1,24	(1,15; 1,33)
Nej	2.709	(6,5)	1		3.924	(9,5)	1		7.686	(18,7)	1	
Tinnitus												
Ja	745	(8,3)	1,32	(1,19; 1,46)	998	(11,2)	1,15	(1,05; 1,25)	1.778	(20,0)	1,07	(1,00; 1,15)
Nej	2.324	(6,4)	1		3.453	(9,6)	1		6.756	(18,9)	1	
Grå stær												
Ja	524	(7,7)	1,11	(0,99; 1,24)	797	(12,0)	1,35	(1,22; 1,48)	1.448	(21,9)	1,26	(1,17; 1,36)
Nej	2.185	(6,7)	1		3.046	(9,4)	1		5.925	(18,3)	1	
Migræne												

ENSOMHED OG SVAGE SOCIALE RELATIONER BLANDT ÆLDRE

Ja	288	(7,8)	1,18	(1,03; 1,37)	482	(13,3)	1,43	(1,27; 1,60)	846	(23,3)	1,34	(1,22; 1,47)
Nej	2.603	(6,8)	1		3.646	(9,7)	1		7.014	(18,6)	1	
Astma												
Ja	254	(7,4)	1,12	(0,96; 1,31)	357	(10,6)	1,07	(0,93; 1,22)	705	(20,9)	1,18	(1,07; 1,31)
Nej	2.845	(6,7)	1		4.160	(10,0)	1		7.850	(18,9)	1	

Kontakt til egen læge: Af tabel 7.3 fremgår det, at ældre, der har haft kontakt til deres praktiserende læge inden for de seneste 12 måneder, har en øget risiko for aldrig eller sjældent at have kontakt med familie, venner og naboer/beboere i lokalområdet sammenlignet med ældre, der ikke har haft kontakt til deres egen læge inden for de seneste 12 måneder.

Langvarig sygdom: Blandt ældre, der har angivet at have haft en langvarig sygdom i mindst 6 måneder, ses en mindre risiko for lav grad af kontakt med familie, venner og naboer/beboere i lokalområdet sammenlignet med ældre, der ikke har haft en langvarig sygdom (tabel 7.3).

Symptomer på stress og nervøsitet: Ældre, der en gang imellem eller ofte/meget ofte har angivet at have haft symptomer på stress og/eller nervøsitet inden for de seneste 4 uger, har en øget risiko for at have en lav grad af kontakt med familie, venner og naboer/beboere i lokalområdet sammenlignet med ældre, der aldrig har haft disse symptomer inden for de seneste 4 uger (tabel 7.3).

Symptomer på ubehag: Af tabel 7.3 fremgår det, at ældre, der har angivet at have været meget generet af symptomer på nedtrykthed, depression og ulykkelighed eller ængstelse, nervøsitet, uro og angst inden for de seneste 14 dage, har en øget risiko for sjældent eller aldrig at have kontakt med familie, venner og naboer/beboere i lokalområdet sammenlignet med ældre, der ikke har haft disse symptomer inden for de seneste 14 dage (tabel 7.3).

Specifikke sygdomme og helbredsproblemer: Blandt ældre, der har angivet at have en psykisk lidelse, hjerneblødning, lungesygdom, diabetes, diskusprolaps, gigt eller migræne, ses en øget risiko for at have lav grad af kontakt med familie, venner og naboer/beboere i lokalområdet sammenlignet med ældre, der ikke har angivet at have disse specifikke sygdomme (tabel 7.3).

Social støtte

Tabel 7.4 Sammenhængen mellem mål for helbred og trivsel og svage sociale relationer belyst ved social støtte.

Aldrig/næsten aldrig social støtte				
	N	(%)	OR	95% CI
Sygelighed				
Kontakt til egen læge inden for <12 mdr.				
Nej	331	(5,1)	1	
Ja	1.824	(4,2)	1,27	(1,11;1,47)
Langvarig sygdom ≥ 6 mdr.				
Nej	1.003	(3,8)	1	
Ja	1.074	(4,8)	0,78	(0,71;0,87)
Dagligdagens stress				
Symptomer på nervøsitet og stress < 4 uger				
Aldrig	798	(3,9)	1	
Næsten aldrig	500	(3,5)	1,17	(1,03; 1,34)
En gang imellem	563	(4,8)	1,39	(1,20;1,60)
Ofte/meget ofte	302	(9,1)	2,68	(2,26; 3,18)
Symptomer på ubehag < 14 dage				
Nedtrykthed, deprimeret, ulykkelig				
Ja, meget generet	263	(14,7)	2,71	(2,26; 3,25)
Ja, lidt generet	579	(5,9)	1	
Nej	1.311	(3,5)	0,61	(0,55; 0,69)
Ængstelse, nervøsitet, uro og angst				
Ja, meget generet	213	(11,7)	2,37	(1,96; 2,87)
Ja, lidt generet	542	(4,9)	1	
Nej	1.406	(3,8)	0,79	(0,70; 0,88)
Specifikke sygdomme og helbredsproblemer				
Lungesygdom				
Ja	240	(5,4)	1,42	(1,21; 1,67)
Nej	1.696	(4,0)	1	
Hjerneblødning				
Ja	32	(6,3)	1,48	(0,99; 2,22)
Nej	1.696	(4,0)	1	
Blodprop				
Ja	103	(7,2)	1,90	(1,51; 2,40)
Nej	1.767	(4,1)	1	
Kræft				
Ja	176	(4,6)	1,06	(0,88; 1,27)
Nej	1.646	(4,2)	1	
Diabetes				
Ja	363	(6,3)	1,55	(1,36; 1,78)
Nej	1.594	(3,9)	1	
Psykisk lidelse				
Ja	144	(9,2)	2,11	(1,72; 2,59)

Nej	1.812	(4,0)	1	
Diskusprolaps				
Ja	445	(5,4)	1,40	(1,24; 1,59)
Nej	1.421	(4,0)	1	
Knogleskørhed				
Ja	191	(3,9)	0,95	(0,80; 1,13)
Nej	1.776	(4,2)	1	
Gigt				
Ja	373	(5,7)	1,48	(1,30; 1,69)
Nej	1.661	(4,0)	1	
Tinnitus				
Ja	472	(5,2)	1,43	(1,26; 1,62)
Nej	1.424	(3,9)	1	
Grå stær				
Ja	359	(5,3)	1,28	(1,11; 1,47)
Nej	1.311	(4,0)	1	
Migræne				
Ja	185	(5,0)	1,30	(1,91; 1,55)
Nej	1.594	(4,2)	1	
Astma				
Ja	171	(5,0)	1,26	(1,05; 1,52)
Nej	1.733	(4,1)	1	

Kontakt til egen læge: Af tabel 7.4 fremgår det, at ældre, der har haft kontakt til deres praktiserende læge inden for de seneste 12 måneder, har en øget risiko for aldrig eller næsten aldrig at få social støtte, når de har behov for det, sammenlignet med ældre, der ikke har haft kontakt til deres læge inden for de seneste 12 måneder.

Langvarig sygdom: Ældre, der har angivet at have en langvarig sygdom af mindst 6 måneders varighed, har en mindre risiko for at opleve en lav grad af støtte, når de har behov for det, sammenlignet med ældre, der ikke har angivet at have haft en langvarig sygdom (tabel 7.4).

Symptomer på stress og nervøsitet: Ældre, der har haft symptomer på stress og nervøsitet inden for de seneste 4 uger, har en øget risiko for lav grad af sociale støtte, når de har behov for det sammenlignet med ældre, der aldrig har haft disse symptomer inden for de seneste 4 uger (tabel 7.4).

Symptomer på ubehag: Af tabel 7.4 fremgår det ligeledes, at ældre, der har haft symptomer på nedtrykthed, depression og ulykkelighed eller ængstelse, nervøsitet, uro og angst inden for de seneste 14 dage, har en øget risiko for lav grad af social støtte, når de har behov for det, sammenlignet med ældre, der ikke har oplevet nogen af disse symptomer inden for de seneste 14 dage (tabel 7.4).

Specifikke sygdomme og helbredsproblemer: Af tabel 7.4 fremgår det, at ældre, der har angivet specifikt at have lungesygdom, blodprop, diabetes, psykisk lidelse, diskusprolaps, gigt, tinnitus, grå stær, migræne eller astma, har en øget risiko for aldrig eller næsten aldrig at få social støtte, når de har behov for det, sammenlignet med ældre, der ikke har angivet en af disse specifikke sygdomme.

8 Sundhedsadfærd

Dette kapitel belyser sammenhænge mellem ensomhed og svage sociale relationer og så sundhedsadfærd, herunder rygning, alkohol, kost, fysisk aktivitet og vægt.

Studiepopulation

Som det fremgår af tabel 8.1, ryger omtrent én ud af ti (12 %) af de ældre dagligt og 8 % overskrider Sundhedsstyrelsens højriskgrænse for alkoholindtagelse. Lidt over én ud af ti (13 %) af de ældre har et usundt kostmønster, og godt hver fjerde (23 %) af de ældre opfylder ikke WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet. Af de ældre, er knap 2 % kategoriseret som undervægtig og 54 % som overvægtige, heraf er 16 % svært overvægtige.

Tabel 8.1 Antal svarpersoner i Den Nationale Sundhedsprofil 2017 blandt ældre på 65 år eller derover fordelt efter mål for sundhedsadfærd. Antal svarpersoner (N) og procent (%).

	N	(%)
Rygning		
Daglig ryger	6.333	(11,9)
Missing	2.173	(4,1)
Alkohol		
Overskrider Sundhedsstyrelsens højriskgrænse for alkoholindtagelse	4.275	(8,0)
Missing	11.303	(21,3)
Kost		
Usundt kostmønster	7.088	(13,4)
Missing	4.897	(9,2)
Fysisk aktivitet		
Opfylder ikke WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet	12.288	(23,1)
Missing	12.231	(23,0)
Vægt		
Undervægt, BMI < 18,5	938	(1,8)
Normalvægtig, BMI: 18,5 ≤ BMI < 25	20.681	(38,9)
Moderat overvægt, BMI: 25 ≤ BMI < 30	20.083	(37,8)
Svær overvægt, BMI ≥ 30	8.663	(16,3)
Missing	2.752	(5,2)

Sundhedsadfærd og ensomhed

Uønsket alene

Tabel 8.2 Sammenhængen mellem mål for sundhedsadfærd (rygning, alkohol, kost, fysisk aktivitet og vægt) og ensomhed belyst ved 'uønsket alene'

Ofte uønsket alene				
	N	(%)	OR	95% CI
Sundhedsadfærd				
Daglig ryger				
Ja	378	(6,2)	1,60	(1,40; 1,83)
Nej	1.735	(4,0)	1	
Overskrider Sundhedsstyrelsens højriskogrænse ved alkoholindtagelse				
Ja	155	(3,7)	1,06	(0,87; 1,29)
Nej	1.269	(3,4)	1	
Usundt kostmønster				
Ja	456	(6,6)	1,76	(1,55; 1,99)
Nej	1.490	(3,7)	1	
Opfylder ikke WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet				
Ja	702	(5,8)	2,18	(1,93; 2,45)
Nej	792	(2,8)	1	
Vægt				
Undervægtig, BMI <18,5	88	(9,6)	2,55	(1,97; 3,30)
Normalvægtig, BMI: 18,5 ≤ BMI <25	795	(3,9)	1	
Moderat overvægt, BMI: 25 ≤ BMI <30	748	(3,8)	0,93	(0,83; 1,05)
Svær overvægt, BMI >30	475	(5,6)	1,38	(1,21; 1,58)

Rygning: Som det fremgår af tabel 8.2, har ældre, der ryger dagligt, en øget risiko for ofte at føle sig uønsket alene sammenlignet med ældre, der ikke ryger dagligt.

Alkohol: Der ses ingen forskel i risikoen for ofte at føle sig uønsket alene blandt ældre, der drikker mere end Sundhedsstyrelsens højriskogrænse for alkoholindtagelse sammenlignet med ældre, der drikker mindre end Sundhedsstyrelsens højriskogrænse (tabel 8.2).

Kost: Blandt ældre, der har et usundt kostmønster, ses en øget risiko for, at de ofte føler sig uønsket alene sammenlignet med ældre, der ikke har et usundt kostmønster (tabel 8.2).

Fysisk aktivitet: Af tabel 8.2 fremgår det, at ældre, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, har en øget risiko for ofte at føle sig uønsket alene sammenlignet med ældre, der opfylder anbefalingen for fysisk aktivitet.

Vægt: Særligt blandt undervægtige ældre ses en markant øget risiko for ofte at føle sig uønsket alene sammenlignet med ældre, der er normalvægtige. Risikoen ses ligeledes øget, men knap så markant, for ofte at føle sig uønsket alene blandt svært overvægtige ældre sammenlignet med ældre, der er normalvægtige (tabel 8.2).

Sundhedsadfærd og svage sociale relationer

Kontakt med andre mennesker

Tabel 8.3 Sammenhængen mellem mål for sundhedsadfærd og svage sociale relationer belyst ved kontakt med andre mennesker.

Sjældnen eller aldrig kontakt med:												
Familie uden for husstanden					Venner				Naboer/lokale beboere			
	N	(%)	OR	95% CI	N	(%)	OR	95% CI	N	(%)	OR	95% CI
Sundhedsadfærd												
Daglig ryger												
Ja	564	(9,3)	1,51	(1,35; 1,68)	821	(13,7)	1,50	(1,37; 1,65)	1.262	(21,2)	1,19	(1,10; 1,29)
Nej	2.899	(6,7)	1		4.135	(9,7)	1		8.076	(18,9)	1	
Overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse ved alkoholindtagelse												
Ja	389	(9,5)	1,62	(1,43; 1,84)	414	(9,9)	1,06	(0,93; 1,19)	838	(20,1)	1,19	(1,09; 1,31)
Nej	2.250	(6,1)	1		3.212	(8,8)	1		6.489	(17,8)	1	
Usundt kostmønster												
Ja	716	(10,4)	1,65	(1,49; 1,82)	1.115	(16,4)	2,07	(1,90; 2,25)	1.720	(25,4)	1,59	(1,48; 1,70)
Nej	2.570	(6,4)	1		3.510	(8,8)	1		7.142	(17,9)	1	
Opfylder ikke WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet												
Ja	995	(8,2)	1,39	(1,27; 1,53)	1.853	(15,5)	2,48	(2,29; 2,68)	2.996	(25,0)	1,78	(1,67; 1,89)
Nej	1.686	(6,0)	1		2.025	(7,2)	1		4.513	(16,1)	1	
Vægt												
Undervægtig BMI < 18,5	67	(7,4)	1,07	(0,79; 1,44)	156	(17,5)	1,90	(1,55; 2,33)	239	(26,8)	1,47	(1,24; 1,76)
Normalvægtig BMI: 18,5 ≤ BMI < 25	1.320	(6,5)	1		2.007	(10,1)	1		3.797	(19,1)	1	
Moderat overvægt BMI: 25 ≤ BMI < 30	1.356	(6,9)	1,04	(0,95; 1,14)	1.806	(9,3)	0,92	(0,85; 0,99)	3.526	(18,2)	0,93	(0,87; 0,98)
Svær overvægt BMI >30	710	(8,4)	1,39	(1,25; 1,55)	968	(11,5)	1,17	(1,07; 1,29)	1.726	(20,6)	1,096	(1,02; 1,18)

Rygning: Som det fremgår af tabel 8.3, har ældre, der ryger dagligt, en øget risiko for aldrig eller sjældent at have kontakt med familie, venner og naboer/beboere i lokalområdet sammenlignet med ældre, der ikke angiver at ryge dagligt.

Alkohol: Ligeledes ses det af tabel 8.3, at ældre, der overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse for alkoholindtagelse, har en øget risiko for aldrig eller sjældent at have kontakt med familie og naboer/beboere i lokalområdet sammenlignet med ældre, der ikke overskrider højrisikogrænsen for alkoholindtagelse.

Kost: Blandt ældre, der har et usundt kostmønster, ses en øget risiko for at have lav grad af kontakt med familie, venner og naboer/beboere i lokalområdet sammenlignet med ældre, der ikke har et usundt kostmønster (tabel 8.3).

Fysisk aktivitet: Af tabel 8.3 fremgår det, at ældre, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, har en øget risiko lav grad af kontakt med familie, venner og naboer/beboere i lokalområdet sammenlignet med ældre, der opfylder anbefalingen for fysisk aktivitet.

Vægt: Sammenlignet med ældre, der er normalvægtige, har ældre, der er undervægtige, eller som er svært overvægtige, en øget risiko for lav grad af kontakt med venner og naboer/beboere i lokalområdet. Det ses ligeledes, at ældre, der er svært overvægtige, også har en lav grad af kontakt med familie sammenlignet med ældre, der er normalvægtige (tabel 8.3).

Social støtte

Tabel 8.4 Sammenhængen mellem mål for sundhedsadfærd og svage sociale relationer belyst ved social støtte

Aldrig/næsten aldrig social støtte				
	N	(%)	OR	95% CI
Sundhedsadfærd				
Daglig ryger				
Ja	368	(6,0)	1,48	(1,30; 1,70)
Nej	1.764	(4,0)	1	
Overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse for alkoholindtagelse				
Ja	200	(4,8)	1,34	(1,12; 1,60)
Nej	1.340	(3,6)	1	
Usundt kostmønster				
Ja	482	(6,9)	1,95	(1,72; 2,20)
Nej	1.505	(3,7)	1	
Opfylder ikke WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet				
Ja	642	(5,3)	1,70	(1,51; 1,91)
Nej	926	(3,3)	1	
Vægt				
Undervægtig, BMI < 18,5	54	(5,9)	1,66	(1,21; 2,30)
Normalvægtig, BMI: 18,5 ≤ BMI < 25	740	(3,6)		
Moderat overvægt, BMI: 25 ≤ BMI < 30	859	(4,3)	1,16	(1,03; 1,30)
Svær overvægt, BMI > 30	505	(5,9)	1,65	(1,44; 1,88)

Rygning: Som det fremgår af tabel 8.4, har ældre, der ryger dagligt, en øget risiko for aldrig eller næsten aldrig at modtage social støtte, når de har behov for det, sammenlignet med ældre, der ikke angiver at ryge dagligt.

Alkohol: Blandt ældre, der overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse for alkoholindtagelse, ses en øget risiko en lav grad af social støtte sammenlignet med ældre, der ikke overskrider højrisikogrænsen for alkoholindtagelse (tabel 8.4).

Kost: Der ses en øget risiko for lav grad af social støtte blandt ældre, der har et usundt kostmønster, sammenlignet med ældre, der ikke har angivet at have et usundt kostmønster (tabel 8.4).

Fysisk aktivitet: Af tabel 8.4 fremgår det, at ældre, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, har en øget risiko for lav grad af social støtte sammenlignet med ældre, der opfylder anbefalingen for fysisk aktivitet.

Vægt: Blandt ældre, der er overvægtige (både moderat og svært overvægtige) samt undervægtige, ses en øget risiko for aldrig eller næsten aldrig at modtage social støtte sammenlignet med ældre, der er normalvægtige (tabel 8.4).

Perspektivering

I denne undersøgelse baseret på landsdækkende data finder vi i tråd med tidligere national forskning inden for feltet, at ældre, der er bosat alene, som har en kort uddannelse, som er enlige, som har et dårligt selv vurderet helbred, og som er præget af sygdom eller helbredsproblemer, har en øget risiko for at føle sig ensom.

Undersøgelsen peger imidlertid på nogle fund inden for områderne geografisk placering, sygelighed og sundhedsadfærd, der påkalder sig nærmere opmærksomhed.

Geografisk placering

Hvorvidt den geografiske placering er associeret med ensomhed blandt ældre, er kun undersøgt i få nationale studier^{6,11}, og primært ved at belyse sammenhængen mellem beboelseszone (by/land) og ensomhed. Denne rapport har undersøgt geografisk placering mere indgående og har foruden at undersøge sammenhængen mellem beboelseszone (land/by) og ensomhed og svage sociale relationer også på landsplan undersøgt, hvorvidt der ses variationer i andelen af ældre på region- og kommuneniveau. Undersøgelsen peger på, at ældre, der bor i en byzone, har en øget risiko for ofte at føle sig uønsket alene sammenlignet med ældre, der bor i en landzone, men der ses ingen forskel på risikoen for at have svage sociale relationer blandt ældre, der bor på henholdsvis landet og i byen. Forskning peger på, at ældre, der bor i et landdistrikt, muligvis har en stærkere samhørighedsfølelse og fællesskabsfølelse, hvilket kan forebygge og afhjælpe ensomhed og således understøtte rapportens fund.²⁶

De tidligere studier på området^{6,11} finder ikke entydigt belæg for, at der er en sammenhæng mellem beboelseszone og forekomsten af ensomhed blandt ældre. Dog finder Lasgaard et al. (2015) i et studie foretaget i Region Midtjylland, at en mindre andel ældre mellem 65 og 79 år, der bor på landet, har en højere risiko for at føle sig ensom sammenlignet med ældre, der bor i byen, hvilket er inkonsistent med nærværende undersøgelses fund. Det er imidlertid vanskeligt at sammenligne disse to undersøgelser, idet der er anvendt forskellige metoder til at måle ensomhed samt forskellige måder at definere beboelseszone. Lasgaard et al. (2015) definerer en landsbyzone ved mindre end 1.000 indbyggere, hvor denne undersøgelse benytter sig af en definition af beboelseszone bestemt ved Planloven. Opdelingen i Planloven afspejler i højere grad, hvad den enkelte kommune vurderer til at være by/land, idet opdelingen har til formål at sikre, at byudvikling sker i planlagte områder samt inden for eksisterende byer og ikke planlagt og spredt i det åbne land. Landzonen vil ofte dække over spredt bebyggelse på landet og i mindre byer.

Denne undersøgelse peger desuden på, at andelen af ældre, der føler sig ensomme, og som har angivet at have svage sociale relationer, varierer på tværs af regioner og kommuner i Danmark. Undersøgelsen har identificeret områder, hvor der ses en lavere andel af ældre og en højere andel af ældre, der angiver, at de oplever ensomhed og/eller har svage sociale relationer. Det er udenfor denne undersøgelses formål at undersøge, hvilke målrettede indsatser der ydes i de enkelte kommuner til at forebygge eller afhjælpe ensomhed og social isolation blandt ældre.

For at øge viden om, hvordan menneskers geografiske placering kan hænge sammen med følelsen af ensomhed og social isolation blandt ældre i Danmark, anbefales det, at der laves yderligere forskning. I fremtidige studier anbefales det at inddrage andre mere præcise mål for ensomhed for

eksempel the UCLA Loneliness Scale, der er et internationalt anerkendt valideret instrument til måling af ensomhed.²⁷ Ligeledes anbefales det i fremtidige analyser at inddrage forklarende variable, som medierer sammenhængen mellem geografisk område og ensomhed. For eksempel viser et studie, at tilflyttere til et nyt område har en øget risiko for ensomhed og social isolation, idet det kan tage lang tid at opbygge et liv i lokalområdet.⁶ Uddybende analyser vil give en mere nuanceret forståelse af, hvordan geografisk placering og ensomhed hænger sammen, og kunne dermed bidrage til at pege på mulige strukturelle forhold, der er med til at skabe ensomhed i befolkningen og give viden til fremtidige indsatser.

Sygelighed og sundhedsadfærd

Som nævnt tidligere er dårligt helbred en væsentlig risikofaktor for ensomhed og social isolation, hvilket understøttes af fund i dette studie, hvor ældre med mindst én sygdom eller helbredsproblem er i øget risiko for at føle sig ensom og have svage sociale relationer. Undersøgelsen peger imidlertid også på, at ældre, der angiver at være præget af sygdom, handicap eller lidelse af mindst 6 måneders varighed, ikke er i øget risiko for ensomhed, men derimod i øget risiko for at have svage sociale relationer. I tråd hermed peger undersøgelsen på, at ældre, der har haft kontakt til deres praktiserende læge inden for det seneste år, har en mindre risiko for at føle sig ensom, men ligeledes er i øget risiko for at have svage sociale relationer. Det er velkendt, at ældre med kronisk sygdom er i hyppigere kontakt med almen lægepraksis og sundhedsvæsenet generelt²⁸ samt hyppigere får tildelt kommunal pleje og omsorgsydelser,²⁹ hvorfor den ældre kan føle sig mindre uønsket alene, men samtidig være begrænset af sin sygdom eller handicap i en sådan grad, at vedkommendes sociale liv og relationer opleves svage og belastede.

Sammenhængen mellem uhensigtsmæssig sundhedsadfærd og ensomhed og svage sociale relationer blandt ældre er ligeledes undersøgt i denne rapport. Resultaterne peger på, at daglig rygning, usundt kostmønster, fysisk inaktivitet samt at være overvægtig eller undervægtig som ældre er associeret med ensomhed og svage sociale relationer. Vi finder dog også, at ældre, der overskrider Sundhedsstyrelsens anbefaling for alkoholindtagelse ikke er i øget risiko for at opleve ensomhed, men derimod er i risiko for at have svage sociale relationer i form af lav frekvens af kontakt til familie og naboer i lokalområdet samt manglende social støtte.

Denne undersøgelse kan imidlertid ikke forklare de årsagsmekanismer, der ligger til grund for de uoverensstemmelser, der peges på inden for sygelighed og sundhedsadfærd, hvorfor det vil være relevant at undersøge i fremtidig forskning.

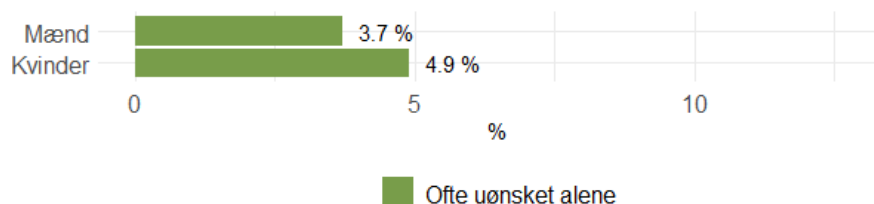
Appendix 1

Appendix 1 indeholder figurer, som visualiserer resultaterne (tabel 2-4) fra kapitel 4 Sociodemografiske forhold og kapitel 5 Geografisk placering.

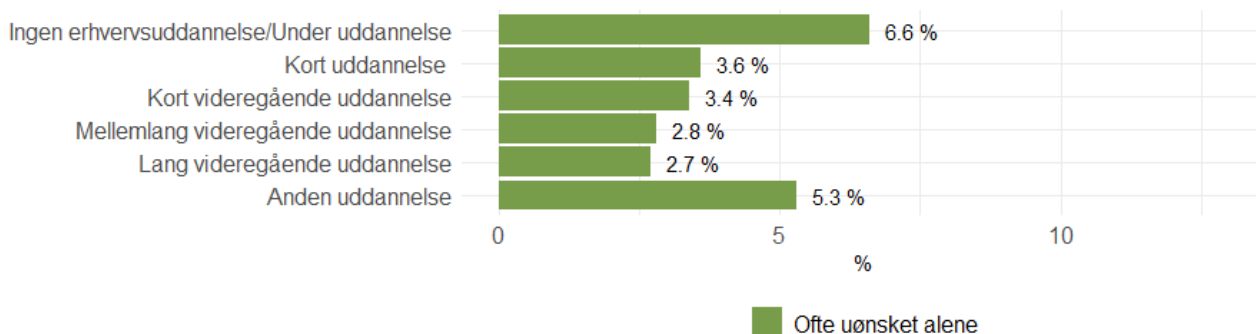
Sociodemografiske forhold og ensomhed

Uønsket alene

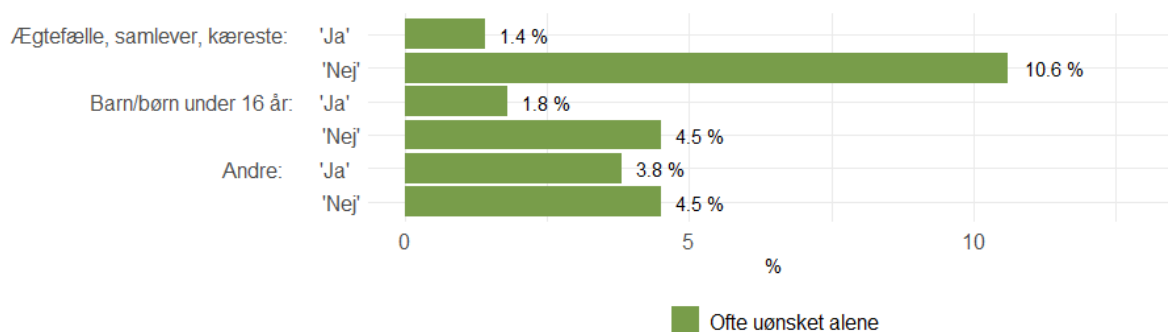
Køn:



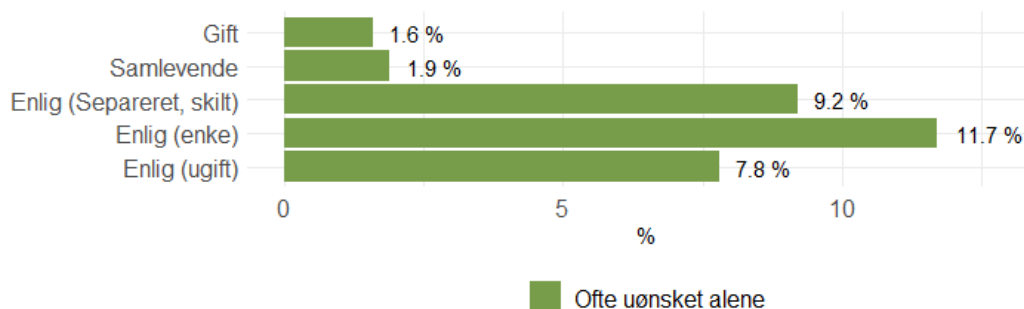
Uddannelse:



Bosat med andre:



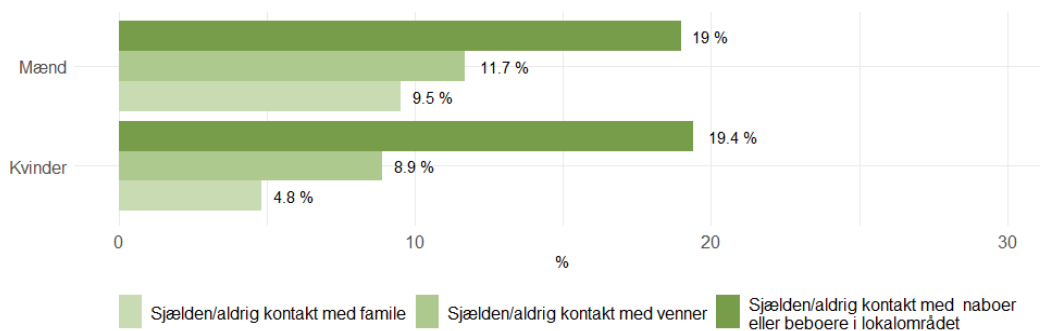
Samlivsstatus:



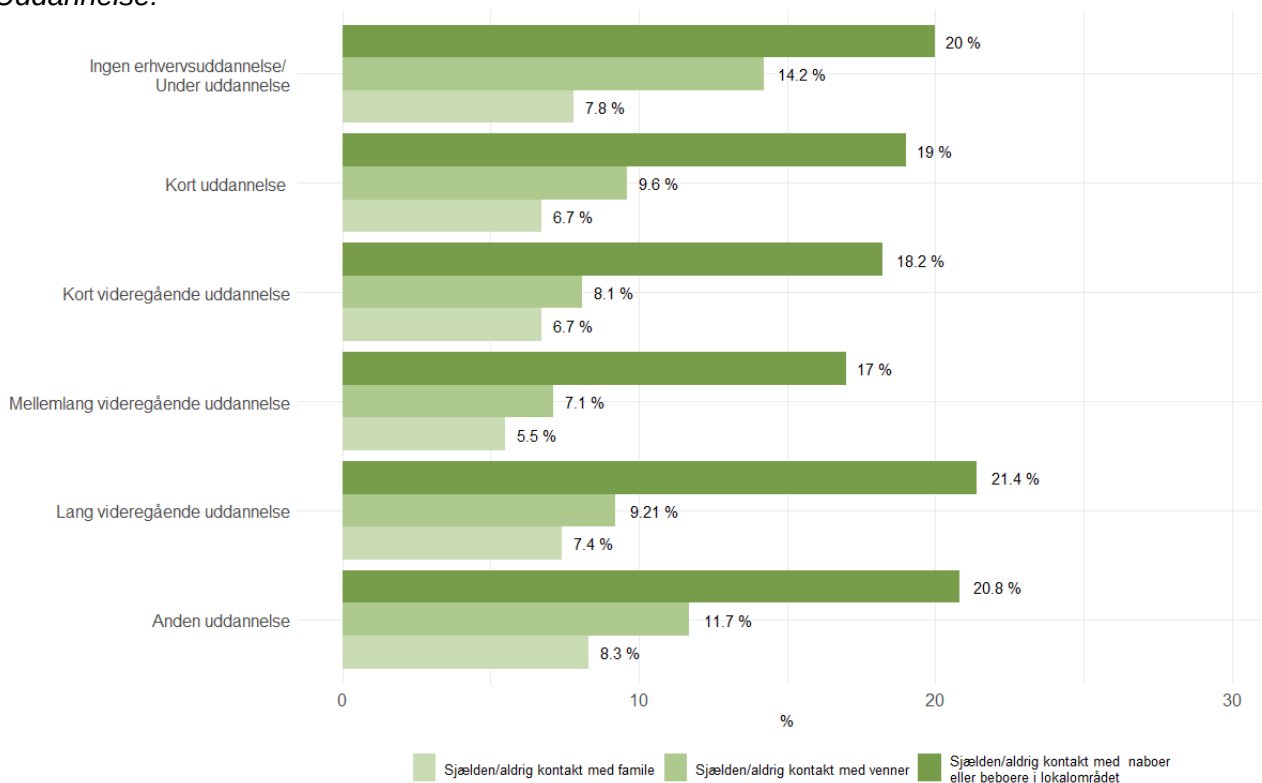
Sociodemografiske forhold og svage sociale relationer

Kontakt med andre mennesker

Køn:

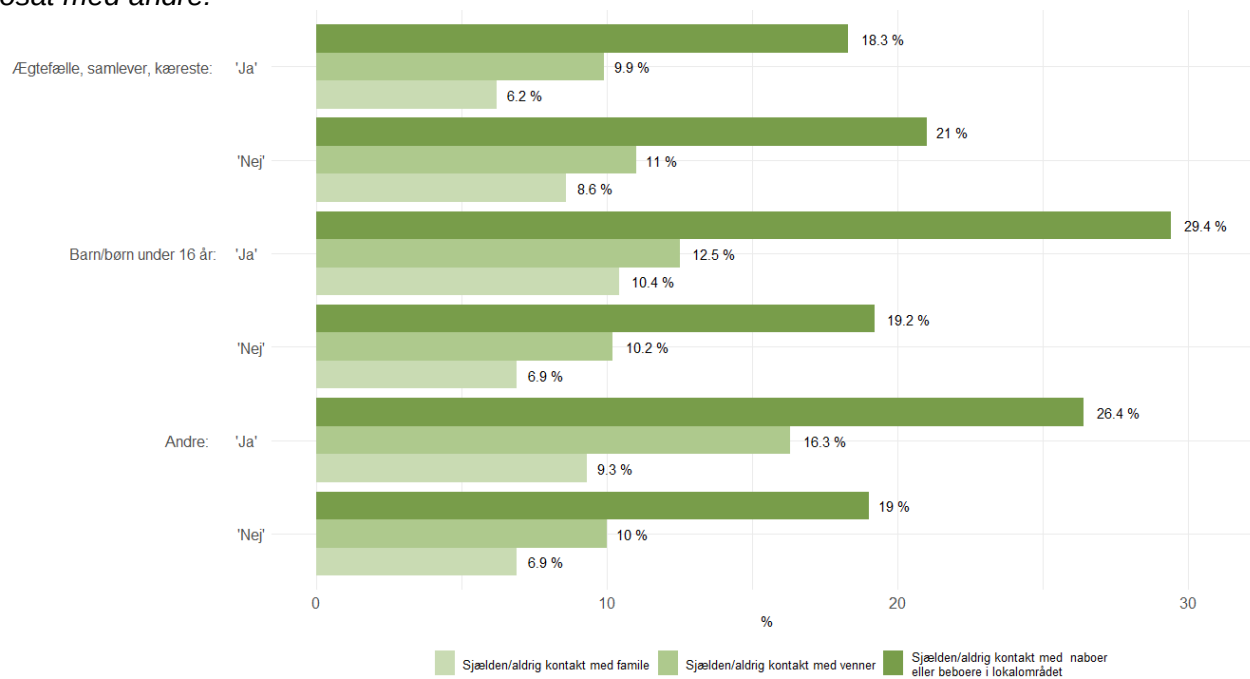


Uddannelse:

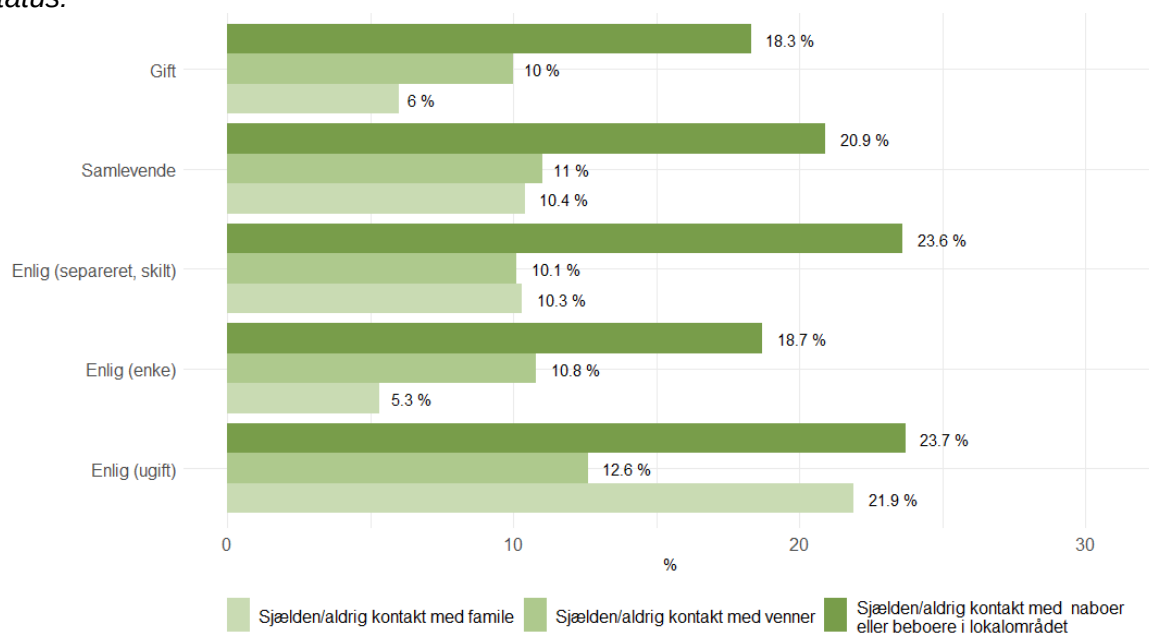


ENSOMHED OG SVAGE SOCIALE RELATIONER BLANDT ÆLDRE

Bosat med andre:

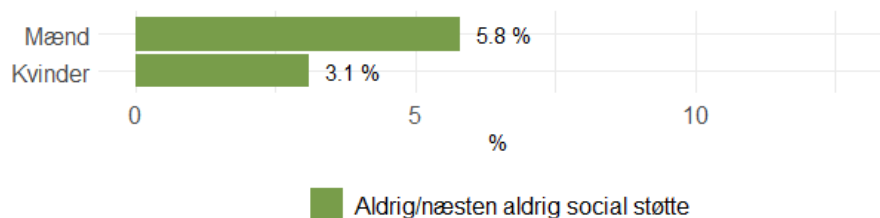


Samlivsstatus:

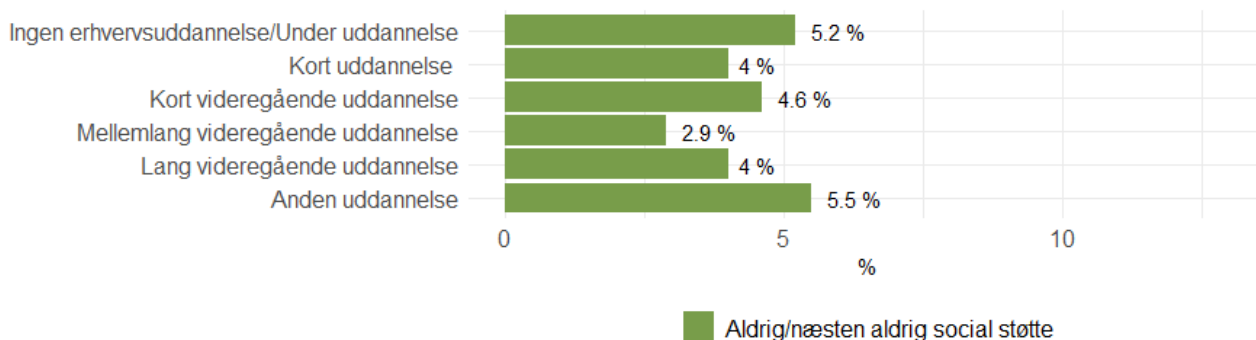


Social støtte

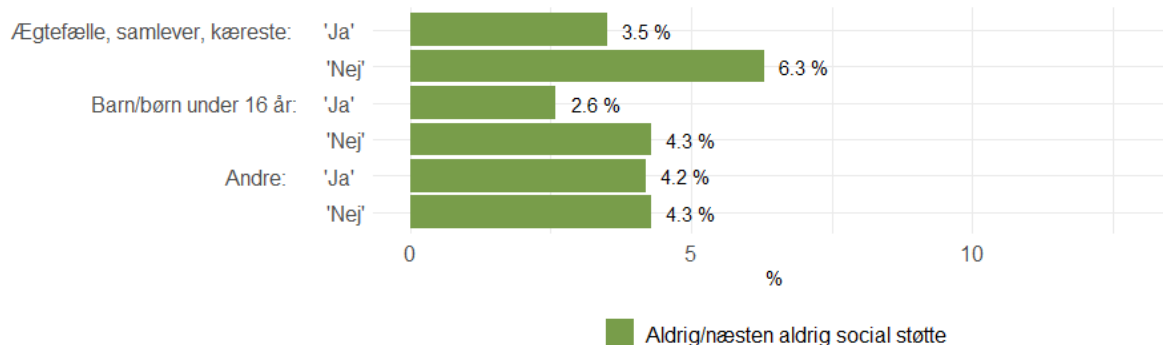
Køn:



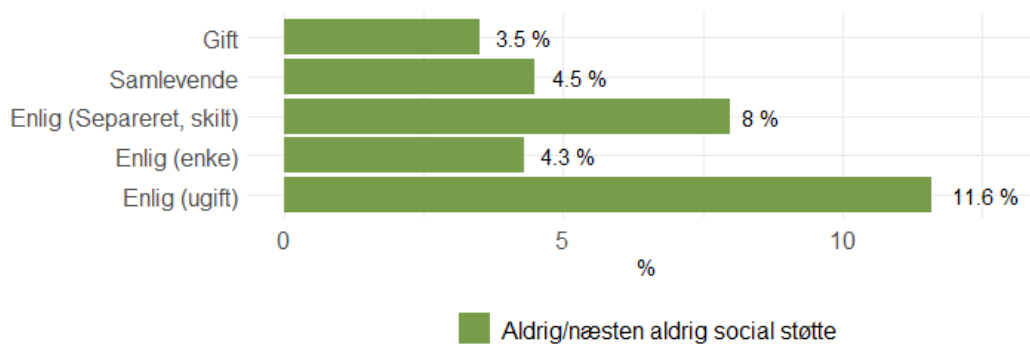
Uddannelse:



Bosat med andre:



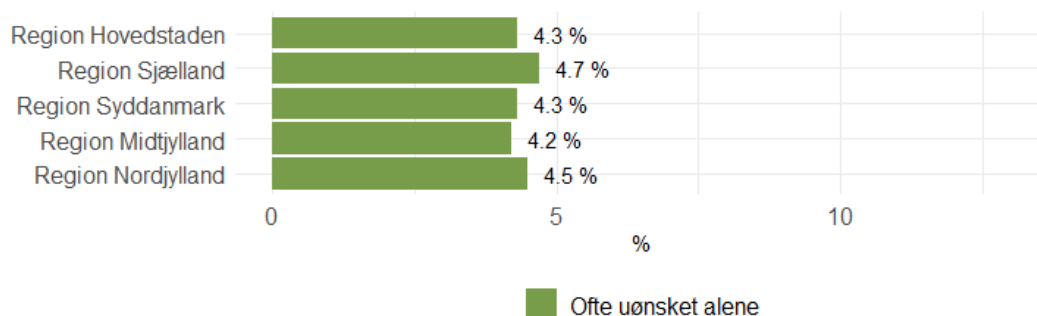
Samlivsstatus:



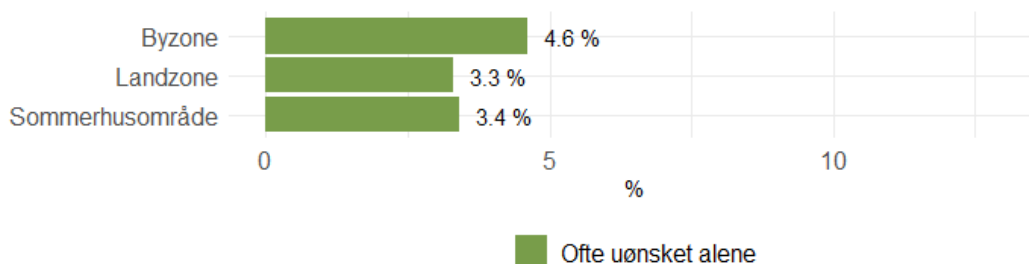
Geografisk placering og ensomhed

Uønsket alene

Region:



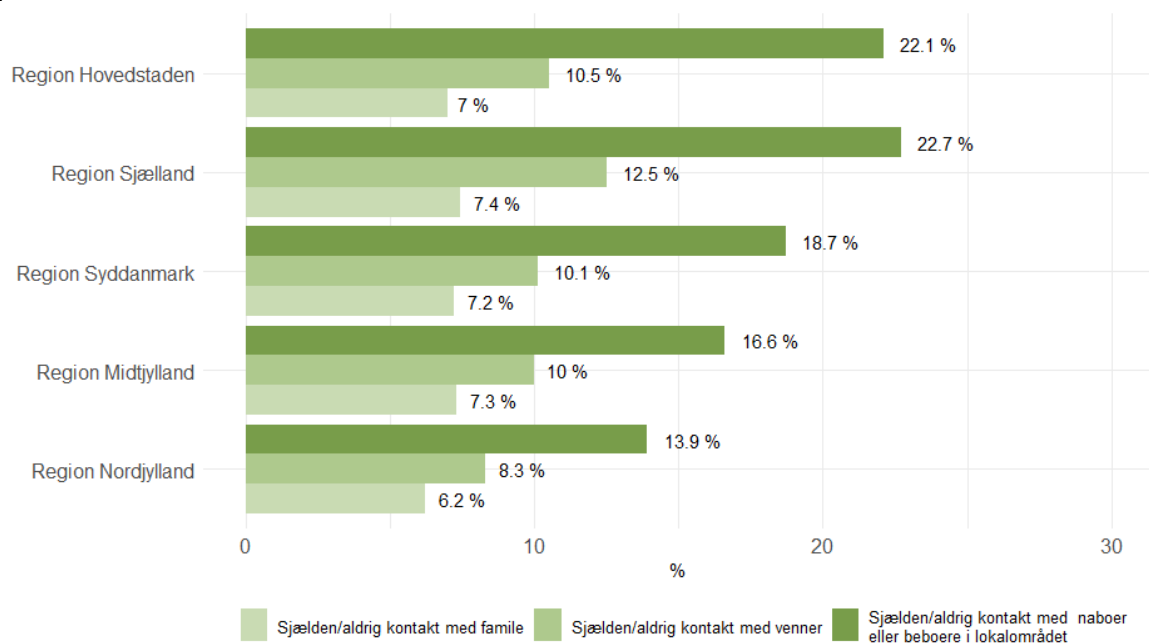
Beboelseszone:



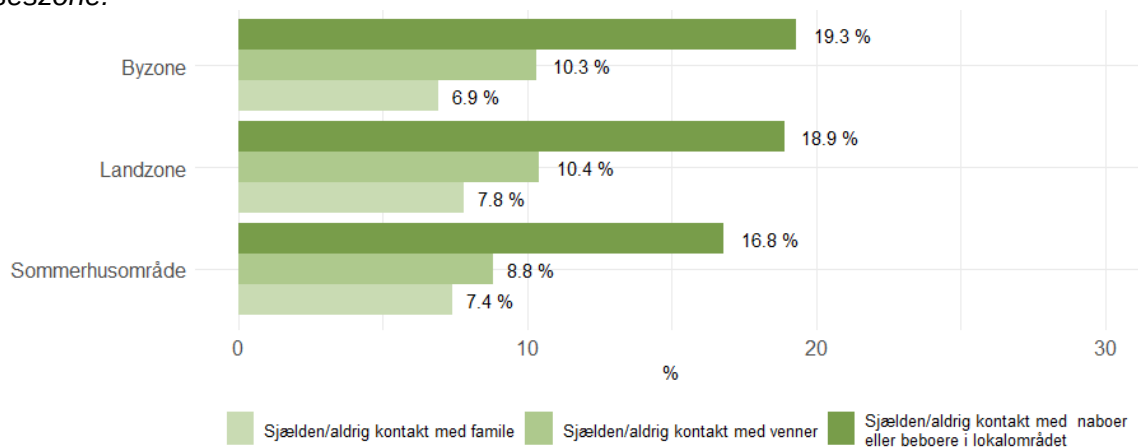
Geografisk placering og svage sociale relationer

Kontakt med andre mennesker

Region:

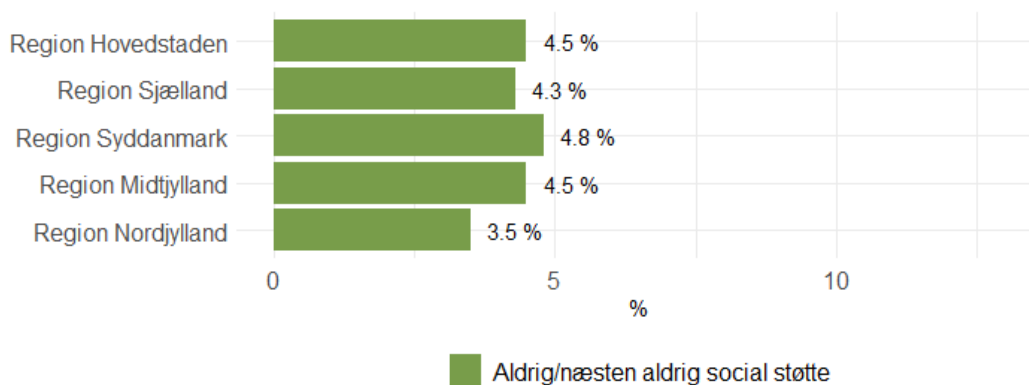


Beboelseszone:

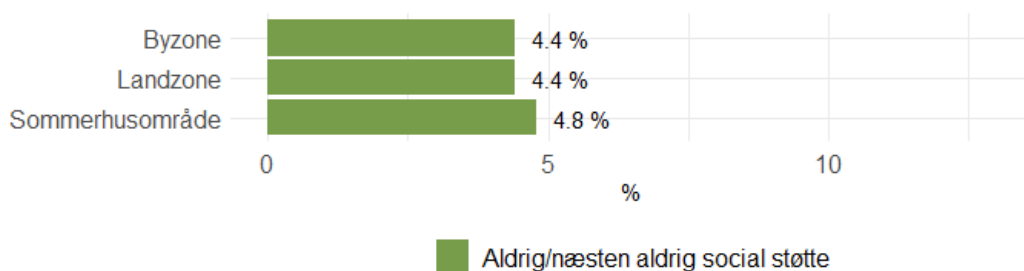


Social støtte

Region:



Beboelseszone:



Appendix 2

Andel af ældre, der ofte er uønsket alene, sjældent/aldrig har kontakt med familie, venner og naboer/beboere i lokalområdet, sjældent/aldrig har kontakt med hverken familie, venner eller naboer/beboere i lokalområdet og aldrig/næsten aldrig får social støtte, fordelt efter kommune. For hver kolonne er de fem laveste procentandele markeret med lyserød, og de fem højeste procentandele er markeret med brun.

Ensomhed og svage sociale relationer						
	Uønsket alene	Sjældent/aldrig kontakt med			Samlet sjældent/aldrig kontakt	Aldrig/næste aldrig social støtte
Kommune		Familie	Venner	Naboer		
Albertslund	3,4	6,7	11,4	18,3	2,2	5,3
Allerød	4,1	5,1	9,4	19,1	1,1	3,2
Assens	5,0	6,5	11,9	17,3	1,7	3,7
Ballerup	4,5	5,7	12,1	18,6	1,4	5,8
Billund	6,3	6,2	8,2	16,9	0,4	5,4
Bornholm	6,6	7,8	10,4	21,5	1,3	4,2
Brøndby	4,0	8,4	10,0	26,2	1,7	9,2
Brønderslev	4,7	6,6	6,7	14,3	0,4	3,5
Dragør	3,7	6,2	9,0	20,6	0,6	3,1
Egedal	3,2	4,1	8,8	17,0	0,7	3,1
Esbjerg	4,1	6,6	10,5	18,9	2,0	5,3
Fanø	3,3	8,1	5,6	13,2	0,6	4,1
Favrskov	3,9	5,0	10,5	16,3	1,0	5,5
Faxe	5,3	7,8	14,8	23,0	1,5	4,4
Fredensborg	2,6	7,1	8,6	17,1	1,5	4,0
Fredericia	5,6	6,5	10,3	23,2	1,1	5,6
Frederiksberg	3,9	10,1	11,2	26,7	1,8	6,5
Frederikshavn	4,1	5,4	7,4	13,4	0,8	3,5
Frederikssund	5,3	8,2	11,0	18,5	1,4	4,5
Furesø	3,5	5,7	10,8	20,4	1,4	3,5
Faaborg-Midtfyn	4,6	6,4	10,9	18,8	1,6	4,6
Gentofte	3,5	7,0	7,6	25,4	1,0	3,5
Gladsaxe	6,8	5,6	11,3	25,1	2,2	5,6
Glostrup	4,6	6,4	11,5	21,0	0,3	3,4
Greve	5,2	4,9	10,0	25,3	1,3	2,7
Gribskov	4,3	7,0	12,0	21,1	2,0	4,9
Guldborgsund	4,5	8,6	12,2	22,5	1,9	2,4

ENSOMHED OG SVAGE SOCIALE RELATIONER BLANDT ÆLDRE

Haderslev	4,8	7,5	8,3	15,2	0,8	3,6
Halsnæs	4,7	4,9	10,4	18,5	1,2	5,3
Hedensted	3,6	9,4	10,1	13,8	2,4	4,3
Helsingør	5,0	7,5	10,4	20,9	0,9	5,6
Herlev	4,3	6,0	11,4	21,9	1,4	3,3
Herning	2,1	7,9	8,3	15,6	2,3	3,6
Hillerød	3,1	5,8	14,8	19,6	2,5	2,4
Hjørring	4,2	6,6	8,8	14,4	1,2	3,0
Holbæk	4,9	9,0	15,4	20,9	2,0	5,5
Holstebro	4,0	4,4	11,1	15,3	1,5	4,5
Horsens	4,4	6,0	10,1	18,9	1,3	7,0
Hvidovre	3,8	5,1	10,2	25,9	0,8	4,6
Høje-Taastrup	2,9	8,1	10,4	19,5	1,9	4,1
Hørsholm	4,1	5,0	7,3	18,7	1,6	2,9
Ikast-Brande	5,2	6,8	11,6	18,4	2,4	5,0
Ishøj	5,0	7,6	12,1	21,9	2,4	5,7
Jammerbugt	6,1	4,9	7,1	14,1	0,9	3,5
Kalundborg	4,8	9,6	14,2	24,7	2,1	4,3
Kerteminde	4,5	7,4	12,0	20,4	1,5	3,0
Kolding	2,8	7,7	8,9	21,3	1,1	4,4
København	4,5	9,4	10,7	28,4	2,0	4,9
Køge	4,2	5,9	11,6	23,2	0,9	3,4
Langeland	4,3	10,5	11,6	17,4	2,1	5,3
Lejre	2,3	5,5	13,0	21,1	0,9	4,1
Lemvig	5,1	7,3	6,9	11,8	2,0	6,0
Lolland	5,5	7,8	12,4	19,3	1,6	5,2
Lyngby-Taarbæk	4,7	6,1	11,6	22,5	0,8	4,2
Læsø	3,5	9,5	9,1	15,8	1,0	5,0
Mariagerfjord	3,6	6,2	7,0	13,5	1,2	2,6
Middelfart	3,7	5,2	9,8	21,9	1,4	4,2
Morsø	4,8	6,5	8,8	12,0	0,9	4,1
Norddjurs	3,2	6,9	10,0	16,6	1,6	3,6
Nordfyns	3,8	4,9	11,4	21,0	1,5	5,6
Nyborg	5,5	6,9	10,2	23,8	1,9	5,6
Næstved	4,8	7,1	13,4	23,1	1,6	3,5
Odder	4,5	5,8	8,6	16,1	0,6	3,6
Odense	3,4	7,1	11,8	25,5	1,7	4,2
Odsherred	3,9	9,8	11,5	21,9	1,7	4,3
Randers	3,5	6,3	10,6	17,9	1,5	3,7

ENSOMHED OG SVAGE SOCIALE RELATIONER BLANDT ÆLDRE

Rebild	4,6	5,1	7,3	12,7	1,3	3,6
Ringkøbing-Skjern	2,5	9,5	9,0	15,3	2,8	5,5
Ringsted	4,7	6,3	14,8	20,4	1,2	3,9
Roskilde	3,0	5,3	7,1	18,8	0,6	4,5
Rudersdal	3,4	6,2	7,8	19,7	0,6	2,6
Rødovre	4,3	6,2	12,5	24,3	1,6	4,1
Samsø	7,5	10,5	13,2	19,5	3,5	4,8
Silkeborg	4,5	8,0	10,6	18,4	1,9	2,4
Skanderborg	4,2	7,4	9,0	14,7	1,1	3,1
Skive	2,8	6,8	7,4	13,4	1,3	5,7
Slagelse	5,0	7,4	14,1	28,2	1,8	5,0
Solrød	6,5	7,2	11,8	28,0	1,6	4,5
Sorø	4,7	5,0	12,7	23,7	2,0	4,3
Stevns	3,8	7,5	12,5	19,2	0,8	4,5
Struer	5,4	7,3	9,2	16,4	2,0	4,0
Svendborg	3,9	6,8	10,1	20,4	1,6	5,2
Syddjurs	3,5	8,9	11,1	15,7	0,9	3,4
Sønderborg	4,0	7,7	9,7	17,0	0,9	3,4
Thisted	5,0	5,5	7,4	11,3	0,7	2,2
Tønder	3,9	5,6	8,5	12,5	0,8	5,4
Tårnby	7,2	6,1	11,0	22,1	1,1	4,8
Vallensbæk	2,2	6,4	10,6	19,7	1,5	5,6
Varde	4,1	6,2	6,8	9,5	0,6	5,2
Vejen	5,1	6,7	10,5	14,6	1,6	5,6
Vejle	5,0	8,1	8,8	16,5	1,3	5,4
Vesthimmerlands	3,5	5,0	11,1	12,5	0,8	2,9
Viborg	4,7	7,0	11,2	16,1	1,1	4,7
Vordingborg	5,5	9,0	10,9	21,9	1,4	6,2
Ærø	4,9	10,7	10,5	18,6	1,7	5,7
Aabenraa	2,7	7,6	9,7	15,3	1,2	5,1
Aalborg	4,9	7,1	10,2	16,9	1,3	4,4
Aarhus	4,5	7,1	10,1	20,2	1,4	4,3

Referencer

1. Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, et al. Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review. *Perspect Psychol Sci* 2015; 10: 227–237.
2. Due P, Holstein B, Lund R, et al. Social relations: network, support and relational strain. *Soc Sci Med* 1982 1999; 48: 661–673.
3. Iversen L. *Medicinsk sociologi: samfund, sundhed og sygdom. Kapitel 4. Sociale relationer og helbred*. Kbh.: Munksgaard Danmark, 2010.
4. Nøhr Christensen R, Ensomme Gamles Værn, Fonden. *At prikke med kærlighed: omsorgsbesøg i en isoleret alderdom*. Kbh.: EGV Ensomme Gamles Værn, 2011.
5. Perlman D, Peplau L. *Preventing the harmful consequences of severe and persistent loneliness. Loneliness research: a survey of empirical findings. (pp. 13-46). U.S Government Printing Office, 1984.*
6. Wahl-Brink D, Olesen MS, Rejkjær M. *Ensomhed blandt ældre: MYTER OG FAKTA. Marselisborg – Center for Udvikling, Kompetence & Viden. 2. Udgave, January 2015.*
7. Valtorta NK, Kanaan M, Gilbody S, et al. 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: 1009–1016.
8. Jaremka LM, Andridge RR, Fagundes CP, et al. Pain, depression, and fatigue: Loneliness as a longitudinal risk factor. *Health Psychol* 2014; 33: 948–957.
9. Luanaigh CÓ, Lawlor BA. Loneliness and the health of older people. *Int J Geriatr Psychiatry* 2008; 23: 1213–1221.
10. Eriksen L, Statens Institut for Folkesundhed, Danmark, et al. *Sygdomsbyrden i Danmark - risikofaktorer*. Kbh.: Sundhedsstyrelsen, 2016.
11. Lasgaard M, Friis K. *Ensomhed i befolkningen: forekomst og metodiske overvejelser*. Region Midtjylland. CFK. Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, 2015.
12. Rosendahl Jensen HA, Region Syddanmark, Statens Institut for Folkesundhed. *Hvordan har du det?: trivsel, sundhed og sygdom blandt voksne i Region Syddanmark 2017*. Kbh.]; Vejle: Statens Institut for Folkesundhed ; Region Syddanmark, 2018.
13. Andersen NH. KL analysenotat. Ensomhed blandt ældre.2018: <https://www.kl.dk/media/18602/ensomhed-blandt-aeldre.pdf> (Access 17/3/2019).
14. Wahl-Brink D, Olesen MS, Rejkjær CD. *Forebyggelse af ensomhed blandt ældre. Viden og inspiration til handling. Marselisborg – Center for Udvikling, Kompetence & Viden. 1. udgave – 1. oplag, 2015.*

15. Richard A, Rohrmann S, Vandeleur CL, et al. Loneliness is adversely associated with physical and mental health and lifestyle factors: Results from a Swiss national survey. *PLOS ONE* 2017; 12: e0181442.
16. Krieger N. *Ecosocial theory of disease distribution embodying societal & ecologic context*. In: Krieger N, editor. *Epidemiology and the people's health*. New York, USA: Oxford University Press; 2011. p. 202-35. Epub ahead of print 23 March 2011. DOI: 10.1093/acprof:oso/9780195383874.001.0001.
17. Statistikbanken. Befolkning og valg. <http://www.statistikbanken.dk/10022> (Access 18/02/2019).
18. Statistikbanken. Befolkning og valg. MARKANT FLERE ÆLDRE I FREMTIDEN. <https://www.dst.dk/da/Statistik/nyt/NytHtml?cid=26827> (Access 18/02/2019).
19. *Danskernes sundhed: den nationale sundhedsprofil 2017*. Sundhedsstyrelsen, 2018.
20. Davidsen M, Kjølner M, Helweg-Larsen K. The Danish National Cohort Study (DANCOS). *Scand J Public Health* 2011; 39: 131–135.
21. Christensen AI, Davidsen M, Ekholm O, et al. *Befolkningsundersøgelser om sundhed og sygelighed baseret på henholdsvis personligt og selvadministreret spørgeskema. En sammenligning af forekomsten af udvalgte indikatorer*. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2012.
22. Hesselberg Lauritzen H, SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, Danmark, et al. *Ældres ressourcer og behov: status og udvikling på baggrund af Ældredatabasen*. Kbh.: SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 2012.
23. Styrelsen for Dataforsyning og Effektivisering. Danmarks Adresseregister. <https://sdfe.dk/hent-data/danmarks-adresseregister/> (Access:14/05/2019).
24. Erhvervsstyrelsen. Zoneforhold. <https://planinfo.erhvervsstyrelsen.dk/zoneforhold>. Access (14/05/2019).
25. Danmarks Statistik. Folketal den 1. i kvartalet efter tid og område. <https://www.statistikbanken.dk/statbank5a/selectvarval/saveselections.asp> (Access 14/05/2019).
26. Menec V, Bell S, Novek S, et al. Making Rural and Remote Communities More Age-Friendly: Experts' Perspectives on Issues, Challenges, and Priorities. *J Aging Soc Policy* 2015; 27: 173–191.
27. Lasgaard M. Reliability and validity of the Danish version of the UCLA Loneliness Scale. *Personal Individ Differ* 2007; 42: 1359–1366.
28. Sundheds -og Ældreministeret - analyse. Befolkningens kontakter til almen praksis. 2016.
29. Sundhedsdatastyrelsen. Afdelingen for Sundhedsanalyser og Lægemiddelstatistik. Ældre medicinske patienters kontakt med det regionale sundhedsvæsen og den kommunale pleje. 2016.