



SUNDHEDSSTYRELSEN

Ældres sundhed og trivsel

Ældreprofilen 2019 er baseret på sundheds- og sygelighedsundersøgelserne, de nationale sundhedsprofiler og udvalgte registre



Forord

Vi lever længere og længere, og andelen af ældre i befolkningen vokser. Over de næste årtier kan vi forvente at gruppen af ældre over 75 år bliver langt større, og at gruppen af de ældste ældre over 85 år, vil vokse betragteligt. I takt med denne udvikling er det vigtigt, at vi som samfund har fokus på kvaliteten af de ekstra leveår og på diversiteten i ældrebefolkningens sundhedsadfærd, helbred og trivsel.

Rapporten giver et billede af en ældrebefolkning, hvor langt de fleste generelt trives og lever sundt. Rapporten viser dog også, at en gruppe af ældre dør med problemer af forskellig karakter – både når vi kigger på fysisk og psykisk helbred og i forhold til deres trivsel. Dette peger på, at der er et stort potentiale for forebyggelse. Mange ældre, der ikke lever sundt, giver selv udtryk for, at de gerne vil ændre adfærd.

Rapporten viser forskellene i helbred, trivsel og sundhed mellem forskellige aldersgrupper i ældrebefolkningen samt mellem mænd og kvinder. Ligeledes viser rapporten, at der også blandt de ældre er social ulighed i helbred, trivsel og sundhedsadfærd. Rapporten gør det dermed tydeligt, hvor store forskelle der er i gruppen af ældre på tværs af alder, køn og uddannelse.

Formålet med rapporten er at give en beskrivelse af sundhed og trivsel blandt ældre i Danmark samt at vise udviklingen over tid. Den viden kan være med til at danne grundlag for det videre arbejde med rådgivning, inspiration samt forebyggelse og sundhedsfremme på sundheds- og ældreområdet.

Vi håber, at rapporten kan bidrage til at kvalificere, målrette og styrke indsatser om sundhed og trivsel blandt ældre.

Mads Biering la Cour

Enhedschef for Ældre og demens

Niels Sandø

Konstitueret enhedschef for Forebyggelse

Indhold

1	Sammenfatning	6
2	Baggrund og formål	11
2.1	Baggrund	12
2.2	Formål	12
2.3	Afgrænsning af ældregruppen	12
3	Læsevejledning	13
4	Sociodemografisk beskrivelse	17
4.1	Køn, alder og civilstand	18
4.2	Boligforhold og indkomst	20
4.3	Uddannelsesniveau	22
4.4	Befolkningsfremskrivning 2018-2050	23
5	Helbred og trivsel	24
5.1	Selvurderet helbred og frisk nok til at gennemføre det, som man har lyst til	25
5.2	Funktionsniveau	27
5.3	Fysisk og mentalt helbred	30
5.4	Vanskeligt at se andre mennesker på grund af det fysiske helbred eller følelsesmæssige problemer	33
5.5	Trist til mode	34
5.6	Højt stressniveau	35
5.7	Tandsundhed	36
6	Sundhedsadfærd	38
6.1	Rygning	39
6.2	Alkohol	41
6.3	Kost	43
6.4	Fysisk aktivitet	45
6.5	Undervægt og overvægt	46
7	Sociale relationer	48
7.1	Kontakt til andre	49
7.2	Uønsket alene	51
7.3	Nogen at tale med ved problemer eller brug for støtte	52
7.4	Hjælp til praktiske problemer ved sygdom	53
7.5	Deltagelse i foreningsliv og fritidsaktiviteter	54
7.6	Sammenhæng mellem selvvurderet helbred og sociale relationer	54

8 Sygelighed	55
8.1 Forekomst af specifikke sygdomme og helbredsproblemer	56
8.2 Multisygdom	60
8.3 Langvarig sygdom	61
8.4 Smerter eller ubehag	62
9 Brug af sundhedsvæsenet og medicin	65
9.1 Kontakt til egen læge	66
9.2 Genoptræning	71
9.3 Brug af medicin	72
10 Seksuel sundhed	75
10.1 Seksualitet og seksuel sundhed	76
11 Social ulighed	78
11.1 Helbredsrelateret livskvalitet	79
11.2 Sundhedsadfærd	83
12 Dødelighed og restlevetid	92
12.1 Restlevetid	93
12.2 Dødelighed	93
12.3 Årsagsspecifik dødelighed	94
13 Materiale og metode	98
13.1 Datamateriale	99
13.2 Metode	101
Referencer	103
Bilag A	105

1

Sammenfatning

Indledning

Ældrebefolkningen er i denne rapport defineret som personer på 65 år eller derover. Ud fra denne definition var der den 1. januar 2017 i alt 1.169.563 ældre i Danmark, og de ældre udgør dermed 19 % af befolkningen. Denne andel forventes at udgøre 24 % i 2050. Den voksende ældrepopulation vil dermed få betydning for omfanget og behovet for en række indsatser på eksempelvis social- og sundhedsområdet. Det er derfor vigtigt at have fokus på sundhedstilstanden blandt ældre.

Denne rapport giver et overblik over ældrebefolkningens sundhedstilstand i 2017. Dette gøres med udgangspunkt i spørgeskemaundersøgelserne Den Nationale Sundhedsprofil 2017 og Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2017, der begge beskriver sundhed, sygelighed og trivsel i den danske befolkning. Endvidere inddrages udvalgte nationale registre i beskrivelsen af sundhedstilstanden.

Dataindsamlingen til Den Nationale Sundhedsprofil 2017 er baseret på et spørgeskema, som blev udsendt til 312.349 personer på 16 år eller derover, herunder 77.547 personer i alderen 65 år eller derover. I alt deltog 53.123 personer i alderen 65 år eller derover, svarende til en deltagelse på 68,5 %. Dataindsamlingen til Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2017 er ligeledes baseret på et spørgeskema. Denne undersøgelse blev udsendt til 25.000 personer på 16 år eller derover, herunder 5.916 personer i alderen 65 år eller derover. I alt deltog 3.826 personer i alderen 65 år eller derover, svarende til en deltagelse på 64,7 %.

Ud over status for 2017 belyser rapporten desuden de senere års udvikling ved at inddrage undersøgelser fra tidligere år. Dermed præsenteres status og udvikling for ældres trivsel, sundhed og sygdom inden for en række udvalgte områder.

Kort opsummering af udvalgte resultater

Selvvurderet helbred

Andelen blandt ældre, der vurderer, at deres helbred er fremragende, vældig godt eller godt, falder med stigende alder og er i alle aldersgrupper større blandt mænd end blandt kvinder. Blandt mænd ses ingen nævneværdig ændring i andelen i perioden 1994 til 2017, mens der ses en lille stigning blandt kvinder.

Frisk nok til at gøre hvad man har lyst til

Andelen, der føler sig frisk nok til at gøre det, man har lyst til, falder markant med stigende alder. Fra 2010 til 2017 ses en stigning i andelen, der føler sig frisk nok til at gøre hvad man har lyst til, for aldersgrupperne 75-84 år og 85 år eller derover.

Fysisk funktionsniveau

Andelen blandt ældre med godt fysisk funktionsniveau, målt ved gode kommunikationsfærdigheder og god fysisk mobilitet, falder med stigende alder. En større andel blandt mænd end blandt kvinder har god fysisk mobilitet, mens det omvendte ses i forhold til gode kommunikationsfærdigheder.

Fysisk helbred

I alt har 14,2 % blandt mænd og 17,4 % blandt kvinder i aldersgruppen 65-74 år dårligt fysisk helbred, og blandt begge køn stiger andelen med stigende alder. Overordnet set er der ingen nævneværdig udvikling i andelen i perioden 2010 til 2017.

Mentalt helbred

Andelen med dårligt mentalt helbred stiger med stigende alder. I alle aldersgrupper er andelen større blandt ældre kvinder end blandt ældre mænd. Overordnet ses der ingen nævneværdig udvikling i andelen med dårligt mentalt helbred i perioden 2010 til 2017.

Stress

Andelen blandt ældre, der har højt stressniveau, er større blandt mænd end blandt kvinder i alle aldersgrupper og stiger med stigende alder. I aldersgruppen 85 år eller derover ses et fald i andelen i perioden 2010 til 2017.

Tænder

Overordnet set er andelen med 20 eller flere tænder tilbage knap 60 % blandt både mænd og kvinder. Andelen er størst i den yngste aldersgruppe (65-74 år) og mindst i den ældste aldersgruppe (85 år eller derover). Siden 1987 er andelen med 20 tænder eller flere tilbage steget markant i alle aldersgrupper.

Ryging

Der er i alt 14,9 % blandt ældre mænd og 11,8 % blandt ældre kvinder, der ryger dagligt. Andelen falder med stigende alder. I perioden 2010 til 2017 ses et fald i andelen. Over halvdelen af dagligrygere vil gerne holde op med at ryge. Andelen er større blandt kvinder end blandt mænd og falder med stigende alder.

Alkohol

I alt overskrider 10,6 % blandt mænd og 5,9 % blandt kvinder Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse for alkoholindtag (14 genstande for mænd og 7 genstande for kvinder). Udviklingen varierer på tværs af køns- og aldersgrupper, men overordnet ses et fald i andelen i perioden 1994 til 2017. Andelen, der gerne vil nedsætte deres forbrug blandt personer, der overskrider højrisikogrænsen, er større blandt mænd end blandt kvinder og falder med stigende alder.

Kostmønster

En større andel af ældre mænd (20,1 %) end ældre kvinder (12,0 %) har et usundt kostmønster. Andelen med usundt kostmønster stiger med stigende alder. I perioden 2010 til 2017 har der i alle aldersgrupper været en stigning i andelen med et usundt kostmønster blandt mænd, mens der ikke ses nogen nævneværdig ændring blandt kvinder. Blandt ældre mænd og kvinder med et usundt kostmønster angiver 28,5 % blandt mænd og 37,1 % blandt kvinder, at de gerne vil spise mere sundt.

Fysisk aktivitet

Andelen med stillesiddende fritidsaktivitet blandt ældre er nogenlunde lige stor blandt henholdsvis mænd (25,1 %) og kvinder (27,3 %) og stiger blandt begge køn med stigende alder. Med enkelte undtagelser er der i perioden 1987-2005 sket et fald i andelen med stillesiddende fritidsaktivitet, både blandt mænd og kvinder, hvorefter der ses en stigning frem til 2017. Mere end halvdelen af de stillesiddende vil gerne være mere fysisk aktive (53,1 % blandt mænd og 59,1 % blandt kvinder).

Undervægt og overvægt

Der er en forholdsvis lille andel ældre, som er undervægtig (BMI<18,5) – 0,6 % blandt mænd og 3,3 % blandt kvinder. Både blandt mænd og kvinder stiger andelen med stigende alder, og den største andel ses blandt kvinder på 85 år eller derover (5,9 %). Der har været et fald i andelen af undervægtige kvinder siden 1987. I alt er 19,3 % blandt mænd og 16,1 % blandt kvinder svært overvægtig (BMI≥30). Andelen falder med stigende alder, både blandt mænd og kvinder. Der har været en stigning i andelen af overvægtige ældre blandt begge køn siden 1987.

Sociale relationer

Andelen, der sjældent eller aldrig har sociale kontakter, stiger med stigende alder, både blandt ældre mænd og kvinder. En større andel blandt kvinder (6,0 %) end blandt mænd (4,7 %) er ofte uønsket alene, og blandt begge køn stiger andelen med stigende alder. Andelen er størst blandt kvinder på 85 år eller derover (13,6 %). Andelen, der er uønsket alene, er faldet siden 2010. Andelen af ældre, der aldrig eller sjældent deltager i foreningsliv, er større blandt mænd (42,1 %) end blandt kvinder (33,8 %).

Sygelighed

Generelt stiger andelen, der aktuelt har eller lever med eftervirkninger af en given sygdom eller et givent helbredsproblem, med stigende alder. I alt lever godt hver femte ældre med to eller flere samtidige sygdomme, såkaldt multisygdom. Med stigende alder er der også en større andel blandt ældre mænd og kvinder, der angiver at have langvarig sygdom, langvarig eftervirkning af skade, handicap eller anden langvarig lidelse af mindst seks måneders varighed.

Der er med stigende alder en stigende andel blandt ældre mænd og kvinder, der rapporterer smerter eller ubehag henholdsvis i arme, hænder, ben, knæ, hofter eller led, ryg eller lænd, og blandt kvinder også i skulder eller nakke. Både blandt mænd og kvinder ses med stigende alder en stigning i andelen, der rapporterer ubehag i form af henholdsvis træthed samt at føle sig nedtrykt, deprimeret/ulykkelig. Blandt mænd ses der ligeledes en stigning med alderen i andelen med søvnbesvær og blandt kvinder i andelen med ængstelse, nervøsitet, uro og angst.

Kontakt til egen læge

Blandt begge køn stiger andelen af ældre, der går til egen læge, fra aldersgruppen 65-74 år til aldersgruppen 75-84 år, men forbliver herefter nogenlunde konstant i aldersgruppen 85 år eller derover. Siden 2010 er en større andel blevet rådet til at dyrke motion af egen læge, mens andelen, der er blevet rådet til at stoppe med at ryge, er faldet i samme periode. Størstedelen af ældrebefolkningen har henholdsvis fået målt blodtryk (93,4 % blandt mænd og 92,5 % blandt kvinder), kolesterol (81,1 % blandt mænd og 78,8 % blandt kvinder) og kontrolleret syn (82,4 % blandt mænd og 86,7 % blandt kvinder) inden for de seneste tre år.

Medicin

Inden for de seneste 14 dage har i alt 83,6 % blandt ældre mænd og 89,1 % blandt ældre kvinder taget medicin, og blandt begge køn stiger andelen med stigende alder. Andelen, der inden for de seneste 14 dage har taget medicin fra 2 eller flere medicingrupper, er 64,5 % blandt mænd og 68,8 % blandt kvinder.

Seksuel sundhed

I alt har henholdsvis 11,1 % blandt ældre mænd og 3,3 % blandt kvinder talt med en sundhedsprofessionel om seksuelle spørgsmål inden for de seneste fem år. Blandt begge køn falder andelen med stigende alder. Andelen blandt ældre mænd og kvinder, der har haft seksuelt samvær inden for det seneste år, falder med stigende alder. Andelen, der ofte eller hele tiden oplever nedsat eller manglende lyst til sex, er lidt større blandt ældre kvinder (48,8 %) end blandt mænd (43,7 %). Blandt mænd stiger andelen med stigende alder, mens den falder for kvinder.

Social ulighed

På en lang række parametre er der social ulighed i sundhed. Således ses en stigning i indikatorer for helbred og trivsel og et fald i indikatorer for sygelighed med stigende uddannelse. Eksempelvis ses der en social gradient i indikatorer som selv vurderet helbred, funktionsniveau, stress, fysisk helbred, tandsundhed, rygning, kostmønster, overvægt, stillesiddende adfærd, ensomhed samt deltagelse i foreningsliv og fritidsaktiviteter. I forhold til alkohol ses dog en omvendt social gradient, således at andelen, der overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse for alkoholindtag, stiger med stigende uddannelsesniveau.

Der ses dog ingen sammenhæng mellem andelen, der har langvarig sygdom, eftervirkning af skade, handicap eller anden langvarig lidelse, og uddannelsesniveau. Det samme gælder andelen af ældrebefolkningen, der har været hos egen læge inden for de seneste 12 måneder. Der ses ligeledes ingen sammenhæng mellem uddannelsesniveau og andel af dagligrygere, der gerne vil holde op med at ryge.

Dødelighed og restlevetid

Den forventede restlevetid i 2017 blandt 65-årige er 17,9 år og 20,6 år for henholdsvis mænd og kvinder. Den totale dødelighed blandt ældre er faldet siden år 2000. Blandt de specifikke dødsårsager er særligt hjerte-kar-dødelighed blandt mænd faldet siden år 2000, fra 3.019 dødsfald per 100.000 personer til 1.531 per 100.000 i 2017.

2

Baggrund og formål

2.1 Baggrund

Andelen af ældre i Danmark er stigende. Personer på 65 år og derover udgjorde således 16 % af hele den danske befolkning i 1990, 19 % i 2017 og forventes at udgøre 24 % i 2050 [1]. Den voksende ældrepopulation vil dermed få betydning for omfanget af en række forhold af samfundsmæssig relevans, hvad angår sundheds- og ældreområdets forebyggende og behandlende indsatser, men også indsatsen på en række andre fagområder (eksempelvis det sociale område, det kulturelle område, den fysiske planlægning mv.), der skal medvirke til at skabe gode levevilkår for ældre. Det er derfor vigtigt at have fokus på sundhedstilstanden blandt ældre. På denne baggrund har Sundheds- og Ældreministeriet og Sundhedsstyrelsen anmodet Statens Institut for Folkesundhed (SIF), SDU, om at udarbejde en rapport med grundlæggende informationer om ældrebefolkningens sundhedsadfærd, sundhedstilstand, sygdom, dødelighed og brug af sundhedsvæsenet.

2.2 Formål

Formålet med rapporten er at give en bred beskrivelse af ældrebefolkningens sundhedstilstand på nationalt niveau og desuden at belyse uddannelsesmæssige forskelle blandt ældres sundhedstilstand. Rapporten henvender sig til praktikere og beslutningstagere, der arbejder med ældre og sundhed, og giver et billede af ældrebefolkningens sundhedstilstand i 2017 og udviklingen siden 1987.

2.3 Afgrænsning af ældregruppen

Der eksisterer mange forskellige afgrænsninger af ældregruppen. Socialt kunne ældregruppen afgrænses ved folkepensionsalderen, men denne afgrænsning er foranderlig og varierer afhængig af fødselsår. Til nogle formål er denne afgrænsning derfor mindre hensigtsmæssig. Der er heller ikke en naturlig biologisk afgrænsning af ældregruppen, da de fleste aldersrelaterede forandringer sætter ind allerede ved 30-års alderen og fortsætter uden bratte overgange. I denne rapport er det valgt at afgrænse ældregruppen til personer på 65 år eller derover med en under-opdeling i tre aldersgrupper: 65-74 år, 75-84 år og 85 år eller derover. Dette er valgt, da denne vurderes til at være den mest naturlige afgrænsning.

3

Læsevejledning

Rapporten er opdelt i 13 kapitler. Sammenfatningen er præsenteret i kapitel 1, mens kapitel 2 og 3 præsenterer rapportens baggrund, formål og læsevejledning. Kapitel 4 giver en sociodemografisk beskrivelse af ældrebefolkningen. I kapitel 5 til 12 præsenteres rapportens resultater inden for emnerne 'Trivsel og helbred', 'Sundhedsadfærd', 'Sociale relationer', 'Sygelighed', 'Brug af sundhedsvæsenet og medicin', 'Seksuel sundhed', 'Social ulighed' og 'Dødelighed og restlevetid'. Kapitel 13 beskriver rapportens materiale og metode. Rapportens referencer findes i forlængelse af kapitel 13.

Kapitlerne 5-11 præsenterer resultater af analyser baseret på data fra de nationale sundhedsprofiler og sundheds- og sygelighedsundersøgelserne. I kapitel 12 præsenteres dødelighed og specifikke dødsårsager ved brug af data fra statistikbanken under Danmarks Statistik [2]. Raterne, der benyttes til at beregne udvikling over tid i specifikke dødsårsager, er aldersstandardiseret til 2016-populationen. Ved at sammenligne med en population, der ligner 2016-populationen, får man aldersjusterede dødsårsagsrater, som gør det muligt at se bort fra ændringer i befolkningssammensætningen, når man vil sammenligne udviklingen i dødsårsager over tid.

I rapportens kapitler 5-11 præsenteres der primært frekvensanalyser og udviklingsanalyser. Frekvensanalyserne præsenteres i tabeller med procentvise forekomster og antal svarpersoner. Hvis der er færre end 10 personer i en celle, vises forekomsten ikke.

I udviklingsanalyserne præsenteres den procentvise forekomst så langt tilbage i tiden, som der findes sammenlignelige indikatorer. For enkelte indikatorer er det muligt at gå helt tilbage til den første sundheds- og sygelighedsundersøgelse i 1987, mens der for andre indikatorer ikke findes data før 2017. For en stor del af indikatorerne er det som minimum muligt at gå tilbage til den første nationale Sundhedsprofil i 2010. I sundheds- og sygelighedsundersøgelserne 1987 og 1994 var der få deltagere på 85 år eller derover relativt til de efterfølgende år, og der præsenteres derfor ikke resultater for den ældste aldersgruppe fra disse to år.

I nogle kapitler præsenteres der sammenhængsanalyser for to indikatorer med brug af data fra 2017. Et eksempel herpå er sammenhængen mellem 'Ofte at være uønsket alene' og 'Selvvurderet helbred'. Det skal i denne forbindelse bemærkes, at data i disse analyser er indsamlet på samme tidspunkt og er dermed såkaldte tværsnitsanalyser. Det er derfor ikke muligt at sige noget om årsagsretningen, altså hvilken af indikatorerne, der påvirker den anden.

I rapportens kapitler 5-11 præsenteres for hver indikator frekvenstabeller for 2017, fordelt efter køn og aldersgrupper. Analyserne præsenteres separat for mænd og kvinder, da der er forskel på trivsel, sundhed og sygdom blandt mænd og blandt kvinder. Overskriften på frekvenstabellerne vil angive, hvilken indikator, der belyses i tabellen. Samtidig oplyses det under tabellen, om de pågældende resultater er baseret på data fra Den Nationale Sundhedsprofil eller Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen.

Alle frekvenstabeller, der beskriver status, samt figurer, der belyser udviklingen over tid, er opdelt på køn for at gøre aldersgrupperne sammenlignelige. Der kommenteres primært på ændringer i forekomster med stigende alder, mens forskellene på mænd og kvinder kun kommenteres i denne rapport, hvis der er forskellige ændringer i forekomsten med stigende alder.

Herunder vises et eksempel på en tabel fra rapporten (tabel 5.1.1). Tabellen viser andelen af ældre på 65 år eller derover, der angiver deres helbred som værende godt, vældig godt eller fremragende, fordelt efter køn og aldersgruppe.

TABEL 5.1.1

Andel med fremragende, vældig godt eller godt selv vurderet helbred fordelt efter aldersgruppe. 2017.

	65-74 år	75-84 år	≥85 år	I alt
MÆND				
Procent	82,6	76,4	63,4	79,3
Antal svarpersoner	16.307	7.479	1.500	25.286
KVINDER				
Procent	80,6	70,3	57,4	74,6
Antal svarpersoner	16.999	7.933	2.241	27.173

Den Nationale Sundhedsprofil 2017

I rapporten findes enkelte steder også tabeller, hvor forekomsten af flere indikatorer præsenteres samlet, hvilket gælder for eksempelvis funktionsniveau. I stedet for at præsentere antal svarpersoner for hver indikator i tabellerne, præsenteres det laveste antal svarpersoner på tværs af indikatorerne henholdsvis blandt mænd og kvinder i hver aldersgruppe. I disse tabeller er antal svarpersoner derfor benævnt 'Min. antal svarpersoner' (vist som eksempel for tabel 5.2.1 herunder).

TABEL 5.2.1

Andel, der uden besvær kan gennemføre hver af de fem aktiviteter, fordelt efter aldersgruppe. 2017. Procent og antal svarpersoner.

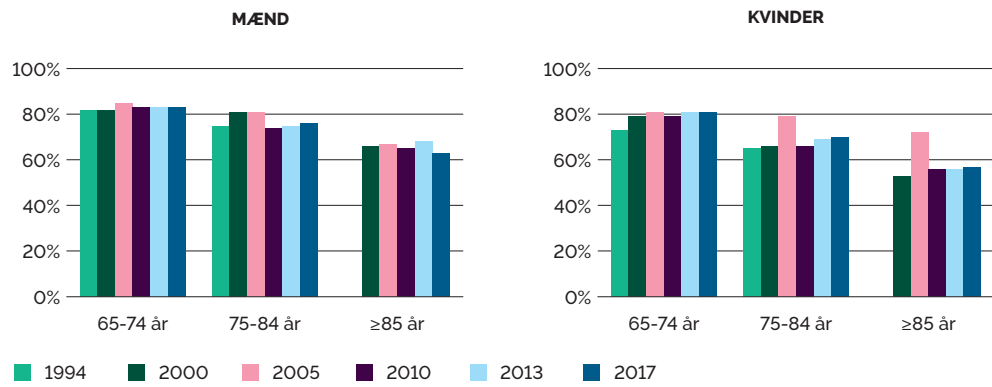
	65-74 år	75-84 år	≥85 år	I alt
MÆND				
Læse avistekst	83,9	76,3	62,3	80,1
Høre en samtale mellem 3 eller flere personer	53,3	43,2	19,1	47,9
Gå 400 meter uden at hvile	76,7	64,4	36,8	70,3
Gå op eller ned af en trappe	75,5	62,2	36,6	68,9
Bære 5 kg	80,3	70,4	46,7	75,1
Min. antal svarpersoner	1.109	510	108	1.727
KVINDER				
Læse avistekst	86,6	79,2	55,5	80,6
Høre en samtale mellem 3 eller flere personer	71,1	60,1	34,1	63,3
Gå 400 meter uden hvile	74,0	54,8	34,0	63,3
Gå op eller ned af en trappe	69,2	51,4	25,3	58,4
Bære 5 kg	60,3	42,4	15,1	49,2
Min. antal svarpersoner	1.267	547	154	1.968

Sundheds- og Sygelighedsundersøgelsen 2017

I rapporten præsenteres udviklingen over tid for indikatorerne ved hjælp af histogrammer. Histogrammerne viser, hvor langt tilbage udviklingen af den givne indikator kan følges. Som tidligere nævnt kan de fleste indikatorer følges fra 2010, men der er også indikatorer, som kan følges tilbage fra den første Sundheds- og sygelighedsundersøgelse i 1987. Histogrammerne viser udviklingen henholdsvis blandt mænd og blandt kvinder. Eksempelvis viser histogrammerne herunder udviklingen i andelen med fremragende, vældig godt eller godt selv vurderet helbred, blandt mænd og kvinder i de tre definerede aldersgrupper i perioden 1994 til 2017.

FIGUR 5.1.1

Andel med fremragende, vældigt godt eller godt selv vurderet helbred, fordelt efter aldersgruppe. 1994-2017.



Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 1994, 2000 og 2005 og Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017

4

Sociodemografisk beskrivelse

Dette kapitel indeholder en beskrivelse af ældrebefolkningens sammensætning i forhold til køn, alder, civilstatus, boligforhold og indkomstforhold baseret på registerdata fra Danmarks Statistik. På baggrund af data fra Den Nationale Sundhedsprofil 2017 beskrives endvidere uddannelseslængde og erhvervsaktivitet fordelt efter aldersgruppe. I kapitlet præsenteres også en beskrivelse af den forventede befolkningsudvikling frem til 2050.

4.1 Køn, alder og civilstand

Ifølge Danmarks Statistik var der per 1. januar 2017 i alt 1.169.563 ældre på 65 år eller derover i Danmark. Det fremgår af tabel 4.1.1, at andelen af kvinder er størst (57,1 %), og at aldersgruppen 65-74 år udgør over halvdelen af alle ældre på 65 år eller derover (55,1 %).

TABEL 4.1.1
Køns- og aldersfordeling i Danmark per 1. januar 2017. Procent.

	Mænd	Kvinder	I alt
65-74 år	26,8	28,3	55,1
75-84 år	12,7	15,6	28,3
≥85 år	3,5	13,1	16,6
I alt	42,9	57,1	100,0

Statistikbanken, Danmarks Statistik

Tabel 4.1.2 viser fordelingen af ældrebefolkningens civilstand. Den viser, at over halvdelen af de ældre er gift eller separeret (68,5 % og 47,6 %). Blandt begge køn falder andelen af fraskilte med stigende alder, hvorimod andelen, der lever i enkestand, stiger kraftigt med stigende alder. Den mindste andel fraskilte findes således blandt mænd i aldersgruppen 85 år eller derover (6,0 %). Andelen af ugifte falder også med stigende alder. Både blandt kvinder og mænd er andelen, der lever i enkestand, størst i aldersgruppen 85 år eller derover (henholdsvis 76,1 % og 39,5 %).

TABEL 4.1.2
Civilstatus per 1. januar 2017, fordelt efter køn og aldersgruppe. Procent og antal personer.

	65-74 år	75-84 år	≥85 år	I alt
MÆND				
Ugift	8,9	5,2	4,4	7,5
Gift/separeret	70,9	68,2	50,1	68,5
Enkemand	6,4	16,4	39,5	12,0
Fraskilt	13,7	10,2	6,0	12,1
<i>Antal personer</i>	<i>313.033</i>	<i>148.336</i>	<i>40.366</i>	<i>501.735</i>
Andel i befolkningen	28,6	13,5	3,7	45,8
KVINDER				
Ugift	5,6	3,6	4,4	4,8
Gift/separeret	60,6	39,6	11,5	47,6
Enke	16,7	43,6	76,1	32,9
Fraskilt	17,2	13,2	8,0	14,7
<i>Antal personer</i>	<i>331.551</i>	<i>182.658</i>	<i>79.228</i>	<i>593.437</i>
Andel i befolkningen	30,3	16,7	7,2	54,2

Statistikbanken, Danmarks Statistik

Det fremgår af tabel 4.1.3, at 72,5 % blandt mænd og 49,4 % blandt kvinder bor sammen med en ægtefælle, samlever mv. Andelen falder med stigende alder for både mænd og kvinder.

TABEL 4.1.3

Andel der bor sammen med en ægtefælle, samlever mv. per 1. januar 2017, fordelt efter køn og aldersgruppe.

	65-74 år	75-84 år	≥85 år	I alt
MÆND				
Procent	76,0	70,2	51,1	72,5
Antal svarpersoner	15.817	7.284	1.438	24.539
KVINDER				
Procent	61,4	39,9	14,3	49,4
Antal svarpersoner	16.491	7.566	2.006	26.063

Den Nationale Sundhedsprofil 2017

Tabel 4.1.4 viser samlivsstatus baseret på en kombination af data om civilstand fra Danmarks Statistik og selvrapporterede oplysninger fra Den Nationale Sundhedsprofil 2017. Det fremgår, at størstedelen af de ældre er gift eller enke/enkemand. Andelen, der er gift, falder med alderen, og andelen der er enke/enkemand, stiger med alderen. Dette gælder for både mænd og kvinder.

TABEL 4.1.4

Samlivsstatus per 1. januar 2017, fordelt efter køn og aldersgruppe. Procent og antal svarpersoner.

	65-74 år	75-84 år	≥85 år	I alt
MÆND				
Gift	71,1	66,9	49,4	68,3
Samlevende	5,7	4,6	2,7	5,2
Enlig (separeret, skilt)	10,8	8,5	5,3	9,7
Enlig (enkestand)	5,8	16,3	39,7	11,4
Enlig (ugift)	6,6	3,8	2,9	5,5
Antal svarpersoner	16.451	7.598	1.534	25.583
KVINDER				
Gift	58,2	37,7	13,1	46,4
Samlevende	4,1	2,9	1,2	3,4
Enlig (separeret, skilt)	15,6	11,9	6,3	13,6
Enlig (enkestand)	17,3	45,1	75,9	33,0
Enlig (ugift)	4,7	2,5	3,6	3,9
Antal svarpersoner	17.188	8.064	2.282	27.534

Den Nationale Sundhedsprofil 2017

4.2 Boligforhold og indkomst

I Statistikbanken, der drives af Danmarks Statistik, opgøres befolkningens boligsituation efter aldersgruppe, der i den ældre del af befolkningen er afgrænset i 10-årsgrupper. Aldersgrupperne er således anderledes i tabel 4.2.1, end den generelt vil være i rapporten. Tabellen herunder (tabel 4.2.1) viser fordelingen af boligtyper blandt henholdsvis mænd og kvinder i aldersgrupperne 60-69 år, 70-79 år, 80-89 år og 90 år eller derover per 1. januar 2017. Det er ikke muligt at frasortere plejeboliger eller beskyttede ældreboliger fra almindelige boliger i Statistikbankens tabeller. Døgninstitutioner dækker institutioner med døgnbemanding, herunder visse plejeboliger. Det fremgår af tabellen, at den største andel blandt ældre mænd og kvinder på 60 år eller derover bor i parcelhus eller stuehus (henholdsvis 58,6 % og 47,8 %), efterfulgt af etageboliger (henholdsvis 23,1 % og 29,9 %). Blandt begge køn gælder det, at andelen, der bor i parcel- eller stuehus, falder med stigende alder. Derimod stiger andelen, der bor i række-, dobbelt- eller kædehus og etageboliger med stigende alder.

TABEL 4.2.1

Boligforhold per 1. januar 2017, fordelt efter køn og aldersgruppe. Procent og antal personer.

	60-69 år	70-79 år	80-89 år	≥90 år	i alt
MÆND					
Parcel-/stuehuse	61,8	58,6	49,2	36,4	58,6
Række-, kæde- og dobbelthuse	13,9	16,1	20,6	25,1	15,7
Etageboliger	21,9	22,3	28,0	36,3	23,1
Døgninstitutioner	0,2	0,2	0,5	1,3	0,2
Fritidshuse	1,8	2,5	1,5	0,8	2,0
Andet, herunder kollegier	0,4	0,3	0,2	0,2	0,3
<i>Antal personer</i>	<i>329.479</i>	<i>242.847</i>	<i>83.885</i>	<i>12.123</i>	<i>668.334</i>
Andel i befolkningen	23,0	17,0	5,9	0,8	46,7
KVINDER					
Parcel-/stuehuse	56,0	47,8	32,3	19,6	47,8
Række-, kæde- og dobbelthuse	17,1	20,5	25,9	28,1	20,2
Etageboliger	24,6	29,5	40,1	50,0	29,9
Døgninstitutioner	0,1	0,2	0,7	1,9	0,3
Fritidshuse	1,8	1,9	0,8	0,3	1,6
Andet, herunder kollegier	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2
<i>Antal personer</i>	<i>341.122</i>	<i>269.727</i>	<i>121.285</i>	<i>32.177</i>	<i>764.311</i>
Andel i befolkningen	23,8	18,8	8,5	2,2	53,3

Statistikbanken, Danmarks Statistik

Tabel 4.2.2 viser fordelingen af den personlige bruttoindkomst blandt ældre fordelt efter køn og aldersgruppe. Bruttoindkomst betegner den personlige indkomst før skat og omfatter således ikke borgerens eventuelle formue. Det skal bemærkes, at aldersgrupperingen er anderledes end i den foregående tabel og andre tabeller i rapporten. Danmarks Statistik opgør bruttoindkomst efter alder i 5-årsgrupper. Alle borgere på 75 år eller derover er omfattet i samme gruppe, da disse forventes at ligne hinanden indkomstmæssigt. Samlet set har næsten halvdelen (45,9 %) en bruttoindkomst på mindre end 200.000 kroner om året brutto. For begge køn falder andelen, der tjener mindre end 100.000 kroner om året, med stigende alder. Samtidig ses blandt mænd en stigende andel, der tjener 100.000-199.999 kroner om året, med stigende alder. Andelen, der årligt tjener 300.000 kroner eller derover, falder blandt begge køn med stigende alder, mens andelen, der tjener mellem 200.000 og 299.999, er næsten konstant for mændene på tværs af aldersgrupperne, mens den stiger for kvinderne med stigende alder.

TABEL 4.2.2

Personlig årlig bruttoindkomst, fordelt efter køn og aldersgruppe. 2016. Procent og antal personer.

	65-69 år	70-74 år	≥75 år	I alt
MÆND				
0-99.999 kr.	2,3	1,7	1,2	1,7
100.000-199.999 kr.	33,3	40,5	48,0	41,0
200.000-299.999 kr.	28,3	29,2	29,0	28,8
300.000-399.999 kr.	14,1	13,5	12,2	13,2
400.000-499.999 kr.	9,0	6,3	4,2	6,4
500.000+ kr.	12,9	8,8	5,5	8,9
<i>Antal personer</i>	<i>162.085</i>	<i>150.404</i>	<i>188.521</i>	<i>501.010</i>
Andel i befolkningen	14,8	13,7	17,2	45,8
KVINDER				
0-99.999 kr.	2,9	2,5	1,9	2,3
100.000-199.999 kr.	42,5	50,4	46,4	46,4
200.000-299.999 kr.	32,4	31,9	40,4	35,8
300.000-399.999 kr.	12,4	9,8	7,7	9,6
400.000-499.999 kr.	5,4	2,9	1,8	3,2
500.000+ kr.	4,3	2,5	1,7	2,7
<i>Antal personer</i>	<i>169.622</i>	<i>161.526</i>	<i>261.718</i>	<i>592.866</i>
Andel i befolkningen	15,5	14,8	23,9	54,2

Statistikbanken, Danmarks Statistik

4.3 Uddannelsesniveau

Uddannelsesniveau er opgjort på baggrund af Den Nationale Sundhedsprofil 2017. Andelen med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau stiger med stigende alder (tabel 4.3.1). Dette gælder både for mænd og kvinder. Derimod falder andelen med henholdsvis kort uddannelse og mellemlang/lang videregående uddannelse med stigende alder.

TABEL 4.3.1

Uddannelsesniveau fordelt efter køn og aldersgruppe. 2017. Procent og antal svarpersoner.

	65-74 år	75-84 år	≥85 år	I alt
MÆND				
Grundskole	15,7	21,6	26,3	18,1
Kort uddannelse	49,1	43,9	39,1	46,9
Mellemlang/lang uddannelse	27,6	23,7	21,7	26,0
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>15.368</i>	<i>6.801</i>	<i>1.252</i>	<i>23.421</i>
KVINDER				
Grundskole	19,9	31,8	44,4	26,0
Kort uddannelse	47,2	40,1	32,2	43,5
Mellemlang/lang uddannelse	25,9	19,2	14,4	22,7
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>15.887</i>	<i>6.784</i>	<i>1.744</i>	<i>24.415</i>

Den Nationale Sundhedsprofil 2017

4.4 Befolkningsfremskrivning 2018-2050

I tabel 4.4.1 præsenteres Danmarks Statistiks fremskrivning af befolkningsudviklingen fra 2018 til 2050 [1]. Det forventes, at der er 11,2 % flere borgere i 2050 i forhold til 2018. I 2018 var der 1.116.063 borgere på 65 eller derover (19,3% af befolkningen), mens det forventes, at dette antal er steget til 1.566.567 borgere i 2050 (24,4 % af befolkningen), svarende til en relativ stigning på 40,4 %. Andelen af 65-74-årige forventes ifølge befolkningsfremskrivningen at være nogenlunde konstant for mænd frem til 2040 (5,4-5,6 %), mens andelen falder til 4,7 % i 2050. Mønstrer i udviklingen er den samme for kvinder i denne aldersgruppe. Blandt begge køn forventes aldersgruppen 75-84 år at udgøre en stigende andel af befolkningen frem mod 2050, hvor gruppen udgør 4,6 % af mænd og 4,9 % af kvinder. Det er imidlertid blandt borgere på 85 år eller derover, at der forventes at være den største udvikling fra 2018 til 2050, hvor andelen af kvinder stiger fra 1,4 % til 3,0 %, og andelen af mænd stiger fra 0,7 % til 2,2 %.

TABEL 4.4.1

Befolkningsfremskrivning for den danske befolkning 2018-2050, fordelt efter køn og aldersgruppe.

	2018		2020		2030		2040		2050	
	ANTAL	%	ANTAL	%	ANTAL	%	ANTAL	%	ANTAL	%
MÆND										
0-14 år	492.621	8,5	494.143	8,5	532.532	8,7	558.339	8,9	539.580	8,4
15-24 år	377.218	6,5	373.121	6,4	351.549	5,8	366.040	5,8	398.243	6,2
25-44 år	729.947	12,6	739.263	12,6	789.482	12,9	786.385	12,5	783.552	12,2
45-64 år	764.224	13,2	769.982	13,2	725.943	11,9	697.121	11,1	749.502	11,7
65-74 år	314.353	5,4	312.872	5,4	329.051	5,4	353.129	5,6	301.117	4,7
75-84 år	156.815	2,7	176.744	3,0	234.808	3,8	264.450	4,2	295.115	4,6
≥85 år	41.295	0,7	44.040	0,8	77.462	1,3	109.989	1,7	141.217	2,2
I alt	2.876.473	49,8	2.910.165	49,8	3.040.827	49,8	3.135.453	49,8	3.208.326	49,9
KVINDER										
0-14 år	467.949	8,1	469.093	8,0	505.782	8,3	530.385	8,4	512.543	8,0
15-24 år	360.334	6,2	356.234	6,1	335.321	5,5	348.795	5,5	379.594	5,9
25-44 år	711.750	12,3	717.459	12,3	761.563	12,5	757.721	12,0	753.115	11,7
45-64 år	761.084	13,2	767.288	13,1	731.935	12,0	702.454	11,2	747.073	11,6
65-74 år	333.368	5,8	332.057	5,7	343.999	5,6	368.247	5,8	317.478	4,9
75-84 år	190.759	3,3	211.607	3,6	270.217	4,4	290.627	4,6	317.746	4,9
≥85 år	79.473	1,4	80.909	1,4	119.442	2,0	162.544	2,6	193.894	3,0
I alt	2.904.717	50,2	2.934.647	50,2	3.068.259	50,2	3.160.773	50,2	3.221.443	50,1
ALLE										
% i forhold til 2018	5.781.190	100	5.844.812	101,1	6.109.086	105,7	6.296.226	108,9	6.429.769	111,2

Statistikbanken, Danmarks Statistik

5

Helbred og trivsel

Dette kapitel indeholder en beskrivelse af, hvordan ældre selv oplever deres helbred, herunder oplevelsen af at være frisk nok til at gennemføre det, som man har lyst til. Kapitlet indeholder også beskrivelser af ældres funktionsniveau og deres fysiske og mentale helbred. Slutteligt i afsnittet præsenteres ældres selvoplevede stressniveau og deres tandsundhed. Hvor det er muligt, beskrives endvidere udviklingen over tid.

5.1 Selvvurderet helbred og frisk nok til at gennemføre det, som man har lyst til

Selvvurderet helbred er et udtryk for en persons samlede vurdering af sin egen helbredstilstand. Det er velkendt, at en persons vurdering af eget helbred er særdeles velegnet til at forudsige samme persons sygelighed og dødelighed [3, 4]. Jo dårligere en person vurderer sit eget helbred, jo større er risikoen i en efterfølgende periode for sygdom og for tidlig død [3, 4]. At føle sig frisk nok til at gennemføre det, som man har lyst til, kan vise betydningen af helbredet for aktiviteter i dagligdagen.

I 2017 vurderer mere end tre fjerdedele af ældrebefolkningen, at deres helbred er fremragende, vældig godt eller godt (tabel 5.1.1). Både blandt mænd (82,6 %) og blandt kvinder (80,6 %) er andelen størst i aldersgruppen 65-74 år, mens andelen er mindst i aldersgruppen 85 år eller derover (63,4 % og 57,4 %) blandt henholdsvis mænd og kvinder.

TABEL 5.1.1

Andel med fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred, fordelt efter aldersgruppe. 2017.

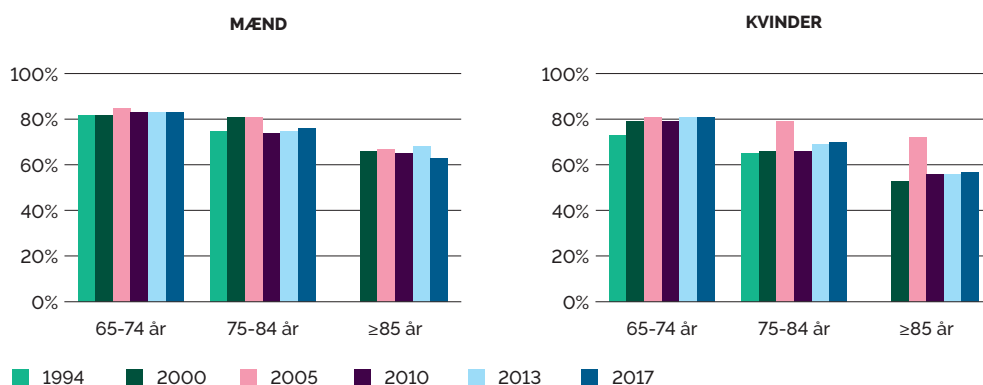
	65-74 år	75-84 år	≥85 år	I alt
MÆND				
Procent	82,6	76,4	63,4	79,3
Antal svarpersoner	16.307	7.479	1.500	25.286
KVINDER				
Procent	80,6	70,3	57,4	74,6
Antal svarpersoner	16.999	7.933	2.241	27.173

Den Nationale Sundhedsprofil 2017

Figur 5.1.1 viser udviklingen i andelen med fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred i perioden 1994 til 2017. Da der er relativt få svarpersoner i aldersgruppen 85 år eller derover i 1994 vises forekomsterne ikke i figuren. I alle år falder andelen med stigende alder. Dette ses for både mænd og kvinder. Overordnet set er der blandt mænd ikke sket store ændringer siden 1994 i andelen, der vurderer deres helbred som fremragende, vældig godt eller godt, inden for hver af de tre aldersgrupper. Blandt kvinder er der sket en lille stigning i andelen fra 1994 til 2017. For aldersgrupperne 75-84 år og 85 år eller derover er andelen blandt kvinder med fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred større i 2005 end i de øvrige år.

FIGUR 5.1.1

Andel med fremragende, vældigt godt eller godt selv vurderet helbred, fordelt efter aldersgruppe. 1994-2017.



Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 1994, 2000 og 2005 og Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017

I tabel 5.1.2 præsenteres andelen, der for det meste føler sig frisk nok til at gennemføre det, som man har lyst til. For både mænd og kvinder falder andelen markant med stigende alder.

TABEL 5.1.2

Andel, der for det meste føler sig frisk nok til at gennemføre det, som man har lyst til, fordelt efter aldersgruppe. 2017.

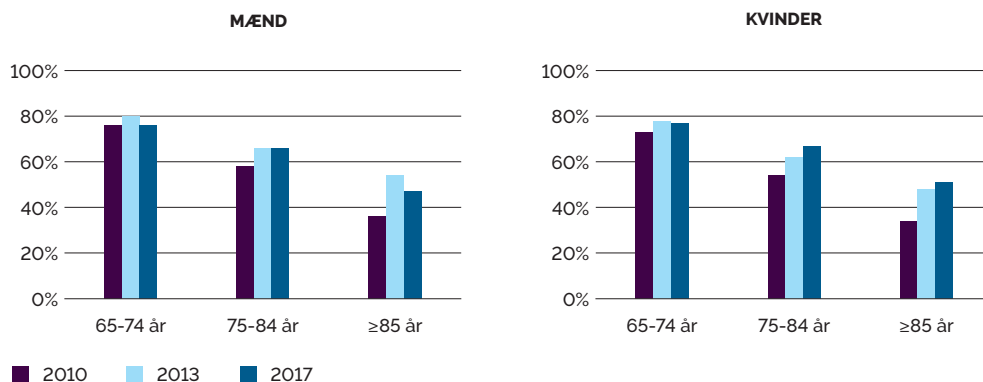
	65-74 år	75-84 år	≥85 år	I alt
MÆND				
Procent	75,7	66,1	46,5	70,9
Antal svarpersoner	1.120	524	108	1.752
KVINDER				
Procent	76,5	66,6	51,2	70,4
Antal svarpersoner	1.280	558	163	2.001

Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2017

Udviklingen i andelen blandt ældre, der føler sig frisk nok til at gøre, hvad man har lyst til, fra 2010 til 2017 vises i figur 5.1.2. Både blandt mænd og kvinder er der i aldersgruppen 65-74 år ikke store forskelle i andelen mellem årene. Blandt de 75-84-årige er der sket en stigning i andelen, der føler sig frisk nok til at gennemføre det, som man har lyst til, både blandt mænd og kvinder. I den ældste aldersgruppe er der sket en stor stigning i andelen, der føler sig frisk nok til at gennemføre det, som man har lyst til, fra 36,3 % til 46,5 % blandt mænd og fra 33,8 % til 51,2 % blandt kvinder i perioden 2010 til 2017.

FIGUR 5.1.2

Andel, der for det meste føler sig frisk nok til at gøre, hvad man har lyst til, fordelt efter aldersgruppe. 2010-2017.



Sundheds- og Sygelighedsundersøgelsen 2010, 2013 og 2017

5.2 Funktionsniveau

Funktionsniveau er målt ved et spørgsmål om, i hvilket omfang svarpersonen kan klare fem forskellige fysiske aktiviteter relateret til henholdsvis kommunikationsfærdigheder og mobilitet. Aktiviteterne er:

Kommunikationsfærdigheder:

- Læse en almindelig avistekst (eventuelt med briller, hvis det normalt bruges)
- Høre, hvad der bliver sagt under en normal samtale mellem 3 eller flere personer (evt. med høreapparat, hvis det normalt bruges)

Mobilitet:

- Gå 400 meter uden hvile
- Gå op eller ned ad en trappe fra en etage til en anden uden at hvile
- Bære 5 kg (f.eks. indkøbsposer)

Svarpersonenerne har angivet, i hvilket omfang de kan klare aktiviteterne uden besvær, med lidt besvær, med meget besvær eller slet ikke. I tabel 5.2.1 ses andelen, der uden besvær kan klare aktiviteterne opdelt på køn og alder. Andelen, der uden besvær kan gennemføre hver af de nævnte aktiviteter, falder med stigende alder for både mænd og kvinder. Der er en større andel, der uden besvær kan læse en almindelig avistekst uden problemer, i forhold til de andre aktiviteter, uanset alder og køn. Det største procentvise fald i funktionsniveau med alderen ses generelt for de tre indikatorer, der er relateret til mobilitet. Generelt ses det største fald fra aldersgruppen 75-84 år til aldersgruppen 85 år eller derover.

TABEL 5.2.1

Andel, der uden besvær kan gennemføre hver af de fem aktiviteter, fordelt efter aldersgruppe. 2017. Procent og antal svarpersoner.

	65-74 år	75-84 år	≥85 år	I alt
MÆND				
Læse avistekst	83,9	76,3	62,3	80,1
Høre en samtale mellem 3 eller flere personer	53,3	43,2	19,1	47,9
Gå 400 meter uden at hvile	76,7	64,4	36,8	70,3
Gå op eller ned ad en trappe	75,5	62,2	36,6	68,9
Bære 5 kg	80,3	70,4	46,7	75,1
<i>Min. antal svarpersoner</i>	<i>1.109</i>	<i>510</i>	<i>108</i>	<i>1.727</i>
KVINDER				
Læse avistekst	86,6	79,2	55,5	80,6
Høre en samtale mellem 3 eller flere personer	71,1	60,1	34,1	63,3
Gå 400 meter uden hvile	74,0	54,8	34,0	63,3
Gå op eller ned ad en trappe	69,2	51,4	25,3	58,4
Bære 5 kg	60,3	42,4	15,1	49,2
<i>Min. antal svarpersoner</i>	<i>1.267</i>	<i>547</i>	<i>154</i>	<i>1.968</i>

Sundheds- og Sygelighedsundersøgelsen 2017

I figurene herunder ses udviklingen i andelen, der kan gennemføre aktiviteterne, i perioden 2010 til 2017, opdelt på køn og alder. I hele perioden og blandt begge køn ses det, at andelen, der kan gennemføre aktiviteterne, falder med stigende alder. Der ses ikke et entydigt mønster i udviklingen i andelen, der kan gennemføre de forskellige aktiviteter uden besvær, på tværs af aldersgrupperne.

Andelen, der uden besvær kan læse en avisartikel (figur 5.2.2), falder blandt mænd mellem 2010 og 2017 i aldersgrupperne 65-74 år og 85 år eller derover og blandt kvinder i aldersgruppen 85 år eller derover. Der ses ingen nævneværdig udvikling blandt kvinder i aldersgrupperne 65-74 og 75-84 år, mens der ses en lille stigning i andelen blandt 75-84-årige mænd.

Andele af ældre, der uden besvær kan høre, hvad der bliver sagt under en normal samtale mellem 3 personer eller flere, er faldet i alle aldersgrupper og for begge køn (figur 5.2.3). Det største fald ses blandt mænd i aldersgruppen 85 år eller derover, hvor andelen i 2010 er 31,3 %, mens den i 2017 er 19,1 %.

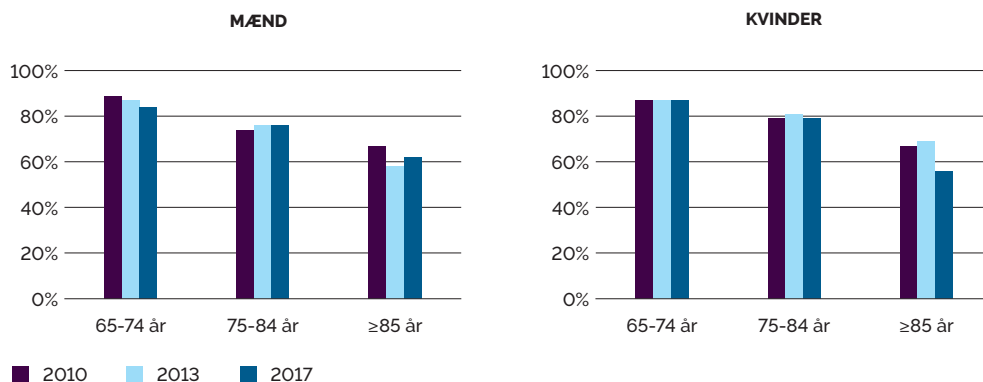
I figur 5.2.4 ses det, at andelen, der uden besvær kan gå 400 meter uden hvile, er steget blandt 75-84-årige mænd og blandt mænd og kvinder på 85 år eller derover. Derimod er andelen faldet blandt 65-74-årige mænd og blandt 65-74-årige kvinder samt blandt 75-84-årige kvinder.

Andelen, der uden besvær kan gå en etage op eller ned ad en trappe fra en etage til en anden uden hvile, er steget for de 75-84-årige mænd og kvinder og for mænd i aldersgruppen 85 år eller derover. For kvinder i aldersgruppen 85 år eller derover er der derimod sket et fald i andelen (figur 5.2.5).

Andelen, der uden besvær kan bære 5 kg, er faldet for kvinder i aldersgrupperne 65-74 år og 85 år eller derover (figur 5.2.6). For de 75-84-årige kvinder er der overordnet set sket en stigning i perioden. For mænd i aldersgruppen 65-74 år er der overordnet set sket et fald i perioden 2010 til 2017, mens der ses en stigning i perioden blandt mænd i aldersgrupperne 75-84 år og 85 år eller derover.

FIGUR 5.2.2

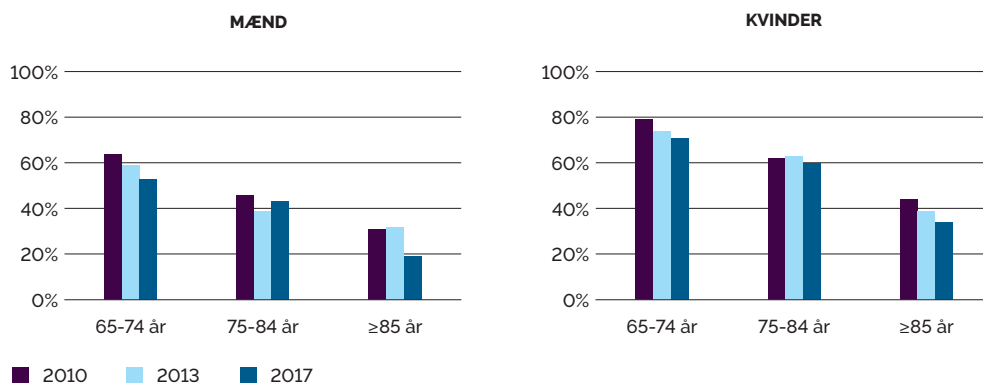
Andel, der uden besvær kan læse en almindelig avisartikel, fordelt efter aldersgruppe. 2010-2017.



Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2010, 2013 og 2017

FIGUR 5.2.3

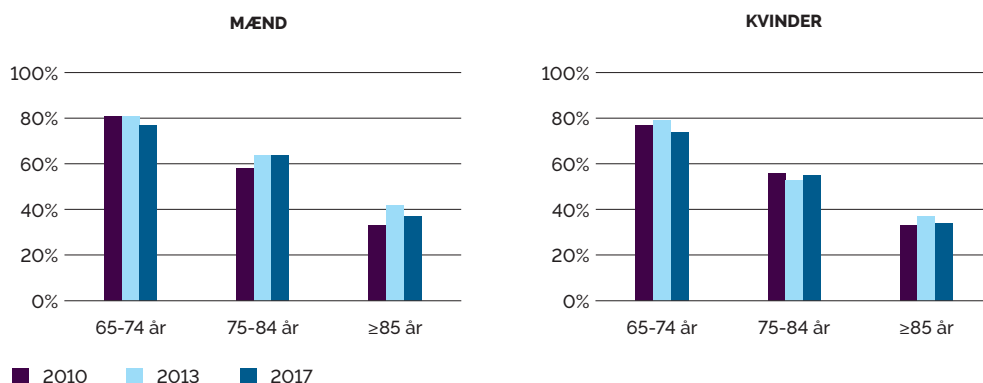
Andel, der uden besvær kan høre, hvad der bliver sagt under en normal samtale mellem 3 eller flere personer, fordelt efter aldersgruppe. 2010-2017.



Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2010, 2013 og 2017

FIGUR 5.2.4

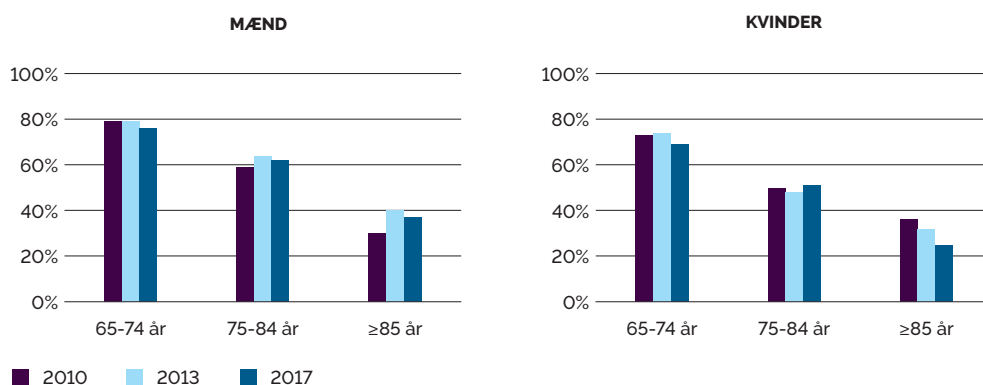
Andel, der uden besvær kan gå 400 meter uden hvile, fordelt efter aldersgruppe. 2010-2017.



Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2010, 2013 og 2017

FIGUR 5.2.5

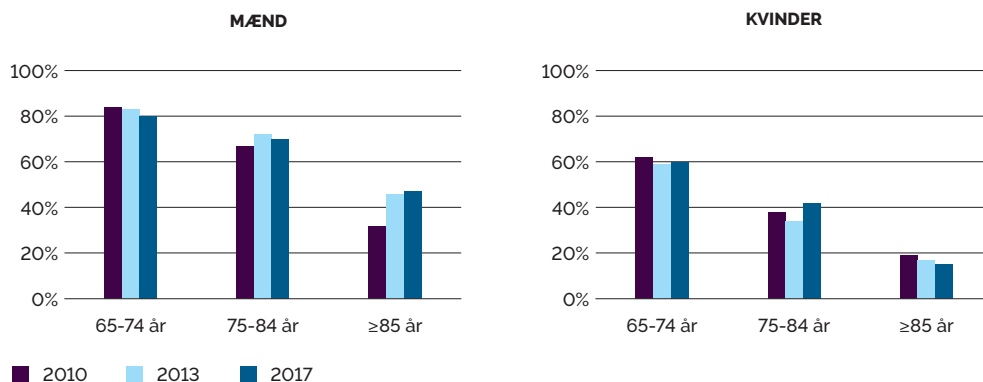
Andel, der uden besvær kan gå en etage op eller ned ad en trappe fra en etage til en anden uden hvile, fordelt efter aldersgruppe. 2010-2017.



Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2010, 2013 og 2017

FIGUR 5.2.6

Andel, der uden besvær kan bære 5 kg, fordelt efter aldersgruppe. 2010-2017.



Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2010, 2013 og 2017

5.3 Fysisk og mentalt helbred

Der findes flere forskellige spørgeskemaer, der kan anvendes til beskrivelse af en befolknings selvvaluerede fysiske og mentale helbredstilstand. I denne undersøgelse anvendes SF-12 spørgeskemaet. SF står for Short Form, og spørgeskemaet består af 12 spørgsmål, som belyser svarepersonernes helbredstilstand inden for de seneste fire uger i forhold til helbredsrelaterede begrænsninger i fysisk funktion, social funktion og mentalt velbefindende [5].

SF-12 er et generisk mål for helbredsstatus, hvilket betyder, at spørgsmålene ses som relevante for både syge og raske. Af denne grund er SF-12 velegnet at anvende i befolkningsundersøgelser til bestemmelse af den almene helbredstilstand i den generelle befolkning.

Ud fra besvarelserne på de 12 spørgsmål er det muligt at beregne en samlet score for to generelle helbreds-komponenter – henholdsvis en fysisk helbreds-komponent og en psykisk helbreds-komponent. For begge helbreds-komponenter gælder det, at jo højere score, desto bedre helbreds-status. Standardafgrænsningen af dårligt fysisk helbred er en score på 35,37 og for dårligt mentalt helbred 35,76 [6]. Hvis svarpersoner har en score under disse værdier, kategoriseres de som at have henholdsvis dårligt fysisk helbred og dårligt mentalt helbred.

Fysisk helbred

I tabel 5.3.1 præsenteres andelen blandt personer på 65 år eller derover, der har et dårligt fysisk helbred. Andelen, der har et dårligt fysisk helbred, er større blandt kvinder end blandt mænd i alle aldersgrupper. Det fremgår endvidere, at andelen stiger markant med stigende alder for både mænd og kvinder.

TABEL 5.3.1

Andel med dårligt fysisk helbred, fordelt efter aldersgruppe. 2017.

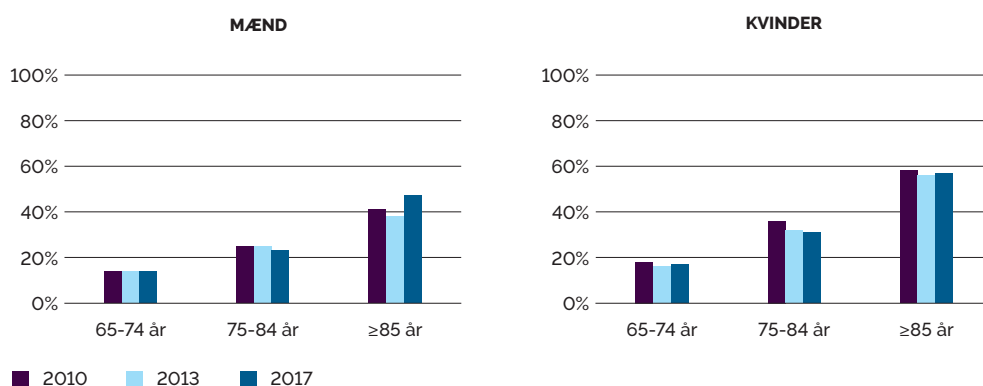
	65-74 år	75-84 år	≥85 år	I alt
MÆND				
Procent	14,2	23,1	47,1	18,8
Antal svarpersoner	14.644	6.197	1.097	21.938
KVINDER				
Procent	17,4	31,0	56,6	25,4
Antal svarpersoner	14.735	6.052	1.558	22.345

Den Nationale Sundhedsprofil 2017

Overordnet ses der ingen nævneværdig udvikling i andelen med dårligt fysisk helbred i perioden 2010 til 2017 (figur 5.3.1). Ser man på de enkelte aldersgrupper, er der blandt mænd sket en stigning i aldersgruppen 85 år eller derover, og blandt kvinder er der sket et fald i aldersgruppen 75-84 år.

FIGUR 5.3.1

Andel med dårligt fysisk helbred, fordelt efter aldersgruppe. 2010-2017.



Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017

Sammenhæng mellem fysisk helbred og at være uønsket alene

For at belyse sammenhængen mellem det fysiske helbred og ensomhed blandt ældre vises her andelen af ældre, der ofte føler sig uønsket alene, opdelt på fysisk helbred. At være uønsket alene kan være et udtryk for ensomhed, og når muligheden for at møde andre mennesker påvirkes af helbredet, kan der også være en sammenhæng mellem helbredet og at være uønsket alene. Tabel 5.3.1 viser, at der er en markant større andel, der ofte er uønsket alene, blandt ældre med dårligt fysisk helbred end blandt ældre uden dårligt fysisk helbred. Dette gælder både blandt mænd og blandt kvinder.

TABEL 5.3.1

Andel, der ofte er uønsket alene, blandt ældre med og uden dårligt fysisk helbred. 2017.

	Blandt ældre med dårligt fysisk helbred	Blandt ældre uden dårligt fysisk helbred
MÆND		
Procent	8,3	3,4
Antal svarpersoner	3.649	17.704
KVINDER		
Procent	11,0	3,6
Antal svarpersoner	4.821	16.893

Den Nationale Sundhedsprofil 2017

Mentalt helbred

Tabel 5.3.2 viser andelen af ældre på 65 år eller derover, der har dårligt mentalt helbred. Det fremgår, at andelen stiger med stigende alder for både mænd og kvinder. I alle aldersgrupper er andelen med dårligt mentalt helbred større blandt kvinder end blandt mænd.

TABEL 5.3.2

Andel med dårligt mentalt helbred, fordelt efter aldersgruppe. 2017.

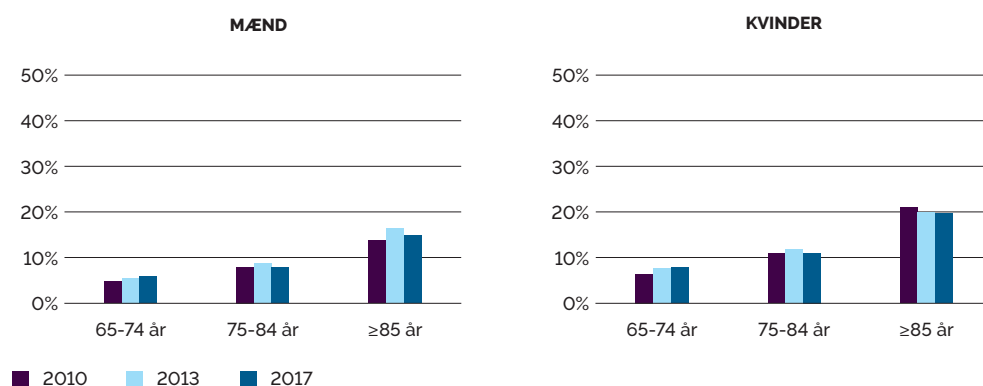
	65-74 år	75-84 år	≥85 år	I alt
MÆND				
Procent	5,9	7,8	14,9	7,0
Antal svarpersoner	14.644	6.197	1.097	21.938
KVINDER				
Procent	7,8	11,0	19,7	9,9
Antal svarpersoner	14.735	6.052	1.558	22.345

Den Nationale Sundhedsprofil 2017

Udviklingen i andelen, der har dårligt mentalt helbred, vises i figur 5.3.2. Overordnet ses der ingen nævneværdig udvikling i de tre aldersgrupper i perioden 2010 til 2017, hverken blandt mænd eller blandt kvinder.

FIGUR 5.3.2

Andel med dårligt mentalt helbred, fordelt efter aldersgruppe. 2010-2017.



Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017

Sammenhæng mellem mentalt helbred og at være uønsket alene

For at belyse sammenhængen mellem det mentale helbred og ensomhed blandt ældre, vises her andelen af ældre, der ofte føler sig uønsket alene. Blandt ældre, som har dårligt mentalt helbred, er der en markant større andel, som ofte er uønsket alene, end blandt personer uden dårligt mentalt helbred (tabel 5.3.3). Dette ses både blandt mænd og blandt kvinder.

TABEL 5.3.3

Andel, der ofte er uønsket alene, blandt ældre med og uden dårligt mentalt helbred. 2017.

	Blandt ældre med dårligt mentalt helbred	Blandt ældre uden dårligt mentalt helbred
MÆND		
Procent	17,8	3,5
Antal svarpersoner	1.296	20.057
KVINDER		
Procent	20,7	3,8
Antal svarpersoner	1.853	19.861

Den Nationale Sundhedsprofil 2017

5.4 Vanskeligt at se andre mennesker på grund af det fysiske helbred eller følelsesmæssige problemer

Et af spørgsmålene i SF-12 omhandler, hvor stor en del af tiden inden for de sidste 4 uger, ens fysiske helbred eller følelsesmæssige problemer har gjort det vanskeligt at se andre mennesker (f.eks. besøge venner, slægtninge osv.). Tabel 5.4.1 viser andelen, der hele tiden eller det meste af tiden har oplevet, at ens fysiske helbred eller følelsesmæssige problemer har gjort det vanskeligt at se andre mennesker. Det fremgår, at andelen er større blandt kvinder end blandt mænd i alle aldersgrupper, og andelen stiger med stigende alder.

TABEL 5.4.1

Andel, der inden for de sidste 4 uger hele tiden eller det meste af tiden har oplevet, at ens fysiske helbred eller følelsesmæssige problemer har gjort det vanskeligt at se andre mennesker, fordelt efter aldersgruppe. 2017.

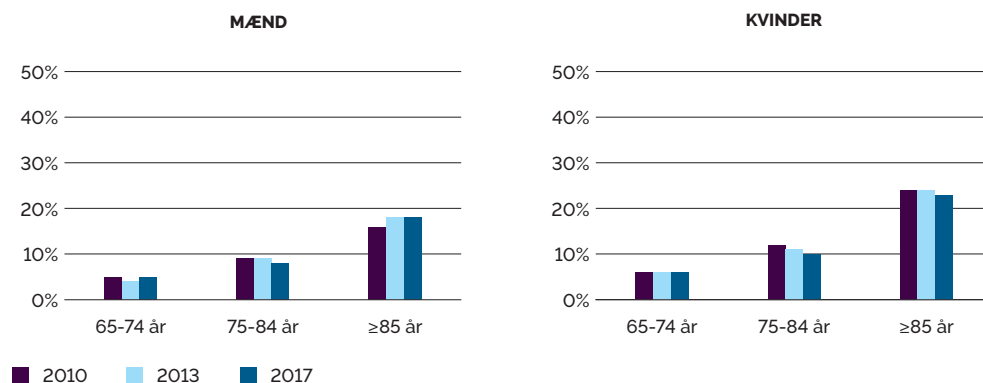
	65-74 år	75-84 år	≥85 år	I alt
MÆND				
Procent	4,9	7,7	17,5	6,6
Antal svarpersoner	16.171	7.403	1.459	25.033
KVINDER				
Procent	5,8	10,2	23,2	9,1
Antal svarpersoner	16.877	7.804	2.147	26.828

Den Nationale Sundhedsprofil 2017

Udviklingen i andelen, der hele tiden eller det meste af tiden har oplevet, at ens fysiske helbred eller følelsesmæssige problemer har gjort det vanskeligt at se andre mennesker, vises i figur 5.4.1. Overordnet ses der ingen nævneværdig udvikling i de tre aldersgrupper i perioden 2010 til 2017, hverken blandt mænd eller blandt kvinder.

FIGUR 5.4.1

Andel, der inden for de sidste 4 uger hele tiden eller det meste af tiden har oplevet, at ens fysiske helbred eller følelsesmæssige problemer har gjort det vanskeligt at se andre mennesker, fordelt efter aldersgruppe. 2010-2017.



Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017

5.5 Trist til mode

Et andet spørgsmål i SF-12 omhandler, hvor stor en del af tiden man i de sidste 4 uger har følt sig trist til mode. Andelen, der hele tiden eller det meste af tiden har følt sig trist til mode, fremgår af tabel 5.5.1. Andelen stiger med alderen, og er i alle aldersgrupper større blandt kvinder end blandt mænd.

TABEL 5.5.1

Andel, der i de sidste 4 uger hele tiden eller det meste af tiden har følt sig trist til mode, fordelt efter aldersgruppe. 2017.

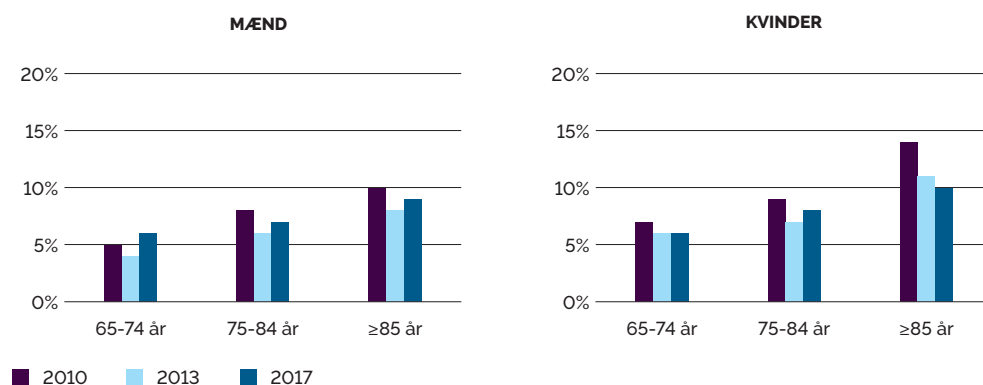
	65-74 år	75-84 år	≥85 år	I alt
MÆND				
Procent	5,8	6,5	9,0	6,3
Antal svarpersoner	15.989	7.221	1.398	24.608
KVINDER				
Procent	6,3	7,5	10,3	7,1
Antal svarpersoner	16.577	7.522	2.052	26.151

Den Nationale Sundhedsprofil 2017

Udviklingen i andelen, der hele tiden eller det meste af tiden har følt sig trist til mode, fremgår af figur 5.5.1. Blandt mænd i aldersgruppen 85 år eller derover ses et fald i andelen fra 2010 til 2013. I de øvrige køns- og aldersgrupper ses ingen nævneværdig ændring.

FIGUR 5.5.1

Andel, der i de sidste 4 uger hele tiden eller det meste af tiden har følt sig trist til mode, fordelt efter aldersgruppe. 2010-2017.



Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017

5.6 Højt stressniveau

Stress kan beskrives som en kortere- eller længerevarende tilstand karakteriseret ved anspændthed og ulyst, og stress kan påvirke både fysisk og mentalt helbred [7]. Oplevelsen af stress er subjektiv, og selvom stress ikke i sig selv defineres som en sygdom, er længerevarende stress en risikofaktor for forskellige tilstande og sygdomme [8]. Graden af stress og eventuelle helbredsmæssige følgevirkninger afhænger blandt andet af belastningens styrke og varighed samt af de personlige ressourcer. Længerevarende stress eller meget stærke belastninger kan medføre stressbetinget sygdom som for eksempel hjerte-kar-sygdom og depression [9, 10].

I denne rapport er stressniveauet målt ved Cohens Perceived Stress Scale, PSS, som er en valideret stressskala [11]. Skalaen består af 10 spørgsmål, der handler om, i hvilket omfang svarpersonen inden for de sidste fire uger har oplevet sit liv som uforudsigeligt, ukontrollerbart eller belastende, og om svarpersonen føler sig nervøs eller stresset [11]. Et højt stressniveau defineres som en score på 18 eller derover.

I tabel 5.6.1 præsenteres andelen, der er karakteriseret som at have et højt stressniveau opdelt på køn og alder. Det fremgår, at andelen er størst i aldersgruppen 85 år eller derover og mindst blandt de 65-74-årige, både blandt mænd og blandt kvinder.

TABEL 5.6.1

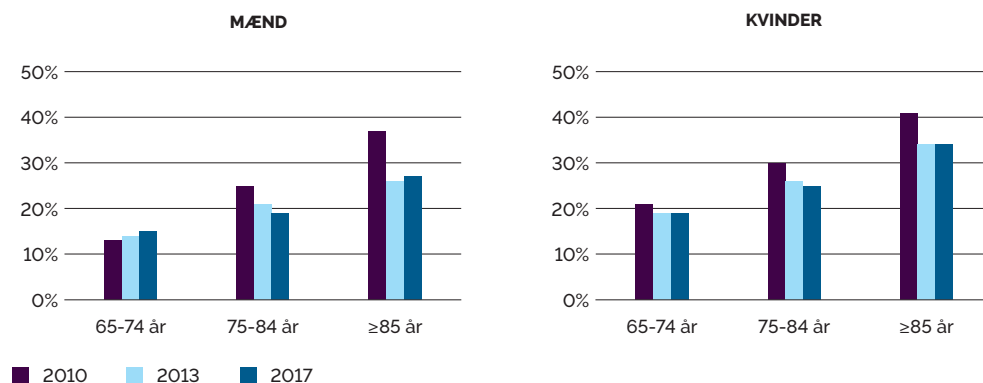
Andel med højt stressniveau, fordelt efter aldersgruppe. 2017.

	65-74 år	75-84 år	≥85 år	I alt
MÆND				
Procent	14,6	19,2	26,5	16,7
Antal svarpersoner	15.364	6.796	1.245	23.405
KVINDER				
Procent	19,3	24,9	33,9	22,5
Antal svarpersoner	15.725	6.743	1.739	24.207

Den Nationale Sundhedsprofil 2017

Udviklingen i perioden 2010 til 2017 i andelen med højt stressniveau fremgår af figur 5.6.1. I aldersgruppen 65-74 år ses der for hverken mænd eller kvinder nogen nævneværdig udvikling i perioden. For mænd og kvinder i aldersgrupperne 75-84 år og 85 år eller derover ses der derimod et fald i andelen med højt stressniveau. Faldet er primært sket mellem 2010 og 2013.

FIGUR 5.6.1
Andel med højt stressniveau, fordelt efter aldersgruppe. 2010-2017.



Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017

5.7 Tandsundhed

Tand- og mundsundhed er en integreret del af det generelle helbred og vigtigt for livskvaliteten, eksempelvis i forbindelse med fødeindtagelse, psykisk velbefindende samt menneskelig og social kontakt [12, 13]. Samtidig er det naturligt, at voksne i løbet af et liv får trukket én eller flere tænder ud, når eventuelle visdomstænder ikke tælles med [13, 14]. I tabel 5.7.1 ses andelen med 20 eller flere egne tænder tilbage opdelt på køn og alder. Det fremgår, at andelen falder markant med stigende alder for både mænd og kvinder.

TABEL 5.7.1
Andel med 20 eller flere egne tænder tilbage, fordelt efter aldersgruppe. 2017.

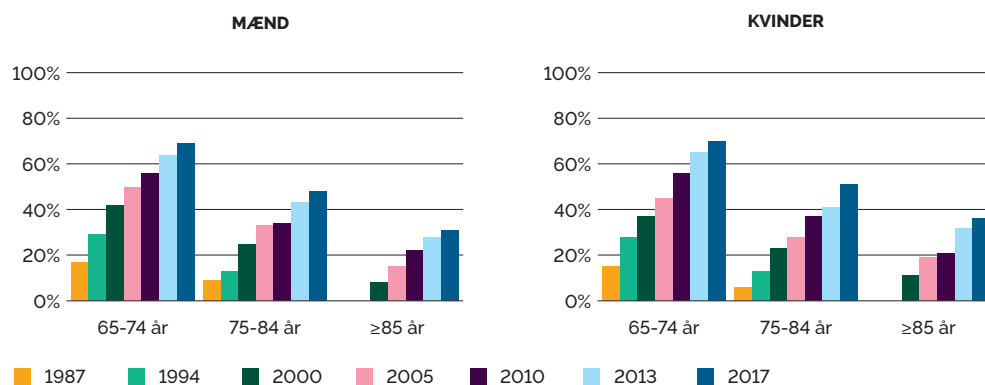
	65-74 år	75-84 år	≥85 år	I alt
MÆND				
Procent	68,7	48,0	31,4	59,9
Antal svarpersoner	1.102	512	104	1.718
KVINDER				
Procent	69,7	50,5	36,2	59,6
Antal svarpersoner	1.255	543	158	1.956

Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2017

Udviklingen i perioden 1987-2017 i andelen blandt ældre med 20 eller flere egne tænder tilbage ses i figur 5.7.1. Siden 1987 er andelen steget markant både blandt mænd og blandt kvinder. Der er således sket en klar forbedring af tandsundheden de sidste 30 år. I 1987 og 1994 er der relativt få svarpersoner blandt mænd og kvinder i aldersgruppen 85 år eller derover, og forekomsten vises derfor ikke.

FIGUR 5.7.1

Andel med 20 eller flere egne tænder tilbage, fordelt efter aldersgruppe. 1987-2017.



Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 1987, 1994, 2000, 2005, 2010, 2013 og 2017

6

Sundhedsadfærd

Sundhedsadfærd omfatter vaner og aktiviteter, der influerer på menneskets sundhed [15]. Der kan være tale om målrettede og bevidste handlinger, der udføres for at bevare eller forbedre sundheden eller for at undgå sygdom. Endvidere kan der være tale om vanemæssig adfærd, som udføres uden egentlige overvejelser om de sundheds- eller helbredsmæssige konsekvenser [16]. De forskellige former for sundhedsadfærd kan påvirke sundhed og helbred både positivt og negativt. Er der tale om en positiv virkning, anvendes begreber som forebyggende og sundhedsfremmende virkning [17]. Er der tale om negativ påvirkning, taler man om sundhedsadfærd som risikofaktorer [18].

I dette kapitel beskrives rygning, herunder andelen af dagligrygere og storrygere, alkoholforbrug, herunder andelen, der overskrider Sundhedsstyrelsen højriskogrænse, kost, herunder andelen med et sundt og usundt kostmønster, fysisk aktivitet, herunder andelen, der er stillesiddende, samt undervægt og overvægt.

6.1 Rygning

Rygning er den forebyggelige enkeltfaktor, der har størst betydning for folkesundheden i Danmark [14]. Således er rygning medvirkende årsag til knap 14.000 årlige dødsfald, svarende til hvert fjerde dødsfald [19]. Rygning øger risikoen for en lang række alvorlige sygdomme, særligt lungekræft, KOL og hjerte-kar-sygdom [20]. Uanset hvor meget man ryger, er rygning relateret til en øget risiko for sygdom. Storrygere, defineret som personer, der ryger 15 cigaretter eller flere om dagen, lever i gennemsnit 10-11 år kortere end personer, der aldrig har røget, mens rygere, der ryger færre end 15 cigaretter om dagen, lever næsten seks år kortere end personer, der aldrig har røget [6].

Andelen af dagligrygere og storrygere falder med stigende alder (tabel 6.1.1). Blandt mænd stiger antallet af tidligere rygere med stigende alder. Blandt kvinder stiger andelen, der aldrig har røget, med stigende alder.

TABEL 6.1.1

Andel med forskellig rygestatus, fordelt efter aldersgruppe. 2017. Procent og antal svarpersoner.

	65-74 år	75-84 år	≥85 år	I alt
MÆND				
Andel, der ryger dagligt	16,9	11,9	9,0	14,9
Andel, der er storrygere	7,3	3,2	0,7	5,6
Andel, der tidligere har røget	50,8	56,0	64,0	53,3
Andel, der aldrig har røget	30,2	30,4	25,6	29,9
<i>Min. antal svarpersoner</i>	<i>15.982</i>	<i>7.287</i>	<i>1.417</i>	<i>24.686</i>
KVINDER				
Andel, der ryger dagligt	13,6	10,3	6,5	11,8
Andel, der er storrygere	5,1	2,6	0,8	3,8
Andel, der tidligere har røget	38,8	38,2	39,1	38,6
Andel, der aldrig har røget	46,1	50,1	53,9	48,2
<i>Min. antal svarpersoner</i>	<i>16.672</i>	<i>7.535</i>	<i>2.051</i>	<i>26.258</i>

Den Nationale Sundhedsprofil 2017

I tabel 6.1.2 vises andelen af dagligrygere, der gerne vil holde op med at ryge. Andelen falder både blandt mænd og kvinder med stigende alder, og samlet set ønsker godt halvdelen af ældre at holde op med at ryge. Over halvdelen af dagligrygerne i aldersgruppen 65-74 år vil gerne holde op (58,5 % blandt mænd og 61,4 % blandt kvinder). Lidt over en fjerdedel af dagligrygerne på 85 år eller derover vil gerne holde op med at ryge (26,7 % blandt mænd og 38,0 % blandt kvinder).

TABEL 6.1.2

Andel dagligrygere, der gerne vil holde op med at ryge, fordelt efter aldersgruppe. 2017.

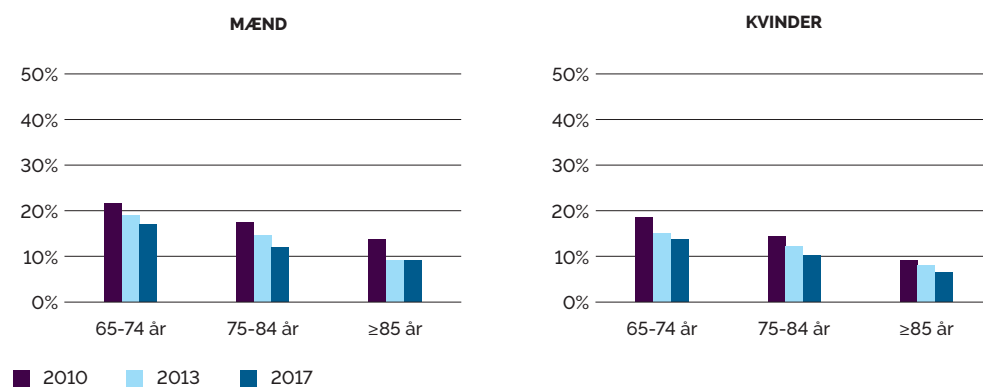
2017	65-74 år	75-84 år	≥85 år	I alt
MÆND				
Procent	58,5	37,4	26,7	52,1
Antal svarpersoner	2.440	791	110	3.341
KVINDER				
Procent	61,4	42,8	28,0	54,5
Antal svarpersoner	2.002	708	111	2.821

Den Nationale Sundhedsprofil 2017

I figur 6.1.1 ses, at andelen af dagligrygere er faldet i alle tre aldersgrupper og for begge køn fra 2010 til 2017. Andelen af dagligrygere falder både med stigende alder og over tid. I aldersgruppen 85 år eller derover er der blandt mændene ingen ændring i andelen af daglige rygere fra 2013 til 2017, hvor andelen ligger på 9 %.

FIGUR 6.1.1

Andel, der ryger dagligt, fordelt efter aldersgruppe. 2010-2017.



Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017

Andel af rygerne, der angiver, at de gerne vil holde op med at ryge, og som gerne vil have støtte og hjælp til at gennemføre det (f.eks. rygestopkursus, støtte fra egen læge) fremgår af tabel 6.1.3. Andelen er større blandt mænd end blandt kvinder i begge aldersgrupper og større i aldersgruppen 65-74 år end i aldersgruppen 75-84 år for både mænd og kvinder. Forekomsten vises ikke for mænd og kvinder i aldersgruppen 85 år eller derover på grund af for få svarpersoner.

TABEL 6.1.3

Andel rygere, der gerne vil holde op med at ryge, og som gerne vil have støtte og hjælp til at gennemføre det, fordelt efter aldersgruppe. 2017.

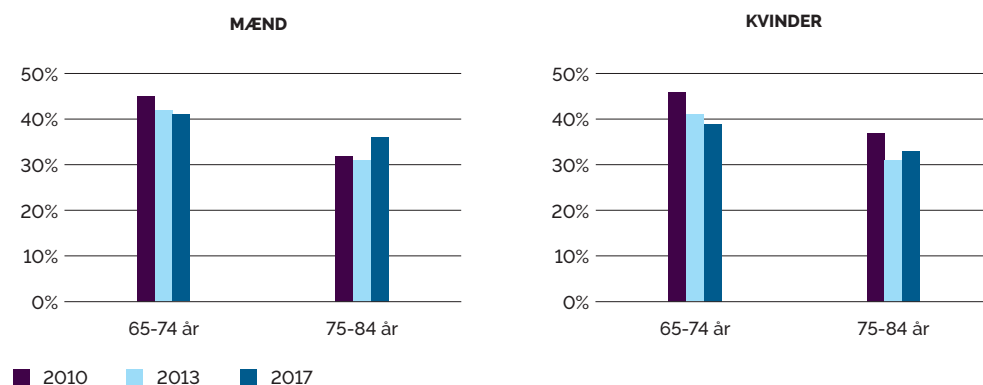
	65-74 år	75-84 år	≥85 år	i alt
MÆND				
Procent	41,0	35,6	-	39,5
Antal svarpersoner	1.570	331	-	1.932
KVINDER				
Procent	39,4	33,2	-	37,9
Antal svarpersoner	1.363	351	-	1.738

Den Nationale Sundhedsprofil 2017

I figur 6.1.2 ses udviklingen i andel rygere, der gerne vil holde op med at ryge, og som gerne vil have støtte og hjælp til at gennemføre det. I aldersgruppen 65-74 år ses der et fald i andelen fra 2010 til 2017 blandt både mænd og kvinder. I aldersgruppen 75-84 år ses en stigning i andelen blandt mænd og et fald i andelen blandt kvinder.

FIGUR 6.1.2

Andel rygere, der gerne vil holde op med at ryge og som gerne vil have støtte og hjælp til at gennemføre det, fordelt efter aldersgruppe. 2010-2017.



Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017

6.2 Alkohol

Alkohol har en meget stor betydning for folkesundheden i Danmark, og hvert år er der omkring 3.000 dødsfald herhjemme, der har alkohol som enten primær eller medvirkende årsag, hvilket svarer til 6 % af alle dødsfald [14].

Sundhedsstyrelsen påpeger i sine anbefalinger om alkohol, at ældre skal være særligt forsigtige med alkohol. Endvidere anbefales det af Sundhedsstyrelsen, at ingen drikker alkohol for deres sundheds skyld, og at intet alkoholforbrug er risikofrit. Sundhedsstyrelsen har defineret to genstandsgrænser for alkoholindtag, en såkaldt højrisikogrænse på henholdsvis 21 og 14 genstande per uge for mænd og kvinder og en såkaldt lavrisikogrænse på henholdsvis 14 og 7 genstande per uge for mænd og kvinder [21]. Et problematisk alkoholforbrug belyses i denne rapport ved hjælp af et screeningsinstrument for problematisk alkoholforbrug, CAGE-C, der består af 6 spørgsmål, hvor en særlig kombination af to bekræftende svar giver udslag som tegn på et problematisk alkoholforbrug [22]. At binge-drikke er defineret som, at man drikker 5 eller flere genstande ved samme lejlighed.

I tabel 6.2.1 præsenteres fordelingen af forskellige indikatorer for alkoholforbrug blandt ældre. Andelen af ældre på 65 år eller derover, der har drukket alkohol inden for de seneste 12 måneder, falder med stigende alder. Det gælder både blandt mænd og kvinder. Faldet er dog større blandt kvinderne, blandt hvem, der også er en mindre andel end blandt mænd, der drikker alkohol, overskrider høj- og lavrisikogrænsen og binge-drikker. Omkring en femtedel af de ældre overskrider lavrisikogrænsen (21,8 % blandt mænd og 19,6 % blandt kvinder), mens 10,6 % blandt mænd og 5,9 % blandt kvinder overskrider højrisikogrænsen. Andelen, der gerne vil nedsætte deres forbrug blandt personer, der overskrider højrisikogrænsen, er større blandt mænd end blandt kvinder og falder med stigende alder.

TABEL 6.2.1

Andel med forskellige indikatorer for alkoholforbrug fordelt efter aldersgruppe. 2017. Procent og antal svarpersoner.

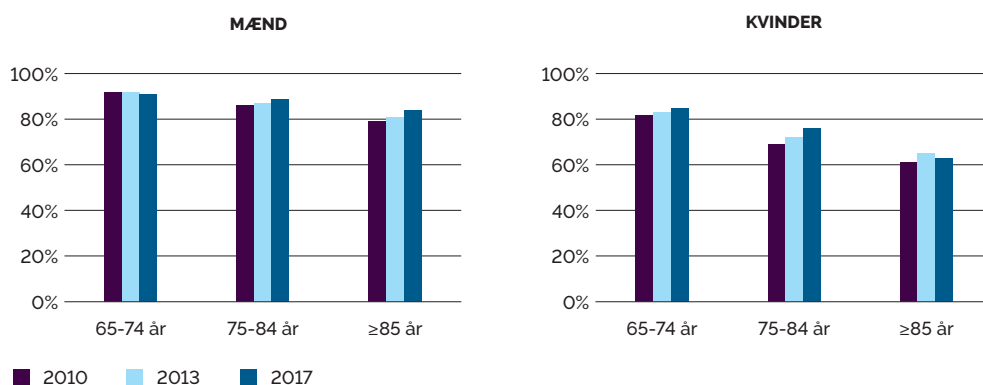
	65-74 år	75-84 år	≥85 år	I alt
MÆND				
Andel, der har drukket alkohol inden for de seneste 12 måneder	91,0	89,3	83,8	90,0
Andel, der overskrider højrisikogrænsen	11,9	9,0	6,5	10,6
Andel, der overskrider lavrisikogrænsen	23,5	19,6	15,0	21,8
Andel, der har tegn på problematisk alkoholforbrug	26,5	19,4	15,6	23,5
Andel, der gerne vil nedsætte deres forbrug (blandt personer, der overskrider højrisikogrænsen)	22,0	9,0	5,0	17,7
Andel, der binge-drikker månedligt eller oftere	23,9	13,3	4,6	19,3
<i>Min. antal svarpersoner</i>	<i>15.569</i>	<i>6.935</i>	<i>1.286</i>	<i>23.790</i>
KVINDER				
Andel, der har drukket alkohol inden for de seneste 12 måneder	84,5	75,5	62,7	79,2
Andel, der overskrider højrisikogrænsen	7,0	5,0	2,5	5,9
Andel, der overskrider lavrisikogrænsen	22,4	17,6	10,2	19,6
Andel, der har tegn på problematisk alkoholforbrug	10,3	6,7	4,2	8,5
Andel, der gerne vil nedsætte deres forbrug (blandt personer, der overskrider højrisikogrænsen)	14,9	6,9		12,0
Andel, der binge-drikker månedligt eller oftere	8,7	4,1	2,0	6,5
<i>Min. antal svarpersoner</i>	<i>16.107</i>	<i>7.023</i>	<i>1.885</i>	<i>25.015</i>

Den Nationale Sundhedsprofil 2017

Udviklingen i andelen, der har drukket alkohol inden for de seneste 12 måneder, præsenteres i figur 6.2.1. Der er siden 2010 sket en stigning i andelen blandt mænd i alderen 75-84-år og 85 år eller derover samt blandt kvinder i alderen 65-74 år og 75-84 år.

FIGUR 6.2.1

Andel, der har drukket alkohol inden for de seneste 12 måneder, fordelt efter aldersgruppe. 2010-2017.

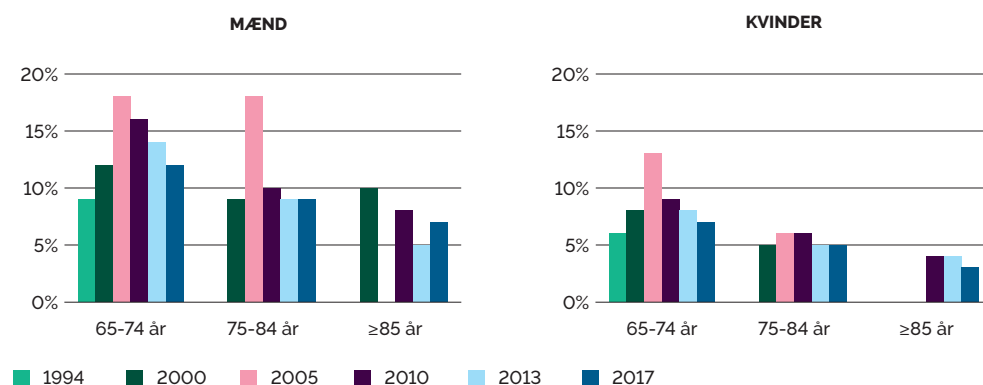


Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017

I figur 6.2.2 ses udviklingen i andelen, der overskrider højriskogrænsen i perioden 1994 til 2017. I enkelte år og aldersgrupper er der relativt få svarpersoner og forekomsten vises derfor ikke. Andelen, der overskrider højriskogrænsen, er frem til 2005 steget blandt mænd og blandt kvinder i aldersgruppen 65-74 år og blandt mænd i aldersgruppen 75-84 år, hvorefter der ses et fald i andelen. Blandt mænd i alderen 85 år eller derover ses et fald fra 1994 til 2017. Blandt kvinder i de to ældste aldersgrupper ses ingen nævneværdig ændring i perioden.

FIGUR 6.2.2

Andel, der overskrider højriskogrænsen i forbindelse med alkoholindtagelse, fordelt efter aldersgruppe. 1994-2017.



Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 1994, 2000 og 2005 og Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017

6.3 Kost

Kosten har stor betydning for sundhedstilstanden. Sunde kostvaner og måltidsvaner kan være med til at fremme og bevare godt helbred og forebygge sygdom [23].

Ældres kostvaner er vurderet på baggrund af en såkaldt kostscore som et samlet udtryk for kostens sundhed og kvalitet [24]. I kostscoren indgår fire kostelementer: frugt, fisk, fedt og grønt. Scoren går fra 0 til 8, og opnås en score på 6 eller derover, kategoriseres man til, at man har et sundt kostmønster. Opnår man derimod en score på under 3, kategoriseres kostmønsteret som et usundt kostmønster, mens en score mellem 3 til 5 er kategoriseret som et kostmønster med både sunde og usunde elementer [6].

Tabel 6.3.1 beskriver andelen med henholdsvis et sundt og et usundt kostmønster samt andelen med et usundt kostmønster, der ønsker at spise mere sundt. Andelen, der har et sundt kostmønster falder med stigende alder, mens andelen, der har et usundt kostmønster, stiger med stigende alder. Andelen af ældre, der har en usund kost, og som ønsker at ændre deres kost, falder med stigende alder for begge køn.

TABEL 6.3.1

Andel med henholdsvis usundt og sundt kostmønster samt andelen med usundt kostmønster, der gerne vil spise mere sundt, fordelt efter aldersgruppe. 2017. Procent og antal svarpersoner.

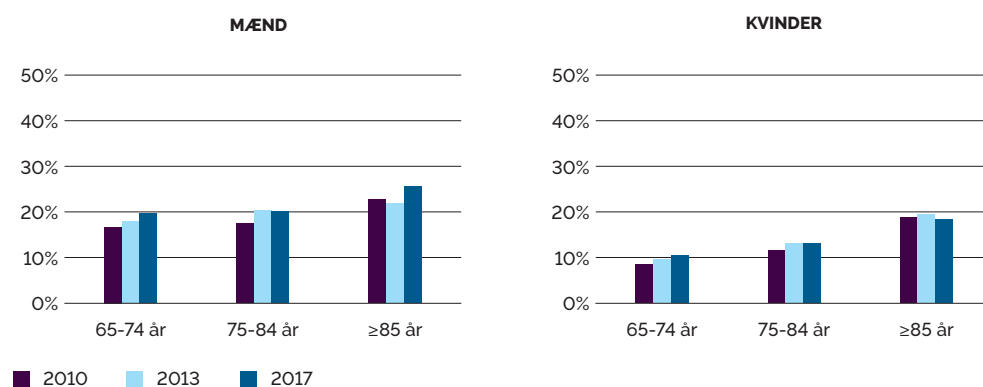
	65-74 år	75-84 år	≥85 år	I alt
MÆND				
Andel, der har et sundt kostmønster	15,2	14,5	11,7	14,7
Andel, der har et usundt kostmønster	19,6	20,0	25,5	20,1
Andel, der har et usundt kostmønster og gerne vil spise mere sundt	31,0	26,2	18,1	28,5
Min. antal svarpersoner	15.130	6.835	1.244	23.209
KVINDER				
Andel, der har et sundt kostmønster	25,3	19,8	13,5	22,4
Andel, der har et usundt kostmønster	10,4	13,1	18,3	12,0
Andel, der har et usundt kostmønster og gerne vil spise mere sundt	43,4	32,2	26,9	37,1
Min. antal svarpersoner	16.019	7.212	1.780	25.011

Den Nationale Sundhedsprofil 2017

I perioden 2010 til 2017 har der i alle aldersgrupper været en stigning i andelen med et usundt kostmønster blandt mænd, mens der ikke ses nogen nævneværdig ændring blandt kvinder (figur 6.3.1).

FIGUR 6.3.1

Andel med et usundt kostmønster, fordelt efter aldersgruppe. 2010-2017.



Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017

6.4 Fysisk aktivitet

Det er veldokumenteret, at fysisk aktivitet reducerer risikoen for mange sygdomme, eksempelvis hjerte-kar-sygdom, nogle former for kræft og tidlig død [14, 25]. Fysisk aktivitet er belyst ved et spørgsmål om fysisk aktivitet i fritiden. I tillæg til dette spørgsmål er svarpersonerne også blevet spurgt om, hvorvidt de gerne vil være mere fysisk aktive.

I alt angiver omkring en fjerdedel blandt mænd og kvinder på 65 år eller derover deres fysiske aktivitet i fritiden som stillesiddende (tabel 6.4.1). Blandt begge køn stiger andelen med stigende alder. Både blandt mænd og kvinder er andelen med stillesiddende fritid, som gerne vil være mere fysisk aktive, større i aldersgruppen 65-74 år end i de to øvrige aldersgrupper.

TABEL 6.4.1

Andel, der beskriver deres fysiske aktivitet i fritiden som stillesiddende, og andelen af disse, der gerne vil være mere fysisk aktive, fordelt efter aldersgruppe. 2017. Procent og antal svarpersoner.

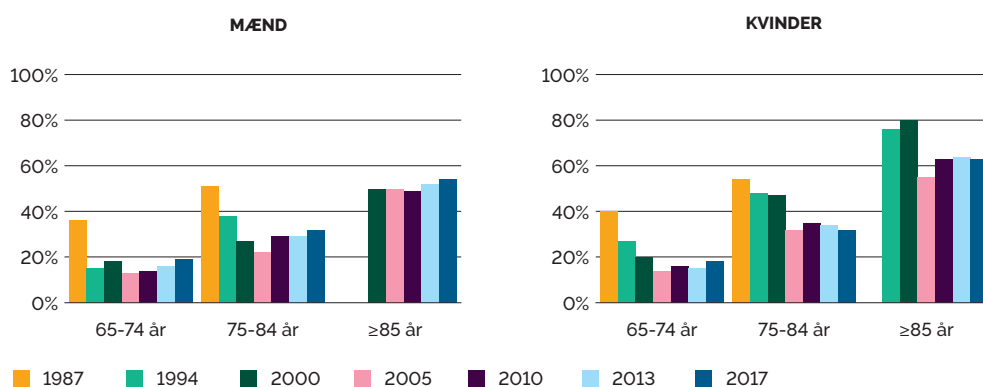
	65-74 år	75-84 år	≥85 år	I alt
MÆND				
Andel med fysisk aktivitet i fritiden beskrevet som stillesiddende	19,3	31,9	53,9	25,1
Andel fysisk aktivitet i fritiden beskrevet som stillesiddende, der gerne vil være mere fysisk aktiv	60,3	44,9	49,2	53,1
<i>Min. antal svarpersoner</i>	<i>1.082</i>	<i>488</i>	<i>95</i>	<i>1.665</i>
KVINDER				
Andel med fysisk aktivitet i fritiden beskrevet som stillesiddende	18,0	32,3	62,7	27,3
Andel fysisk aktivitet i fritiden beskrevet som stillesiddende, der gerne vil være mere fysisk aktiv	67,6	53,7	53,0	59,1
<i>Min. antal svarpersoner</i>	<i>1.231</i>	<i>497</i>	<i>137</i>	<i>1.865</i>

Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2017

Det fremgår af figur 6.4.1, at der i alle aldersgrupper i perioden 1987-2005 er sket et stort fald i andelen med stillesiddende fritidsaktivitet, både blandt mænd og kvinder. Eneste undtagelse fra dette billede ses for mænd på 85 år eller derover, hvor andelen i perioden har været nogenlunde stabil. Siden 2005 er andelen med stillesiddende fritidsaktivitet steget i alle aldersgrupper med undtagelse af kvinder i alderen 75-84 år, hvor andelen har været nogenlunde stabil efter 2005. I den ældste aldersgruppe er der relativt få svarpersoner blandt mænd og kvinder i 1987 og relativt få svarpersoner blandt mænd i 1994 og forekomsten vises derfor ikke.

FIGUR 6.4.1

Andel med stillesiddende fritidsaktivitet, fordelt efter aldersgruppe. 1987-2017.



Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 1987, 1994, 2000, 2005 og 2017 og Den Nationale Sundhedsprofil 2010 og 2013

6.5 Undervægt og overvægt

Det er velkendt, at overvægt er en risikofaktor for sygdomme som for eksempel type 2-diabetes og hjerte-kar-sygdomme samt tidlig død [26]. Studier har vist, at undervægt hos ældre kan føre til et svækket immunforsvar, længere hospitalsindlæggelser og tidligere død [27].

En persons Body Mass Index (BMI) bruges som et generelt mål for vægt, når vægten skal bruges som sundhedsmål [28]. BMI opdeles i følgende kategorier:

- Undervægt: $BMI < 18,5$
- Normalvægt: $18,5 \leq BMI < 25,0$
- Overvægt: $25,0 \leq BMI < 30,0$
- Svær overvægt: $BMI \geq 30,0$

Forholdet mellem dødelighed og BMI kan beskrives ved en j- eller u-formet kurve, hvor den laveste dødelighed findes i gruppen af normalvægtige [29]. Undersøges sammenhængen mellem dødelighed og BMI i forskellige aldersgrupper, viser der sig en beskyttende effekt af at være en smule overvægtig som ældre, mens undervægt og svær overvægt øger dødeligheden [29].

I tabel 6.5.1 ses forekomsten af de forskellige vægtgrupper blandt ældre kategoriseret efter ovenstående BMI-grænser. Det fremgår, at andelen af undervægtige overordnet set er lav både blandt mænd (0,6 %) og blandt kvinder (3,3 %) på 65 år eller derover, men markant størst blandt kvinder. Blandt begge køn stiger andelen med stigende alder, og blandt personer på 85 år eller derover er 1,4 % af mændene og 5,9 % af kvinderne undervægtige. Andelen af overvægtige og svært overvægtige falder med stigende alder, og det samme gør andelen blandt svært overvægtige, der gerne vil tabe sig.

TABEL 6.5.1

Andel kategoriseret i forskellige vægtgrupper baseret på BMI, fordelt efter aldersgruppe. 2017. Procent og antal svarpersoner.

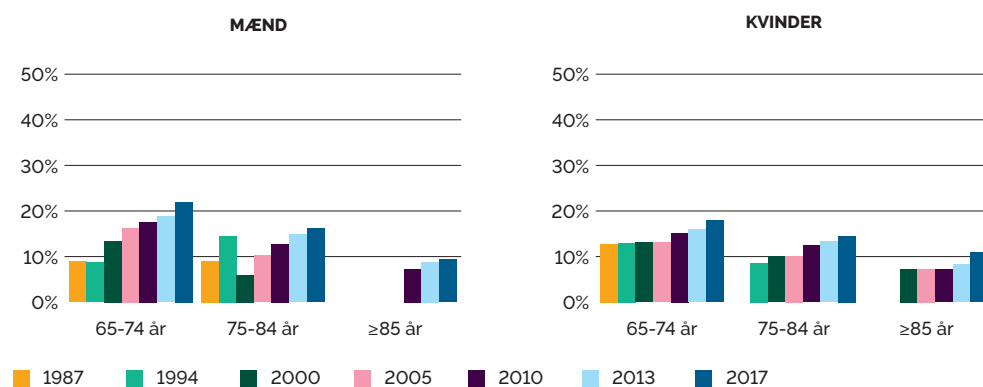
	65-74 år	75-84 år	≥85 år	I alt
MÆND				
Andel undervægtige	0,4	0,8	1,4	0,6
Andel normalvægtige	9,0	21,5	40,0	15,0
Andel overvægtige	68,6	61,5	49,2	65,1
Andel svært overvægtige	22,0	16,2	9,4	19,3
Andel blandt svært overvægtige, der gerne vil tabe sig	36,3	23,5	9,6	32,1
Min. antal svarpersoner	15.808	7.281	1.424	24.513
KVINDER				
Andel undervægtige	2,8	3,3	5,9	3,3
Andel normalvægtige	27,8	32,9	45,5	31,3
Andel overvægtige	51,5	49,3	37,7	49,3
Andel svært overvægtige	17,9	14,5	10,9	16,1
Andel blandt svært overvægtige, der gerne vil tabe sig	51,2	32,1	14,5	43,1
Min. antal svarpersoner	16.382	7.500	1.970	25.852

Den Nationale Sundhedsprofil 2017

Af figur 6.5.1 ses det, at andelen af svært overvægtige blandt ældre er steget i perioden 1987 til 2017. Særligt for gruppen på 85 år eller derover er der flere år, hvor der ikke er præsenteret data på grund af få svarpersoner. Alligevel ses det stigende mønster i alle aldersgrupper og blandt begge køn.

FIGUR 6.5.1

Andel svært overvægtige, fordelt efter aldersgruppe. 1987-2017.



Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 1987, 1994, 2000 og 2005 og Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017

7

Sociale relationer

Der er sammenhæng mellem en persons helbredstilstand og sociale relationer [30]. Flere undersøgelser har vist, at personer med stærke sociale relationer i mindre grad bliver syge. Og hvis de bliver syge, kommer de sig hurtigere efter deres sygdom. Det er også vist, at personer med stærke, sociale relationer har mindre risiko for at dø tidligt end personer med svage relationer [14, 30]. Socialt netværk handler både om kontakt til andre og oplevelsen af at kunne få hjælp, hvis man har behov for det.

Der præsenteres i dette kapitel flere mål for ældres sociale netværk, herunder andelen, der sjældent eller aldrig er i kontakt med andre, andelen, der er ufrivilligt alene, mangler nogen at tale med om problemer, og andelen, der ikke er sikker på at få hjælp af andre, hvis de har brug for det. Andelen, der sjældent eller aldrig deltager i foreningsliv og fritidsaktiviteter er også præsenteret. Kapitlet afsluttes med en analyse af sammenhængen mellem ofte at være uønsket alene og selv vurderet helbred.

7.1 Kontakt til andre

Kontakt til andre er her defineret som, at man eksempelvis er sammen med andre, taler i telefon med andre eller skriver til hinanden. I tabel 7.1.1 ses andelen, der sjældent eller aldrig har kontakt til henholdsvis familie, venner, naboer/beboere i lokalområdet eller personer, man mest kender fra internettet. Andelen blandt mænd, der sjældnere end én gang om måneden eller aldrig har kontakt til familie, falder med stigende alder, mens andelen blandt kvinder er stort set uændret på tværs af aldersgrupperne. I alle aldersgrupper er andelen dog størst blandt mænd. Ser man på kontakt til henholdsvis venner og naboer/beboere i lokalområdet, stiger andelen, der sjældent eller aldrig har kontakt, med stigende alder blandt begge køn – især ses en stigning mellem de to ældste aldersgrupper.

TABEL 7.1.1

Andel, der sjældent eller aldrig har kontakt til andre, fordelt efter aldersgruppe. 2017. Procent og antal svarpersoner.

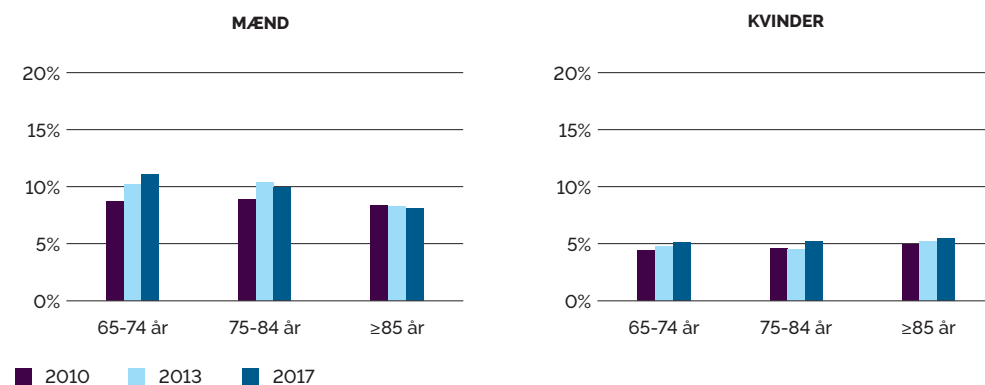
	65-74 år	75-84 år	≥85 år	I alt
MÆND				
Familie, man ikke bor sammen med	11,1	10,0	8,1	10,5
Venner	11,4	13,7	21,8	12,8
Naboer eller beboere i lokalområdet	19,9	20,3	26,3	20,4
<i>Min. antal svarpersoner</i>	<i>15.482</i>	<i>6.911</i>	<i>1.284</i>	<i>23.677</i>
KVINDER				
Familie, man ikke bor sammen med	5,1	5,2	5,5	5,2
Venner	8,0	10,0	20,6	9,9
Naboer eller beboere i lokalområdet	19,8	19,4	26,0	20,4
<i>Min. antal svarpersoner</i>	<i>15.935</i>	<i>6.894</i>	<i>1.731</i>	<i>24.560</i>

Den Nationale Sundhedsprofil 2017

I figur 7.1.1 vises udviklingen i andelen, der sjældent eller aldrig har kontakt til familie, de ikke bor sammen med. Det fremgår, at andelen stort set er uændret i de fleste aldersgrupper i perioden 2010 til 2017. Dog ses en lille stigning i andelen blandt mænd i alderen 65-74 år. Figur 7.1.2 viser udviklingen i andelen, der sjældent eller aldrig har kontakt til venner. I perioden 2010 til 2017 ses ingen nævneværdig ændring i andelen.

FIGUR 7.1.1

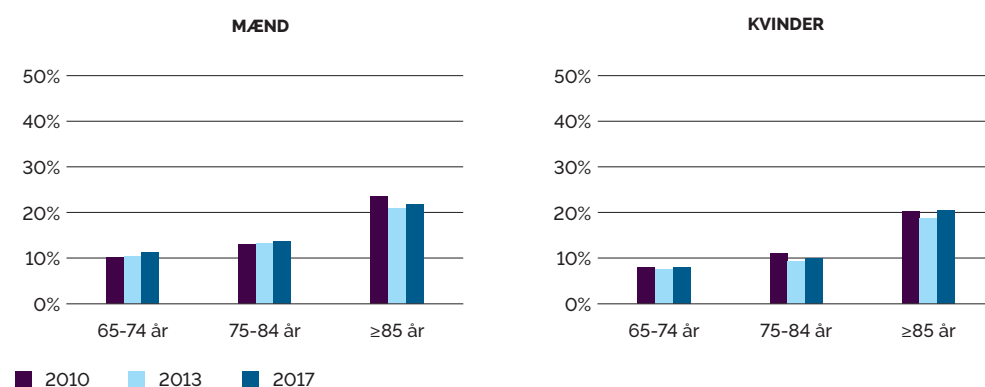
Andel, der sjældent eller aldrig har kontakt til familie, de ikke bor sammen med, fordelt efter aldersgruppe. 2010-2017.



Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017

FIGUR 7.1.2

Andel, der sjældent eller aldrig har kontakt til venner, fordelt efter aldersgruppe. 2010-2017.



Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017

7.2 Uønsket alene

At være alene er ikke nødvendigvis det samme som at være ensom. Men at opleve at være alene, når man helst ville være sammen med andre, kan medføre ensomhed. I tabel 7.2.1 præsenteres andelen af ældre på 65 år eller derover, der ofte er uønsket alene. Andelen, der er uønsket alene, stiger med stigende alder både blandt mænd og kvinder. Stigningen er størst mellem aldersgruppen 75-84 år og aldersgruppen 85 år eller derover.

TABEL 7.2.1

Andel, der ofte er uønsket alene, fordelt efter aldersgruppe. 2017.

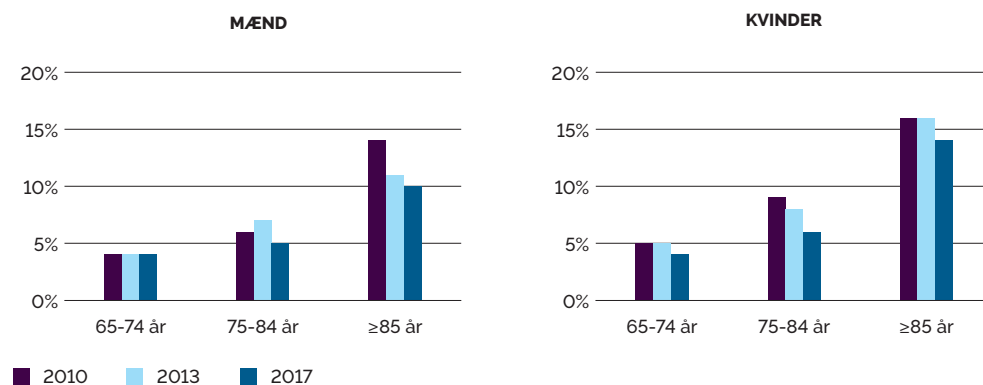
	65-74 år	75-84 år	≥85 år	I alt
MÆND				
Procent	4,1	4,8	9,9	4,7
Antal svarpersoner	15.823	7.282	1.419	24.524
KVINDER				
Procent	4,4	6,2	13,6	6,0
Antal svarpersoner	16.561	7.616	2.086	26.263

Den Nationale Sundhedsprofil 2017

Figur 7.2.1 viser udviklingen i andelen, der ofte er uønsket alene fra 2010 til 2017. Andelen, der ofte er uønsket alene, er faldet lidt blandt kvinder i alderen 65-74 år og blandt mænd og kvinder i alderen 85 år eller derover. I de øvrige køns- og aldersgrupper ses ingen nævneværdig udvikling i perioden.

FIGUR 7.2.1

Andel, der ofte er uønsket alene, fordelt efter aldersgruppe. 2010-2017.



Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017

7.3 Nogen at tale med ved problemer eller brug for støtte

Andelen af ældre på 65 år eller derover, der svarer, at de aldrig eller næsten aldrig har nogen at tale med, hvis de har problemer eller brug for støtte, vises i tabel 7.3.1. Det ses, at der ikke er nævneværdig forskel i andelen i de forskellige aldersgrupper, men i alle aldersgrupper er andelen større blandt mænd end blandt kvinder.

TABEL 7.3.1

Andel, der aldrig eller næsten aldrig har nogen at tale med ved problemer eller brug for støtte, fordelt efter aldersgruppe. 2017.

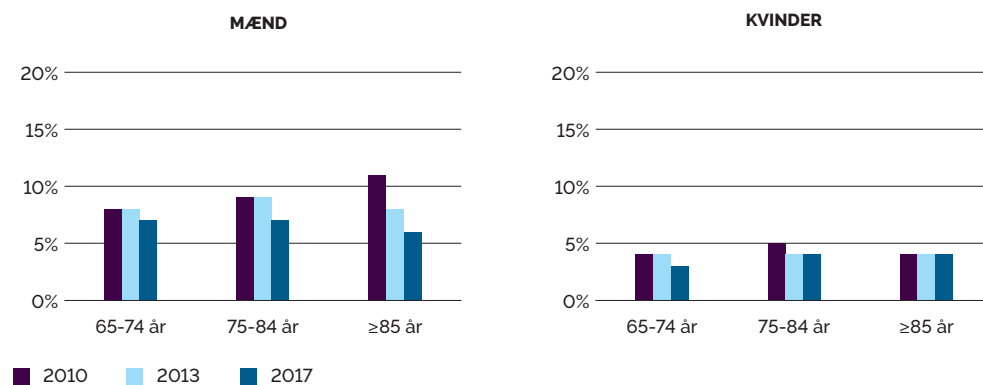
	65-74 år	75-84 år	≥85 år	I alt
MÆND				
Procent	6,6	6,8	5,9	6,6
Antal svarpersoner	15.834	7.293	1.436	24.563
KVINDER				
Procent	3,3	3,7	3,9	3,5
Antal svarpersoner	16.576	7.651	2.109	26.336

Data fra Den Nationale Sundhedsprofil 2017

Mellem 2010 og 2017 er andelen, der aldrig eller næsten aldrig har nogen at tale med ved problemer og ved brug for støtte, faldet. Det gælder i stort set alle aldersgrupper, men faldet ses tydeligst blandt mænd i den ældste aldersgruppe.

FIGUR 7.3.1

Andel, der aldrig eller næsten aldrig har nogen at tale med ved problemer eller brug for støtte, fordelt efter aldersgruppe. 2010-2017.



Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017

7.4 Hjælp til praktiske problemer ved sygdom

Usikkerhed om, hvorvidt man kan få hjælp til at løse praktiske problemer fra andre, hvis man bliver syg, kan medføre bekymringer. For at belyse dette er svarpersonerne blevet spurgt, om de, hvis de bliver syge og har brug for hjælp til praktiske problemer, kan regne med at få hjælp fra personer, de ikke bor sammen med.

I tabel 7.4.1 vises andelen af ældre på 65 år eller derover, der svarer, at de ikke kan regne med at få hjælp fra andre til praktiske problemer, hvis de bliver syge. Andelen, der ikke kan regne med at få praktisk hjælp fra andre, er stort set den samme for mænd i aldersgruppen 65-74 år og 75-84 år. For kvinder ses den mindste andel i aldersgruppen 75-84 år (2,5 %), mens andelen er størst blandt de, der er 85 år eller derover (6,0 %). Blandt mænd i aldersgruppen 85 år eller derover er antallet af svarpersoner for lavt til at forekomsten kan vises.

TABEL 7.4.1

Andel, der ikke kan regne med at få hjælp fra andre til praktiske problemer ved sygdom, fordelt efter aldersgruppe. 2017.

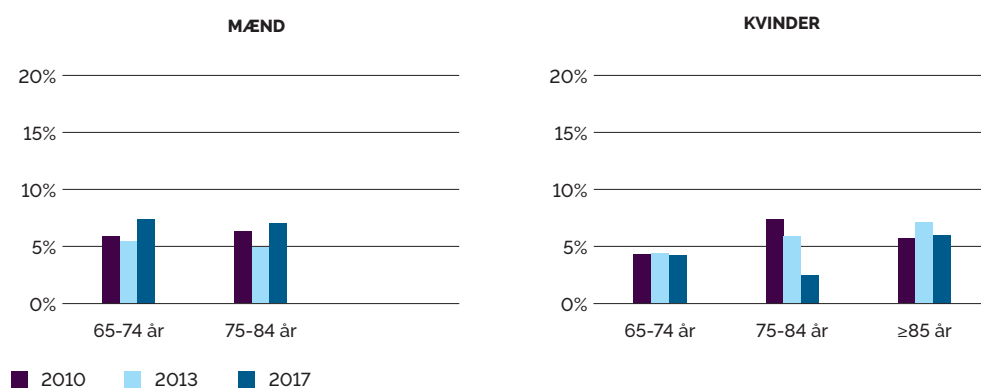
	65-74 år	75-84 år	≥85 år	I alt
MÆND				
Procent	7,4	7,0	-	7,0
Antal svarpersoner	1.093	510	104	1.707
KVINDER				
Procent	4,2	2,5	6,0	3,9
Antal svarpersoner	1.260	537	160	1.957

Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2017

I perioden 2010 til 2017 har der ikke været væsentlige ændringer i andelen, der rapporterer, at de ikke kan regne med hjælp fra andre i tilfælde af sygdom (figur 7.4.1). Dette er dog undtaget kvinder i aldersgruppen 75-84 år, hvor der har været et fald i hele perioden siden 2010 (fra 7,4 % i 2010 til 2,5 % i 2017). Blandt mænd i aldersgruppen 85 år eller derover er antallet af svarpersoner for lavt til at forekomsten kan vises.

FIGUR 7.4.1

Andel, der ikke kan regne med at få hjælp fra andre til praktiske problemer ved sygdom, fordelt efter aldersgruppe. 2010-2017.



Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2010, 2013 og 2017

7.5 Deltagelse i foreningsliv og fritidsaktiviteter

Der findes mange forskellige fritids- og foreningstilbud henvendt til ældre. Deltagelse kan imidlertid være påvirket af faktorer som tilgængelighed og fysisk helbred. Deltagelse i foreningsliv og fritidsaktiviteter bidrager til en persons sociale netværk. I tabel 7.5.1 præsenteres andelen af ældre på 65 år eller derover, der sjældnere end månedligt eller aldrig deltager i foreningsliv eller fritidsaktiviteter. Det fremgår af tabellen, at der både blandt mænd og kvinder ikke er nogle udtalte forskelle i andelen mellem aldersgrupperne 65-74 år og 75-84 år. Derimod ses en større andel i den ældste aldersgruppe. Det er ikke muligt at vise udviklingen, da sammenligneligheden over tid er usikker.

TABEL 7.5.1

Andel, der sjældnere end månedligt eller aldrig deltager i foreningsliv eller fritidsaktiviteter, fordelt efter aldersgruppe. 2017.

	65-74 år	75-84 år	≥85 år	I alt
MÆND				
Procent	41,1	40,6	59,4	42,1
Antal svarpersoner	1.098	512	104	1.714
KVINDER				
Procent	32,7	33,4	39,8	33,8
Antal svarpersoner	1.261	537	158	1.956

Sundheds og Sygelighedsundersøgelsen 2017

7.6 Sammenhæng mellem selvvurderet helbred og sociale relationer

Lysten og muligheden for at deltage i sociale aktiviteter og mødes med andre mennesker påvirkes af helbredet. Samtidig påvirkes helbredet af sociale relationer. Her vises sammenhængen mellem at være uønsket alene, som et mål for ensomhed, og selvvurderet helbred som er svarpersonens samlede vurdering af ens helbred. Det er ikke muligt at sige noget om årsagsretning på sammenhængen. Sammenhængen mellem at være uønsket alene og selvvurderet helbred fremgår af tabel 7.6.1, som viser, at der er en markant større andel med fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred blandt ældre, der sjældent er uønsket alene, end blandt ældre, der ofte er uønsket alene.

TABEL 7.6.1

Andel med fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred, der henholdsvis ofte og sjældent er uønsket alene. 2017.

	Blandt ældre der ofte er uønsket alene	Blandt ældre der sjældent er uønsket alene
MÆND		
Procent	57,1	82,0
Antal svarpersoner	907	23.370
KVINDER		
Procent	49,1	79,3
Antal svarpersoner	1.280	24.694

Den Nationale Sundhedsprofil 2017



Sygelighed

Sygeligheden beskrives på flere måder i denne undersøgelse af ældres sundhedstilstand. Kroniske sygdomme kan medføre tab af livskvalitet, men kan også medføre store samfundsmæssige omkostninger [20]. Samtidig er der mange mennesker med kronisk eller langvarig sygdom, der har en udmærket livskvalitet og funktionsevne i hverdagen.

I Den Nationale Sundhedsprofil 2017 er der præsenteret en liste med 18 specifikke sygdomme og helbredsproblemer, og svarpersonerne er blevet spurgt, om de aktuelt har eller tidligere har haft sygdommen (og stadig har eftervirkninger heraf). Udover en beskrivelse af forekomsten af specifikke sygdomme og helbredsproblemer blandt ældre, omfatter dette kapitel en opgørelse over andelen blandt ældre, der er multisyge. At være multisyg defineres i denne rapport som at have mere end én af de angivne sygdomme. Endvidere er svarpersonerne blevet spurgt om, hvorvidt de har en langvarig sygdom, langvarig eftervirkning af skade, handicap eller anden langvarig lidelse. Yderligere er også forekomsten af smerter og ubehag beskrevet i kapitlet.

8.1 Forekomst af specifikke sygdomme og helbredsproblemer

Forekomsten af specifikke sygdomme er baseret på selvrapporterede oplysninger. Svarpersonerne er blevet bedt om at angive, om de på nuværende tidspunkt har eller tidligere har haft 18 specifikke sygdomme og helbredsproblemer. De 18 sygdomme og helbredsproblemer bidrager hver især til sygdomsbyrden i befolkningen, enten fordi de forårsager mange dødsfald, eller fordi de fører til nedsat livskvalitet og funktionsevne i store grupper af befolkningen.

I tabel 8.1.1 præsenteres andelen blandt mænd og kvinder, der har hver af de 18 specifikke sygdomme og helbredsproblemer i forskellige aldersgrupper. For sygdommene blodprop i hjertet, hjertekrampe, hjerneblødning/blodprop i hjernen, slidgigt, leddegigt, knogleskørhed, kræft, og grå stær stiger andelen med stigende alder for begge køn. For både mænd og kvinder er andelen med diabetes mindre i den yngste aldersgruppe sammenlignet med de to øvrige aldersgrupper, hvor andelen ikke er nævneværdig forskellig. Blandt kvinder ses endvidere en stigning i andelen med forhøjet blodtryk og diskusprolaps og for mænd en stigning i andelen med astma med stigende alder. For sygdommene allergi, migræne, blandt både mænd og kvinder, og tinnitus blandt mænd, ses en faldende andel med stigende alder.

TABEL 8.1.1

Andel med specifikke sygdomme og helbredsproblemer, fordelt efter aldersgruppe. 2017. Procent og antal svarpersoner.

	65-74 år	75-84 år	≥85 år	I alt
MÆND				
Astma	5,9	6,8	8,0	6,3
Allergi	11,8	9,3	7,1	10,8
Diabetes	14,2	16,3	16,5	15,0
Forhøjet blodtryk	41,6	47,3	46,9	43,7
Blodprop i hjertet	3,8	5,1	6,3	4,3
Hjertekrampe (angina pectoris)	3,4	5,0	8,2	4,2
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	3,7	5,7	7,9	4,6
Kronisk bronkitis, KOL, store lunger, rygerlunger	9,3	13,2	15,3	10,9
Slidgigt	33,5	38,4	42,8	35,6
Leddegigt	12,7	13,5	15,5	13,1
Knogleskørhed	2,6	4,7	7,4	3,5
Kræft	7,8	10,4	12,0	8,8
Migræne eller hyppig hovedpine	6,8	5,2	4,9	6,2
Psykisk lidelse (<6 måneders varighed)	2,9	2,3	2,9	2,7
Psykisk lidelse (>6 måneders varighed)	3,7	2,8	3,9	3,5
Diskusprolaps eller andre rygssygdomme	17,0	17,2	17,7	17,1
Grå stær	8,7	17,9	27,7	12,6
Tinnitus	27,1	22,4	19,1	25,2
<i>Min. antal svarpersoner</i>	<i>15.320</i>	<i>6.778</i>	<i>1.254</i>	<i>23.352</i>
KVINDER				
Astma	8,2	9,4	8,3	8,6
Allergi	18,3	15,6	14,1	17,1
Diabetes	9,5	13,0	12,5	10,9
Forhøjet blodtryk	40,5	52,2	58,8	46,0
Blodprop i hjertet	1,4	2,6	5,5	2,2
Hjertekrampe (angina pectoris)	2,9	4,9	7,7	4,0
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	2,5	5,0	8,6	3,9
Kronisk bronkitis, KOL, store lunger, rygerlunger	9,2	12,2	11,9	10,4
Slidgigt	48,2	57,7	62,0	52,6
Leddegigt	10,6	14,3	17,6	12,4
Knogleskørhed	14,5	21,4	30,6	18,3
Kræft	6,7	7,8	8,6	7,3
Migræne eller hyppig hovedpine	11,3	8,2	7,4	9,9
Psykisk lidelse (<6 måneders varighed)	4,0	3,7	4,9	4,0
Psykisk lidelse (>6 måneders varighed)	5,6	5,1	6,5	5,6
Diskusprolaps eller andre rygssygdomme	17,3	20,3	22,1	18,7
Grå stær	13,0	24,5	32,1	18,4
Tinnitus	14,5	14,8	14,8	14,6
<i>Min. antal svarpersoner</i>	<i>15.557</i>	<i>6.729</i>	<i>1.726</i>	<i>24.012</i>

Den Nationale Sundhedsprofil 2017

I figurerne herunder ses udviklingen fra 2010 til 2017 for udvalgte sygdomme, der kan have stor betydning for den ældres fysiske funktion og livsførelse. Udviklingen beskrives for andelen, der har henholdsvis hjertekrampe (angina pectoris), kronisk bronkitis, for store lunger eller rygerlunger (emfysem, KOL), knogleskørhed, slidgigt og diskusprolaps eller andre rygsygdomme.

Der er ikke været nogen nævneværdig udvikling i andelen blandt mænd og kvinder blandt ældre, der har hjertekramper fra 2010 til 2017 (figur 8.1.1).

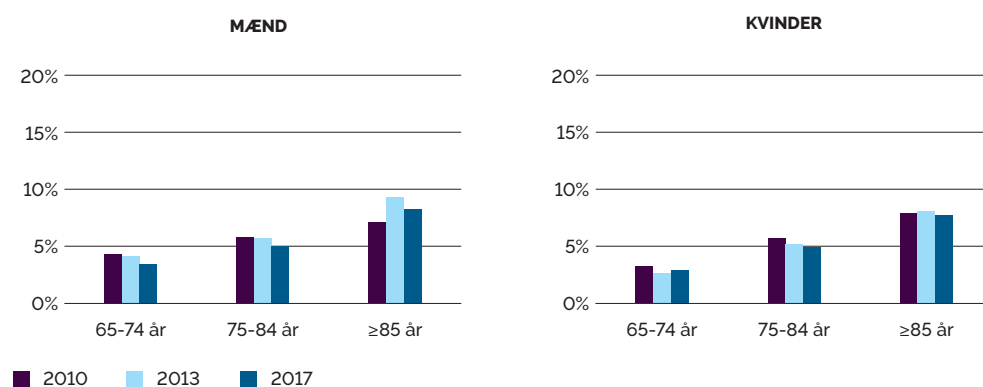
Andelen, der har kronisk bronkitis, for store lunger eller rygerlunger (emfysem, KOL), har ikke udviklet sig for aldersgruppen 65-74 år, men er faldet for aldersgruppen 75-84 år (figur 8.1.2). Dette gælder både blandt mænd og blandt kvinder. Blandt kvinder på 85 år eller derover har der været en stigning siden 2010.

Udviklingen i andelen blandt kvinder, der har knogleskørhed, tegner ikke et klart mønster i perioden 2010 til 2017 (figur 8.1.3). Der har blandt mænd i alle tre aldersgrupper været en stigning i andelen med knogleskørhed i perioden. Særligt i den ældste aldersgruppe (85 år eller derover) er andelen steget (fra 5,0 % til 7,4 %).

Der ses ingen nævneværdig udvikling i andelen med diskusprolaps eller andre ryg-sygdomme, hverken blandt mænd eller blandt kvinder (figur 8.1.4). Der har heller ikke været nogen nævneværdig udvikling i andelen med slidgigt fra 2010 til 2017, hverken blandt mænd eller blandt kvinder (figur 8.1.5). Dog skal det bemærkes, at en væsentligt større andel blandt ældrebefolkningen i alle år har slidgigt end de øvrige sygdomme præsenteret her.

FIGUR 8.1.1

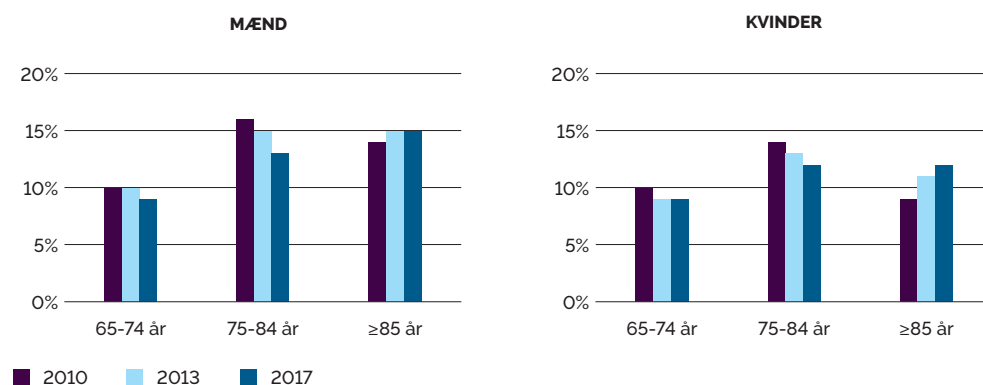
Andel med hjertekramper (angina pectoris), fordelt efter aldersgruppe. 2010-2017.



Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017

FIGUR 8.1.2

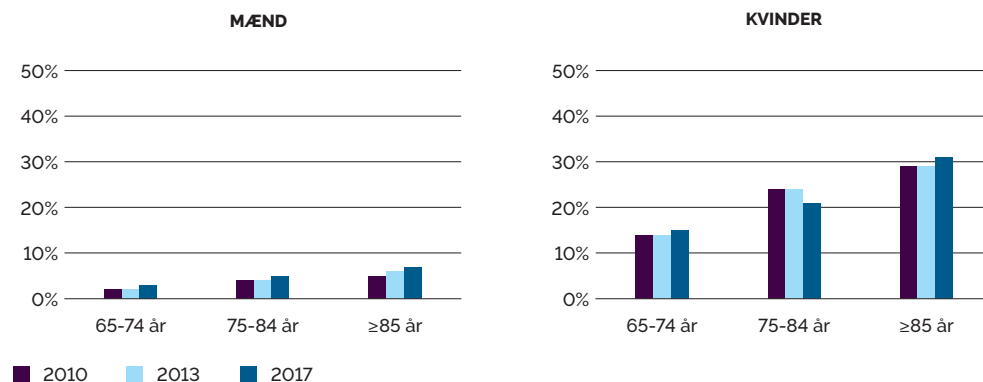
Andel med kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger (emfysem, KOL), fordelt efter aldersgruppe. 2010-2017.



Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017

FIGUR 8.1.3

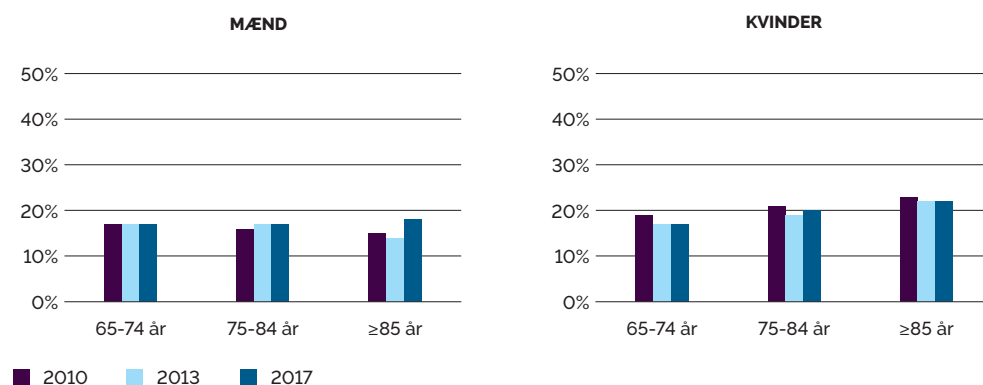
Andel med knogleskørhed, fordelt efter aldersgruppe. 2010-2017.



Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017

FIGUR 8.1.4

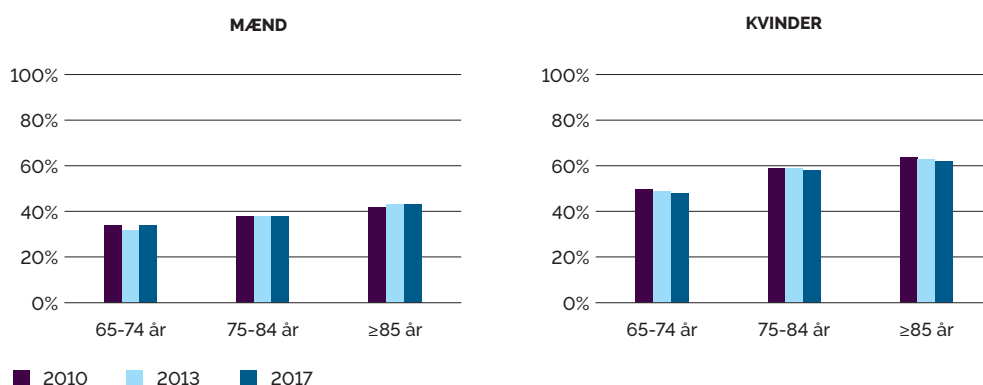
Andel med diskusprolaps eller andre rygsygdomme, fordelt efter aldersgruppe. 2010-2017.



Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017

FIGUR 8.1.5

Andel med slidgigt, fordelt efter aldersgruppe. 2010-2017.



Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017

8.2 Multisygdom

Forekomsten af flere sygdomme på samme tid betegnes multisygdom. Ofte defineres en person som multisyg, når personen har to eller flere sygdomme på samme tid. Har en person flere sygdomme inden for samme sygdomsgruppe, tæller det som en enkelt sygdom i denne opgørelse. Hvis en person eksempelvis har flere kræftsygdomme på samme tid, sættes der et enkelt kryds ved kræft i spørgeskemaet. Hvis en person derimod både har astma og allergi, har personen to sygdomme, og som begge tæller med i denne opgørelse. I tabel 8.2.1 præsenteres andelen af personer, der har henholdsvis 2, 3, 4 og 5 eller flere samtidige sygdomme. Opgørelserne er baseret på besvarelserne om, hvorvidt man har de ovenstående specifikke sygdomme eller helbredsproblemer.

Det fremgår af tabellen, at andelen, der har 2 samtidige sygdomme, ikke adskiller sig nævneværdigt på tværs af aldersgrupperne, hverken blandt mænd eller kvinder. Derimod ses en stigning i andelen med 3, 4 og 5 eller flere samtidige sygdomme med stigende alder. Dette ses især blandt kvinder.

TABEL 8.2.1

Andel, der har flere samtidige specifikke sygdomme fordelt på aldersgrupper. 2017. Procent og antal svarpersoner.

	65-74 år	75-84 år	≥85 år	I alt
MÆND				
2 sygdomme	22,0	21,7	20,8	21,8
3 sygdomme	15,2	16,8	17,0	15,8
4 sygdomme	8,8	10,7	12,7	9,6
5 eller flere sygdomme	9,4	10,9	11,5	10,0
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>16.018</i>	<i>7.261</i>	<i>1.416</i>	<i>24.695</i>
KVINDER				
2 sygdomme	21,8	23,8	22,0	22,5
3 sygdomme	16,3	18,4	20,6	17,5
4 sygdomme	10,0	11,8	14,5	11,1
5 eller flere sygdomme	11,2	14,6	16,7	12,9
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>16.715</i>	<i>7.644</i>	<i>2.097</i>	<i>26.456</i>

Den Nationale Sundhedsprofil 2017

Det er ikke muligt at vise udviklingen over tid, da der er variationer i hvilke sygdomme der, er spurgt til i de forskellige år.

8.3 Langvarig sygdom

Kroniske sygdomme kan medføre tab af livskvalitet. Dog har mange mennesker, der lever med kronisk sygdom, en udmærket livskvalitet [20]. Der er flere, der lever længere, også med kronisk sygdom, på grund af bedre behandlingsmuligheder og bedre levevilkår. I tabel 8.3.1 vises andelen, der har angivet, at de har en langvarig sygdom, langvarig eftervirkning af skade, handicap eller anden langvarig lidelse af mindst 6 måneders varighed. Det fremgår, at andelen stiger en smule med stigende alder både blandt mænd og kvinder.

TABEL 8.3.1

Andel med langvarig sygdom, langvarig eftervirkning af skade, handicap eller anden langvarig lidelse af mindst 6 måneders varighed, fordelt efter aldersgruppe. 2017.

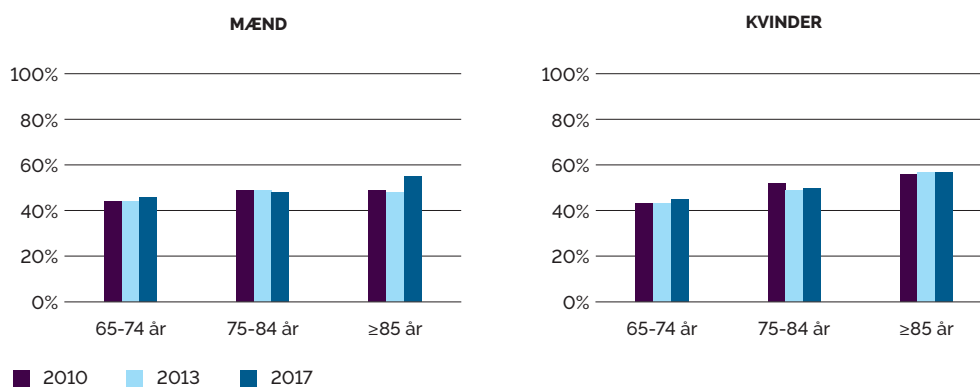
	65-74 år	75-84 år	≥85 år	I alt
MÆND				
Procent	45,6	48,4	54,7	47,0
Antal svarpersoner	15.765	7.078	1.335	24.178
KVINDER				
Procent	44,7	49,6	56,9	47,5
Antal svarpersoner	16.391	7.261	1.920	25.572

Den Nationale Sundhedsprofil 2017

I figur 8.3.1 præsenteres udviklingen i andelen med langvarig sygdom, langvarig eftervirkning af skade, handicap eller anden langvarig lidelse af mindst 6 måneders varighed i perioden 2010 til 2017. Der er ikke noget klart mønster i udviklingen, og den eneste nævneværdige ændring ses blandt mænd på 85 år eller derover, hvor der sker en stigning i perioden (fra 48,8 % til 54,7 %).

FIGUR 8.3.1

Andel med langvarig sygdom, langvarig eftervirkning af skade, handicap eller anden langvarig lidelse af mindst 6 måneders varighed, fordelt efter aldersgruppe. 2010-2017.



Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017

Sammenhæng mellem langvarig sygdom og selv vurderet helbred

For at belyse sammenhængen mellem langvarig sygdom og selv vurderede helbred vises i tabel 8.3.2 andelen med et godt selv vurderet helbred opdelt på langvarig sygdom. Den viser, at andelen af ældre, som har godt selv vurderet helbred, er markant større blandt personer uden langvarig sygdom, langvarig eftervirkning af skade, handicap eller anden langvarig lidelse (94,9 % blandt mænd og 93,4 % blandt kvinder) end blandt personer med langvarig sygdom (65,0 % blandt mænd og 59,9 % blandt kvinder).

TABEL 8.3.2

Andel med fremragende, vældig godt eller godt selv vurderet helbred henholdsvis med og uden langvarig sygdom, langvarig eftervirkning af skade, handicap eller anden langvarig lidelse. 2017.

	Blandt ældre med langvarig sygdom	Blandt ældre uden langvarig sygdom
MÆND		
Procent	65,0	94,9
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>11.110</i>	<i>12.846</i>
KVINDER		
Procent	59,9	93,4
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>11.612</i>	<i>13.698</i>

Den Nationale Sundhedsprofil 2017

8.4 Smerter eller ubehag

Svarpersonerne er blevet bedt om at vurdere, hvor generet de har været af en række forskellige smerter eller ubehag inden for de seneste 14 dage. I tabel 8.4.1 er andelen blandt mænd og kvinder, der har været meget generet af smerter eller ubehag, præsenteret. Der er med stigende alder en stigende andel blandt mænd og kvinder, der rapporterer smerter eller ubehag henholdsvis i arme, hænder, ben, knæ, hofter eller led, ryg eller lænd, og blandt kvinder også i skulder eller nakke. Både blandt mænd og kvinder ses med stigende alder en stigning i andelen, der rapporterer ubehag i form af henholdsvis træthed samt at føle sig nedtrykt, deprimeret/ulykkelig. Blandt mænd ses der ligeledes en stigning med alderen i andelen med søvnbesvær og blandt kvinder i andelen med ængstelse, nervøsitet, uro og angst.

TABEL 8.4.1

Andel, der har været meget generet af forskellige former for smerter eller ubehag inden for de seneste 14 dage, fordelt efter aldersgruppe. 2017. Procent og antal svarpersoner.

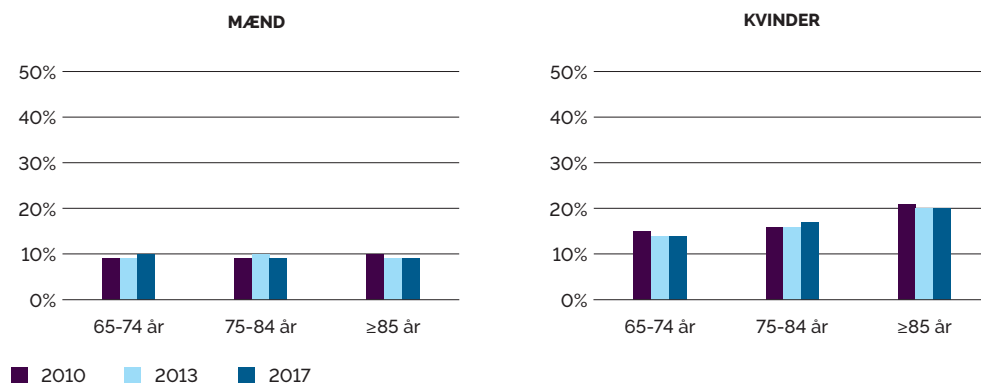
	65-74 år	75-84 år	≥85 år	I alt
MÆND				
Smerter eller ubehag i skulder eller nakke	9,8	9,3	9,3	9,6
Smerter eller ubehag i arme, hænder, ben, knæ, hofter eller led	17,1	20,3	24,7	18,6
Smerter eller ubehag i ryg eller lænd	13,0	15,6	20,3	14,3
Træthed	9,9	12,8	22,1	11,6
Hovedpine	2,5	2,7	2,0	2,5
Søvnbesvær	8,5	8,8	10,4	8,7
Nedtrykthed, deprimeret, ulykkelig	2,9	3,3	4,2	3,1
Ængstelse, nervøsitet, uro og angst	2,5	2,9	3,2	2,7
<i>Min. antal svarpersoner</i>	<i>15.923</i>	<i>7.234</i>	<i>1.380</i>	<i>24.537</i>
KVINDER				
Smerter eller ubehag i skulder eller nakke	14,2	16,6	20,0	15,6
Smerter eller ubehag i arme, hænder, ben, knæ, hofter eller led	22,8	29,6	40,1	26,8
Smerter eller ubehag i ryg eller lænd	18,4	24,1	30,2	21,5
Træthed	12,7	18,4	28,0	16,2
Hovedpine	4,6	3,8	3,3	4,2
Søvnbesvær	14,8	15,2	15,9	15,0
Nedtrykthed, deprimeret, ulykkelig	4,6	4,9	7,5	5,0
Ængstelse, nervøsitet, uro og angst	5,1	5,0	8,3	5,4
<i>Min. antal svarpersoner</i>	<i>16.472</i>	<i>7.423</i>	<i>1.982</i>	<i>25.887</i>

Den Nationale Sundhedsprofil 2017

I figur 8.4.1 og 8.4.2 er udviklingen i andelen, der har været meget generet af henholdsvis smerter eller ubehag i skulder eller nakke og af træthed, præsenteret. Det fremgår af de to figurer, at der i perioden 2010 til 2017 ikke er nogen nævneværdig udvikling i andelen, hverken blandt mænd eller blandt kvinder.

FIGUR 8.4.1

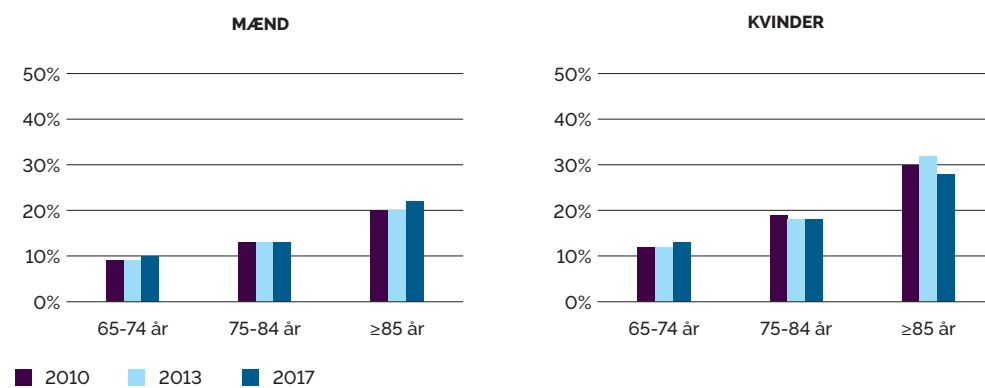
Andel, der har været meget generet af smerter eller ubehag i skulder eller nakke inden for de seneste 14 dage, fordelt efter aldersgruppe. 2010-2017.



Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017

FIGUR 8.4.2

Andel, der har været meget generet af træthed inden for de seneste 14 dage, fordelt efter aldersgruppe. 2010-2017.



Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017

9

Brug af sundhedsvæsenet og medicin

I dette kapitel præsenteres andelen af ældrebefolkningen, der har været ved egen læge i løbet af de seneste 12 måneder, samt hvornår de sidst har fået målt henholdsvis deres blodtryk, kolesterol og syn. Svarpersonerne er også blevet spurgt, om de har været til genoptræning inden for det seneste år eller har haft behov for genoptræning uden at have fået det. Medicinforbruget præsenteres som brugen af specifikke medicintyper inden for de seneste 14 dage.

9.1 Kontakt til egen læge

En lige stor andel blandt mænd (86,9 %) og kvinder (86,7 %) på 65 år eller derover har været ved egen læge i løbet af de seneste 12 måneder (tabel 9.1.1). Blandt begge køn stiger andelen fra aldersgruppen 65-74 år til 75-84 år, mens der ikke er nogen særlig forskel på andelen i aldersgruppen 75-84 år og 85 år eller derover.

TABEL 9.1.1

Andel, der været ved egen læge i løbet af de seneste 12 måneder, blandt mænd og kvinder på 65 år eller derover, fordelt efter aldersgruppe. 2017.

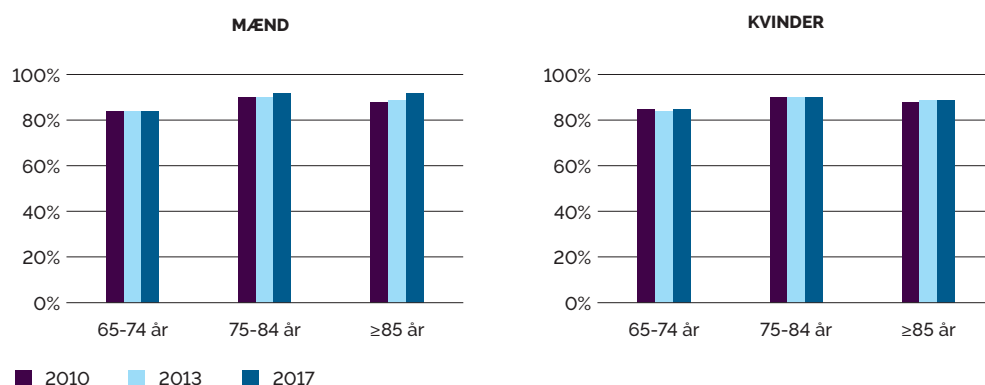
	65-74 år	75-84 år	≥85 år	I alt
MÆND				
Procent	83,8	91,9	92,0	86,9
Antal svarpersoner	15.687	7.231	1.419	24.337
KVINDER				
Procent	84,6	89,7	88,5	86,7
Antal svarpersoner	16.380	7.584	2.060	26.024

Den Nationale Sundhedsprofil 2017

Der ses ingen nævneværdig udvikling i andelen, der har været ved egen læge i løbet af de seneste 12 måneder i perioden 2010 til 2017.

FIGUR 9.1.1

Andel, der har været ved egen læge i løbet af de seneste 12 måneder, fordelt efter aldersgruppe. 2010-2017.



Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017

Råd fra egen læge

Andelen blandt de ældre, der af lægen er blevet rådet til at ændre adfærd inden for seks forskellige områder relateret til deres helbred, er præsenteret i tabel 9.1.2. Den største andel af ældre er blevet rådet til at dyrke motion (19,4 % mænd og 13,1 % kvinder) og den mindste andel er blevet rådet til at nedsætte alkoholforbruget (3,1 % mænd og 0,9 % kvinder). Generelt falder andelen, der har fået respektive råd af deres egen læge med stigende alder, og der ses samme mønster blandt mænd og kvinder. Eneste undtagelse ses for råd om at tage på i vægt, hvor andelen stiger med stigende alder blandt begge køn. Andelen, der er blevet rådet til at dyrke motion, er ikke særligt forskellige mellem aldersgrupperne.

TABEL 9.1.2

Andel, der i løbet af de seneste 12 måneder har modtaget forskellige råd fra deres egen læge om ændring af sundhedsadfærd, fordelt efter aldersgruppe. 2017. Procent og antal svarpersoner.

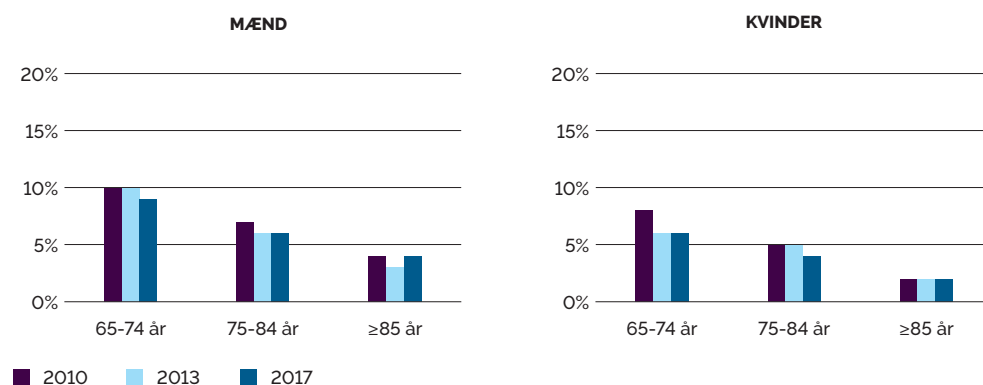
	65-74 år	75-84 år	≥85 år	I alt
MÆND				
At holde op med at ryge	8,8	6,1	4,4	7,7
At tabe sig	13,9	7,5	4,0	11,3
At tage på i vægt	1,6	3,1	6,2	2,4
At dyrke motion	19,5	19,3	18,9	19,4
At nedsætte alkoholforbrug	3,8	2,2	1,2	3,1
At ændre kostvaner	9,6	5,6	3,1	8,0
<i>Min. antal svarpersoner</i>	<i>14.740</i>	<i>6.491</i>	<i>1.207</i>	<i>22.438</i>
KVINDER				
At holde op med at ryge	5,5	4,2	1,5	4,7
At tabe sig	8,6	5,7	1,5	7,0
At tage på i vægt	1,9	3,2	5,9	2,7
At dyrke motion	13,1	13,7	11,2	13,1
At nedsætte alkoholforbrug	1,1	0,8	-	0,9
At ændre kostvaner	6,2	4,8	3,1	5,5
<i>Min. antal svarpersoner</i>	<i>15.350</i>	<i>6.553</i>	<i>1.666</i>	<i>23.569</i>

Den Nationale Sundhedsprofil 2017

I figurerne herunder vises udviklingen i andelen fra 2010 til 2017, der er blevet rådet til henholdsvis at holde op med at ryge, til at dyrke motion og til at ændre kostvaner. Disse er udvalgt på baggrund af hyppighed og relevans for ældrebefolkningen. Andelen, der er blevet rådet til at holde op med at ryge, er blandt begge køn faldet siden 2010, undtaget i aldersgruppen 85 år eller derover, hvor andelen er stort set uændret (figur 9.1.2). Andelen blandt mænd på 65 år eller derover, der er blevet rådet til at dyrke motion, er steget en smule i perioden 2010 til 2017 (figur 9.1.3). Blandt kvinder er andelen nogenlunde konstant i de tre aldersgrupper. Andelen, der er blevet rådet til at ændre kostvaner, er faldet en smule både blandt mænd og kvinder i aldersgruppen 65-74 år og 75-84 år mellem 2010 og 2017 (figur 9.1.4).

FIGUR 9.1.2

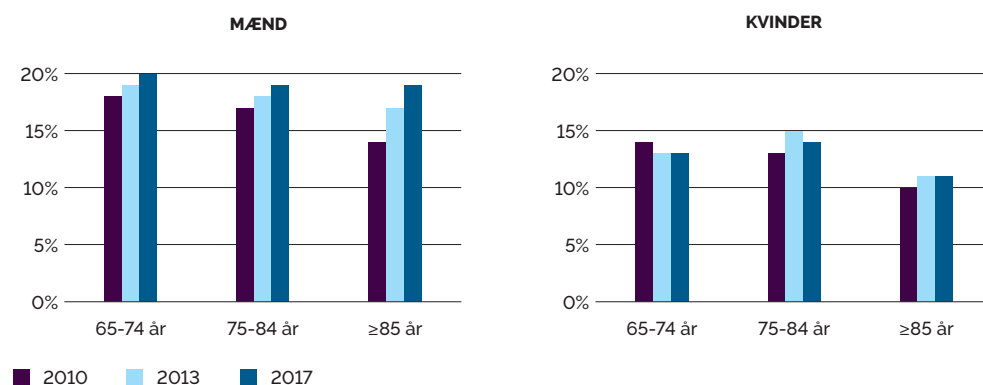
Andel, der i løbet af de seneste 12 måneder af egen læge er blevet rådet til at stoppe med at ryge, fordelt efter aldersgruppe. 2010-2017.



Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017

FIGUR 9.1.3

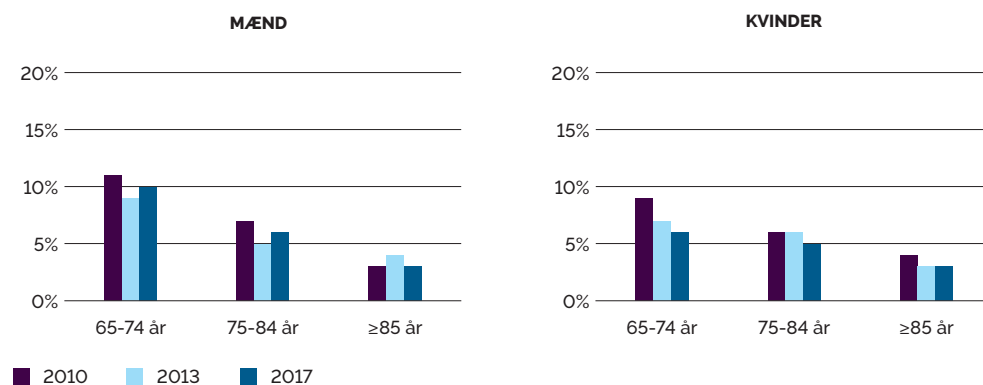
Andel, der i løbet af de seneste 12 måneder af egen læge er blevet rådet til at dyrke motion, fordelt efter aldersgruppe. 2010-2017.



Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017

FIGUR 9.1.4

Andel, der i løbet af de seneste 12 måneder af egen læge er blevet rådet til at ændre kostvaner, fordelt efter aldersgruppe. 2010-2017.



Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017

Helbredstjek

Objektive målinger som blodtryk og kolesterol hjælper de praktiserende læger med at vurdere sundhedstilstanden hos deres patienter. Kontrol af synet kan også ske som en del af en helbredsbedømmelse. I tabel 9.1.3 præsenteres andelen blandt ældre på 65 år eller derover, der henholdsvis har fået målt blodtryk og kolesterol samt fået kontrolleret deres syn inden for de seneste tre år. Størstedelen af ældre har fået målt deres blodtryk inden for de seneste tre år (93,4 % mænd og 92,5 % kvinder). Det ses, at andelen for alle tre mål er størst i aldersgruppen 75-84 år, og dette mønster ses både blandt mænd og kvinder. Andelen, der har fået målt blodtryk og kontrolleret syn er mindst i aldersgruppen 65-74 år. Andelen, der har fået målt kolesterol inden for tre år, er mindst i aldersgruppen 85 år eller derover.

TABEL 9.1.3

Andel, der henholdsvis har fået målt blodtryk, kontrolleret syn og mål kolesterol inden for tre år, fordelt efter aldersgruppe. 2017. Procent og antal svarpersoner.

	65-74 år	75-84 år	≥85 år	I alt
MÆND				
Målt blodtryk inden for tre år	92,5	95,0	-	93,4
Kontrolleret syn inden for tre år	78,4	89,5	87,1	82,4
Målt kolesterol inden for tre år	81,0	82,4	75,6	81,1
<i>Min. antal svarpersoner</i>	<i>1.095</i>	<i>503</i>	<i>97</i>	<i>1.695</i>
KVINDER				
Målt blodtryk inden for tre år	91,5	94,6	92,7	92,5
Kontrolleret syn inden for tre år	84,4	90,8	87,4	86,7
Målt kolesterol inden for tre år	79,3	80,1	73,2	78,8
<i>Min. antal svarpersoner</i>	<i>1.244</i>	<i>536</i>	<i>153</i>	<i>1.933</i>

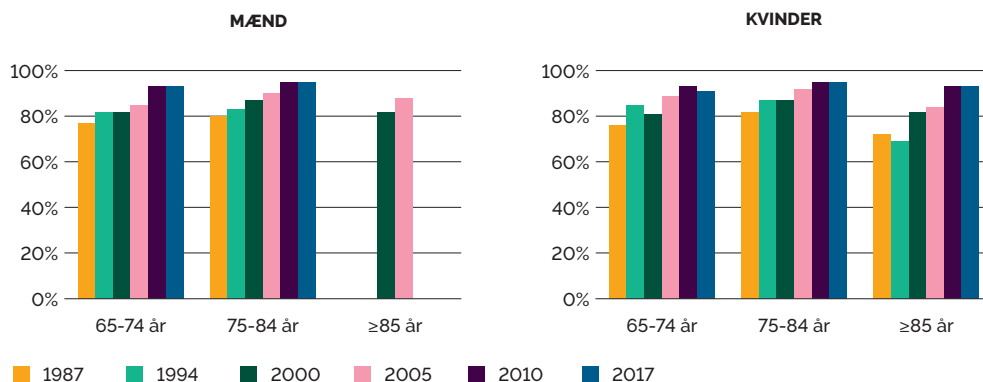
Sundheds- og Sygelighedsundersøgelsen 2017

Andelen, der har fået målt blodtryk og kontrolleret syn, er opgjort siden 1987, mens andelen, der har fået målt kolesterol, er opgjort siden 1994. Ingen af opgørelserne er lavet i 2013, hvor spørgsmålet udgik af spørgeskemaet. Der er ikke lavet opgørelser for måling af blodtryk blandt mænd i alderen 85 år eller derover i 1987, 1994, 2010, og 2017 på grund af for få svarpersoner. Der er ikke lavet opgørelser for kontrol af syn for både mænd og kvinder i alderen 85 år eller derover i 1987 og 1994 på grund af for få svarpersoner. Der er ikke lavet opgørelser for måling af kolesterol for mænd og kvinder i 1987, da spørgsmålet ikke indgik i undersøgelsen, og blandt mænd og kvinder i alderen 85 år i 1994 på grund af for få svarpersoner.

Det fremgår af figur 9.1.5, at andelen, der har fået målt blodtryk inden for de seneste tre år, er steget i perioden 1987 til 2017 i alle tre aldersgrupper, dog med en vis stagnation siden 2010. Mønstret ses både blandt mænd og kvinder. Andelen blandt mænd og kvinder, der har fået kontrolleret synet, er steget i perioden 1987 til 2017 (figur 9.1.6). Der ses en markant stigning mellem 1994 og 2017, og særligt mellem 1994 og 2010, i andelen, der har fået målt kolesterol (figur 9.1.7).

FIGUR 9.1.5

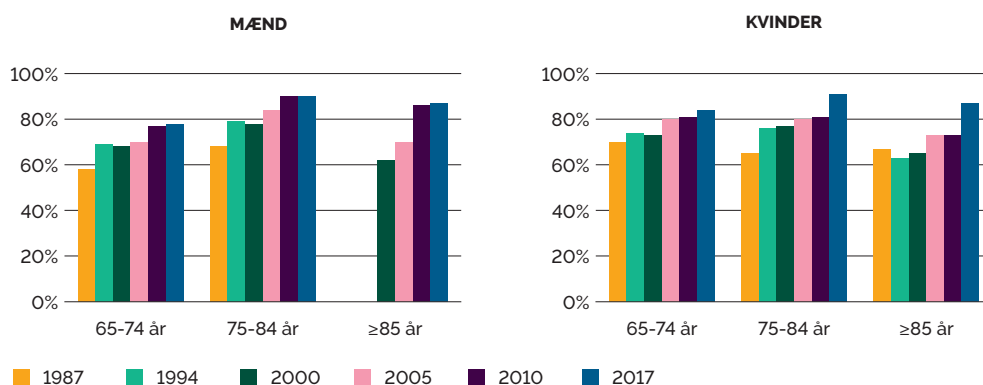
Andel, der har fået målt blodtryk inden for de seneste tre år, fordelt efter aldersgruppe. 1987-2017.



Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 1987, 1994, 2000 og 2005 og Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017

FIGUR 9.1.6

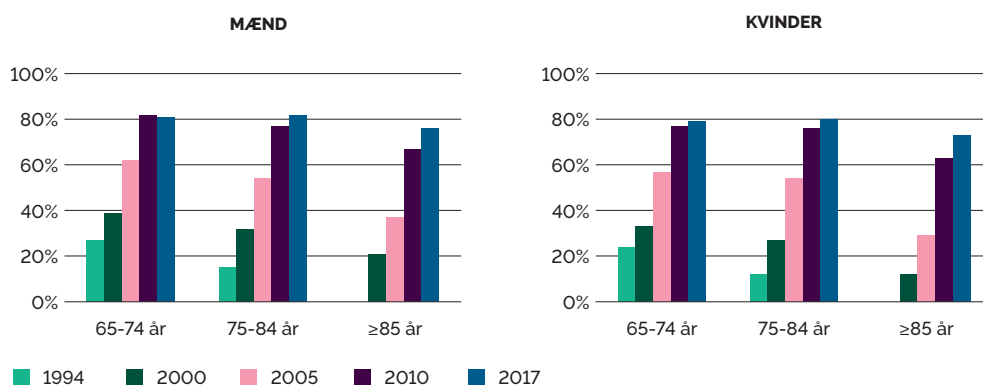
Andel, der har fået kontrolleret syn inden for de seneste tre år, fordelt efter aldersgruppe 1987-2017.



Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 1987, 1994, 2000 og 2005 og Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017

FIGUR 9.1.7

Andel, der har fået målt kolesterol inden for de seneste tre år, fordelt efter aldersgruppe. 1994-2017.



Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 1994, 2000 og 2005 og fra Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017

9.2 Genoptræning

Der er mange forskellige skader eller sygdomme, der kræver genoptræning, og genoptræning kan både være af fysisk og mental karakter. Genoptræning kan ske i forbindelse med indlæggelse på et hospital, men kan også igangsættes uden foregående indlæggelse [31]. Andelen, der har været til genoptræning, er i det følgende baseret på selvrapporterede oplysninger.

I tabel 9.2.1 præsenteres andelen blandt ældrebefolkningen, der har været til genoptræning inden for det seneste år, hvilket i alt 16,9 % og 18,6 % blandt henholdsvis mænd og kvinder har. Andelen stiger med stigende alder blandt kvinderne (fra 14,5 % til 33,6 %), mens den blandt mændene er størst i aldersgruppen 75-84 år (20,8 %).

TABEL 9.2.1

Andel, der har været til genoptræning inden for det seneste år, fordelt efter aldersgruppe. 2017.

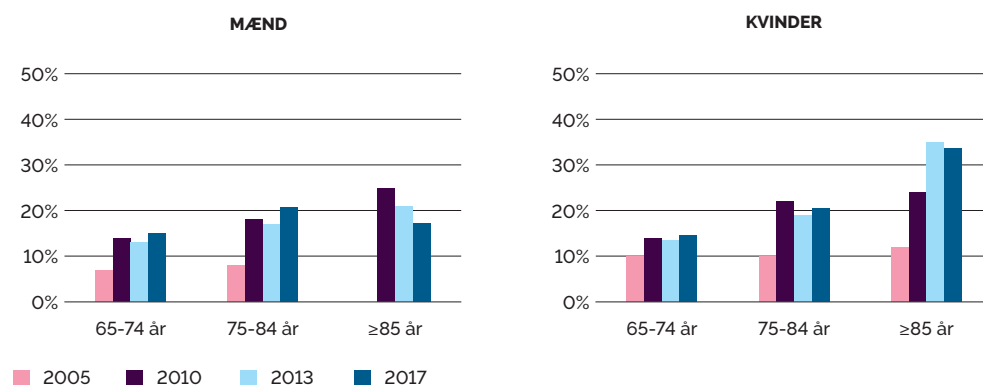
	65-74 år	75-84 år	≥85 år	I alt
MÆND				
Procent	15,0	20,8	17,2	16,9
Antal svarpersoner	1.064	479	100	1.643
KVINDER				
Procent	14,5	20,6	33,6	18,6
Antal svarpersoner	1.206	499	147	1.852

Sundheds- og Sygelighedsundersøgelsen 2017

Udviklingen i andelen, der har været til genoptræning inden for det seneste år, er vist i figur 9.2.1 for perioden 2005 til 2017. Overordnet set er der blandt begge køn og i alle aldersgrupper sket en stigning i andelen, undtaget blandt mænd i aldersgruppen 85 år eller derover, hvor der er sket et fald fra 2010 til 2013. I 2005 er der relativt få svarpersoner i aldersgruppen 85 år eller derover og forekomsten vises derfor ikke.

FIGUR 9.2.1

Andelen, der har været til genoptræning inden for det seneste år, fordelt efter aldersgruppe. 2005-2017.



Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005, 2010, 2013 og 2017

I tabel 9.2.2 præsenteres andelen blandt personer på 65 år eller derover, der angiver at have haft behov for genoptræning uden at få det (blandt personer, der ikke har været til genoptræning inden for det seneste år). Det drejer sig om i alt 6,1 % blandt mænd og 6,7 % blandt kvinder. Andelen er stigende med stigende alder, og den største andel ses blandt mænd på 85 år eller derover (17,5 %).

TABEL 9.2.2

Andel, der angiver at have haft behov for genoptræning uden at få det (blandt personer, der ikke har været til genoptræning inden for det seneste år), fordelt efter aldersgruppe, 2017.

	65-74 år	75-84 år	≥85 år	I alt
MÆND				
Procent	4,9	6,2	17,5	6,1
Antal svarpersoner	1.077	489	102	1.668
KVINDER				
Procent	5,5	7,3	11,6	6,7
Antal svarpersoner	1.209	501	145	1.855

Sundheds- og Sygelighedsundersøgelsen 2017

Det er ikke muligt at vise udviklingen, da sammenligneligheden over tid er usikker.

9.3 Brug af medicin

Ældrebefolkningens selvrapporterede brug af medicin inden for de seneste 14 dage er vist i tabellerne 9.3.1, 9.3.2 og 9.3.3. Der skelnes ikke mellem receptmedicin og håndkøb, undtaget for smertestillende medicin. På grund af ændringer i spørgsmålsformuleringen i 2017 er det ikke muligt at følge udviklingen over tid i brugen af medicin.

I tabel 9.3.1 vises andelen, der har taget medicin inden for de sidste 14 dage, og det gælder i alt 83,6 % og 89,1 % blandt henholdsvis mænd og kvinder. Blandt begge køn stiger andelen med stigende alder, og i alle aldersgrupper er andelen over 80 %.

TABEL 9.3.1

Andel, der inden for de sidste 14 dage har taget medicin, fordelt efter aldersgrupper, 2017.

	65-74 år	75-84 år	≥85 år	I alt
MÆND				
Procent	81,1	86,9	91,4	83,6
Antal svarpersoner	1.119	522	109	1.750
KVINDER				
Procent	86,2	91,3	97,1	89,1
Antal svarpersoner	1.272	553	160	1.985

Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2017

I tabel 9.3.2 præsenteres andelen, der inden for de seneste 14 dage har taget medicin fra 13 forskellige medicingrupper. De største andele af ældrebefolkningen har taget blodtryksænkende medicin (55,8 % mænd og 53,0 % kvinder), kolesterolsænkende medicin (39,2 % mænd og 36,3 % kvinder) og smertestillende medicin i håndkøb (32,5 % mænd og 49,0 % kvinder). For størstedelen af medicingrupperne stiger andelen med stigende alder. Afvigelser fra dette mønster ses for andelen blandt kvinder, der har taget henholdsvis hostemedicin, medicin mod astma eller allergi og kolesterolsænkende medicin samt for andelen både blandt mænd og kvinder, der har taget smertestillende håndkøbsmedicin.

TABEL 9.3.2

Andel, der inden for de seneste 14 dage har taget medicin fra forskellige medicingrupper, fordelt efter aldersgruppe. 2017. Procent og antal svarpersoner.

	65-74 år	75-84 år	≥85 år	I alt
MÆND				
Hostemedicin	5,6	8,1	-	6,4
Astma/allergi-medicin	8,8	8,2	-	8,5
Blodtryksænkende medicin	50,7	62,2	76,3	55,8
Hjertemedicin	27,1	36,9	55,9	31,8
Kolesterolsænkende medicin	38,0	40,5	45,4	39,2
Hudlægemiddel	9,3	12,5	19,0	10,8
Smertestillende håndkøbsmedicin	33,6	29,5	36,7	32,5
Smertestillende receptmedicin	20,0	21,2	28,8	20,9
Sovemedicin	5,3	6,0	-	5,9
Afføringsmidler	8,5	11,8	25,6	10,6
Nervemedicin, beroligende medicin (inklusiv antidepressiv medicin)	7,3	4,5	12,7	6,7
Penicillin eller anden form for antibiotikum	6,1	6,9	16,6	7,0
Anden medicin	30,8	33,5	42,7	32,4
<i>Min. antal svarpersoner</i>	<i>1.033</i>	<i>456</i>	<i>85</i>	<i>1.574</i>
KVINDER				
Hostemedicin	6,7	10,1	7,6	7,8
Astma/allergi-medicin	13,4	14,1	9,5	13,2
Blodtryksænkende medicin	42,9	63,6	73,7	53,0
Hjertemedicin	14,9	28,8	42,1	22,1
Kolesterolsænkende medicin	35,2	38,9	35,0	36,3
Hudlægemiddel	10,4	12,4	15,6	11,5
Smertestillende håndkøbsmedicin	47,1	51,9	50,9	49,0
Smertestillende receptmedicin	25,3	32,0	39,5	28,8
Sovemedicin	8,5	13,4	17,8	11,0
Afføringsmidler	12,4	17,6	33,7	16,4
Nervemedicin, beroligende medicin (inklusiv antidepressiv medicin)	9,8	11,4	20,2	11,3
Penicillin eller anden form for antibiotikum	6,8	8,0	10,9	7,6
Anden medicin	33,3	35,0	44,1	34,9
<i>Min. antal svarpersoner</i>	<i>1.153</i>	<i>465</i>	<i>120</i>	<i>1.738</i>

Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2017

I tabel 9.3.3 vises andelen blandt ældrebefolkningen, der har taget medicin fra 1, 2, 3 eller 4 og flere medicingrupper, af de i tabel 9.3.2 nævnte medicingrupper. I alt gælder dette 64,5 % blandt mænd og 68,8 % blandt kvinder. Andelen stiger med stigende alder. Andelen, der tager medicin fra 1 eller 2 grupper, falder med stigende alder, mens andelen, der tager medicin fra 3 eller 4 og flere medicingrupper stiger med stigende alder, både blandt mænd og kvinder. Særligt andelen, der tager medicin fra 4 og flere grupper, stiger med stigende alder. Blandt mænd stiger andelen fra 24,2 % i aldersgruppen 65-74 år til 41,8 % i aldersgruppen 85 år eller derover. Blandt kvinder stiger andelen fra 25,6 % i aldersgruppen 65-74 år til 40,7 % i aldersgruppen 85 år eller derover.

TABEL 9.3.3

Andel, der inden for de sidste 14 dage har taget medicin fra 1, 2, 3 eller 4 og flere medicingrupper, fordelt efter aldersgruppe. 2017. Procent og antal svarpersoner.

	65-74 år	75-84 år	≥85 år	I alt
MÆND				
1 slags medicin	19,1	18,1	13,6	18,5
2 slags medicin	19,5	19,9	14,4	19,3
3 slags medicin	18,2	20,5	21,7	19,2
4 eller flere slags medicin	24,2	28,3	41,8	26,6
I alt	61,4	68,0	77,4	64,5
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>1.119</i>	<i>522</i>	<i>109</i>	<i>1.750</i>
KVINDER				
1 slags medicin	21,6	15,3	13,0	18,6
2 slags medicin	21,3	22,2	17,5	21,2
3 slags medicin	17,7	19,7	25,9	19,3
4 eller flere slags medicin	25,6	34,1	40,7	30,1
I alt	63,8	73,6	79,2	68,8
<i>Antal svarpersoner</i>	<i>1.272</i>	<i>553</i>	<i>160</i>	<i>1.985</i>

Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2017

10

Seksuel sundhed

10.1 Seksualitet og seksuel sundhed

Sex og seksualitet blandt ældre er til stadighed et emne præget af tabuisering, selvom undersøgelser viser, at et aktivt sexliv har betydning for ældre menneskers fysiske og mentale funktionsniveau [32]. Det hører derfor med til en beskrivelse af ældrebefolkningens sundhedstilstand at beskrive ældrebefolkningens seksuelle aktivitetsniveau, lystniveau og problemer.

I tabellerne nedenfor præsenteres andelen blandt ældrebefolkningen, der henholdsvis har talt med en sundhedsprofessionel om seksuelle spørgsmål, som har haft seksuelt samvær inden for det seneste år, og som ofte eller hele tiden har nedsat eller manglende lyst til sex.

Det er ikke muligt at vise udviklingen, da sammenligneligheden over tid er usikker.

Det fremgår af tabel 10.1.1, at der blandt ældre i alt er 11,1 % blandt mænd og 3,3 % blandt kvinder, der har talt med en sundhedsprofessionel om seksuelle spørgsmål inden for de seneste fem år. Der er ikke nok svarpersoner til at opgøre andelen af kvinder i aldersgruppen 85 år eller derover. Det ses endvidere, at andelen falder med stigende alder blandt begge køn, og i alle aldersgrupper er andelen større blandt mænd end blandt kvinder. Blandt mændene halveres andelen på tværs af de tre aldersgrupper, fra 12,4 % i aldersgruppen 65-74 år til 6,6 % blandt mænd i aldersgruppen 85 år eller derover.

TABEL 10.1.1

Andel, der inden for de seneste fem år har talt med en sundhedsprofessionel om seksuelle spørgsmål, fordelt efter aldersgruppe. 2017.

	65-74 år	75-84 år	≥85 år	I alt
MÆND				
Procent	12,4	9,4	6,6	11,1
Antal svarpersoner	1.081	490	98	1.669
KVINDER				
Procent	4,2	1,8	-	3,3
Antal svarpersoner	1.229	501	134	1.864

Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2017

I alt har 41,0 % blandt mænd og 26,5 % blandt kvinder haft seksuelt samvær inden for det seneste år (tabel 10.1.2). Andelen falder med stigende alder blandt begge køn. Eksempelvis falder andelen blandt mænd fra 49,3 % i aldersgruppen 65-74 år til 13,5 % blandt mænd på 85 år eller derover.

TABEL 10.1.2

Andel, der inden for det seneste år har haft seksuelt samvær, fordelt efter aldersgruppe. 2017.

	65-74 år	75-84 år	≥85 år	I alt
MÆND				
Procent	49,3	29,1	13,5	41,0
Antal svarpersoner	1.081	487	97	1.665
KVINDER				
Procent	36,2	14,5	7,5	26,5
Antal svarpersoner	1.206	487	133	1.826

Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2017

I tabel 10.1.3 ses det, at andelen blandt personer på 65 år eller derover, der inden for det seneste år ofte eller hele tiden har oplevet manglende eller nedsat lyst til sex, er 43,7 % blandt mænd og 48,8 % blandt kvinder. Mens andelen stiger med stigende alder blandt mænd (fra 39,6 % i aldersgruppen 65-74 år til 61,2 % i aldersgruppen 85 år eller derover), ses den modsatte tendens blandt kvinder, hvor andelen således falder med stigende alder (fra 50,9 % til 38,0 %).

TABEL 10.1.3

Andel, der inden for det seneste år hele tiden eller ofte har haft manglende eller nedsat lyst til sex, fordelt efter aldersgruppe. 2017.

	65-74 år	75-84 år	≥85 år	I alt
MÆND				
Procent	39,6	48,9	61,2	43,7
Antal svarpersoner	1.044	467	87	1.598
KVINDER				
Procent	50,9	47,8	38,0	48,8
Antal svarpersoner	1.130	422	103	1.655

Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2017

11

Social ulighed

Det er velkendt, at socioøkonomiske forhold som uddannelsesniveau og indkomst har betydning for sundheden. I denne rapport bruges forskellene i udvalgte indikatorer mellem uddannelsesgrupper som mål for social ulighed. Uddannelsesniveauet er defineret ud fra oplysninger om højest fuldførte uddannelses- og erhvervsuddannelsesniveau [6]. Uddannelsesniveau påvirker ofte både viden om sundhed og sundhedsadfærd, levevilkår, indkomst, arbejdsforhold og boligforhold gennem livet. Sent i livet har uddannelsesniveauet ikke længere direkte betydning, men påvirkningen gennem livet kan ses på sundhedstilstanden [33]. Det er altså uddannelsesniveauets betydning for sundhedstilstanden over et liv, der afspejles i dette kapitels tabeller og figurer.

11.1 Helbredsrelateret livskvalitet

Blandt mænd og kvinder stiger andelen af ældre med fremragende, vældig godt eller godt selv vurderet helbred med stigende uddannelsesniveau (figur 11.1.1). Andelen, der henholdsvis føler sig frisk nok til at gøre det, man har lyst til (11.1.2), der kan gennemføre forskellige aktiviteter uden besvær (figur 11.1.3-11.1.7), og der har 20 eller flere af egne tænder (11.1.11), stiger også med stigende uddannelsesniveau. Andelen, der har 20 eller flere tænder, er næsten dobbelt så stor blandt ældre med en mellemlang/lang uddannelse end blandt ældre med grundskoleuddannelse.

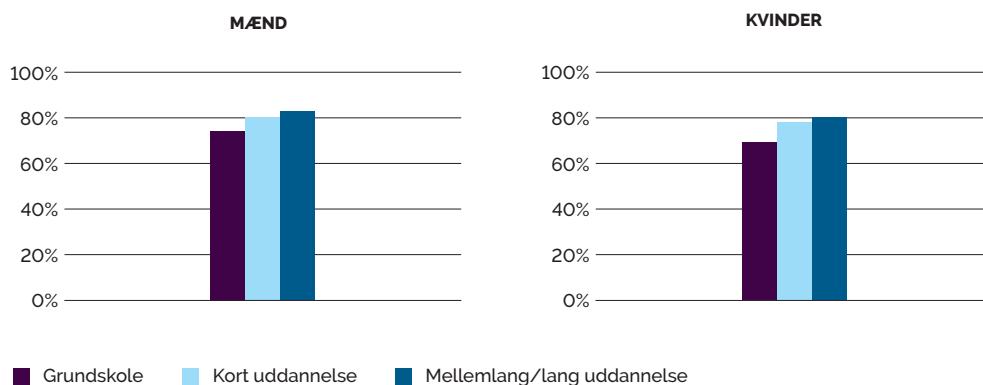
Andelen med højt stressniveau (figur 11.1.8) og andelen med dårligt fysisk helbred (11.1.9) falder med stigende uddannelsesniveau, både blandt mænd og blandt kvinder.

Andelen med dårligt mentalt helbred (figur 11.1.10) falder med stigende uddannelsesniveau for mænd, mens der ikke ses et entydigt mønster blandt kvinder.

For de beskrevne indikatorer ses der generelt ikke nævneværdig forskel på den sociale ulighed blandt mænd og kvinder.

FIGUR 11.1.1

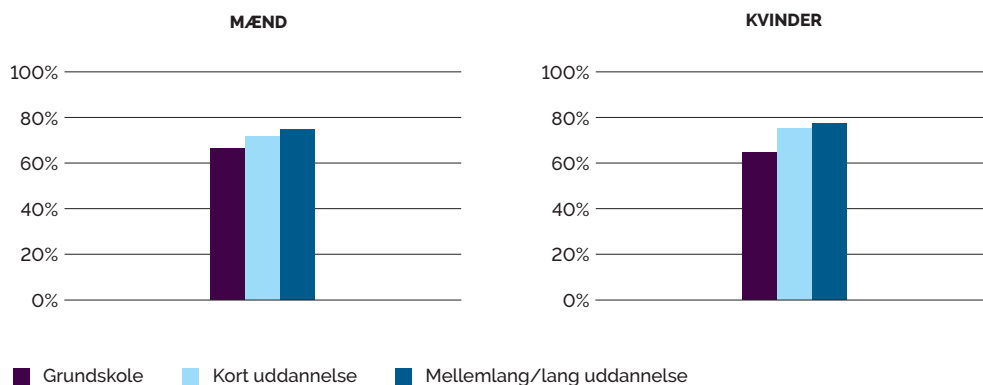
Andel med fremragende, vældig godt eller godt selv vurderet helbred, fordelt efter uddannelsesniveau. 2017.



Den Nationale Sundhedsprofil 2017

FIGUR 11.1.2

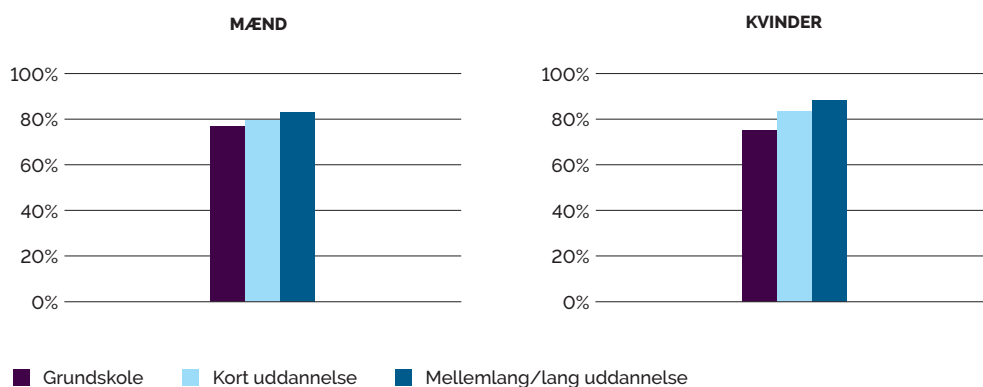
Andel, der for det meste føler sig frisk nok til at gennemføre det, som man har lyst til, fordelt efter uddannelsesniveau. 2017.



Den Nationale Sundhedsprofil 2017

FIGUR 11.1.3

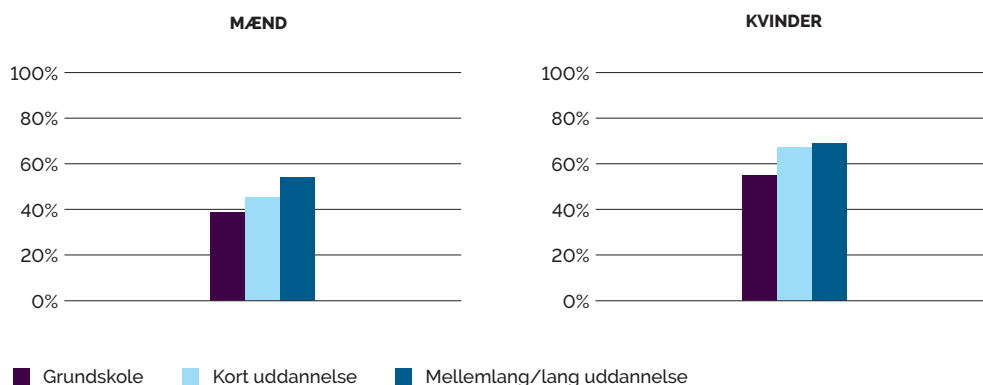
Andel, der uden besvær kan læse en avistekst, fordelt efter uddannelsesniveau. 2017.



Den Nationale Sundhedsprofil 2017

FIGUR 11.1.4

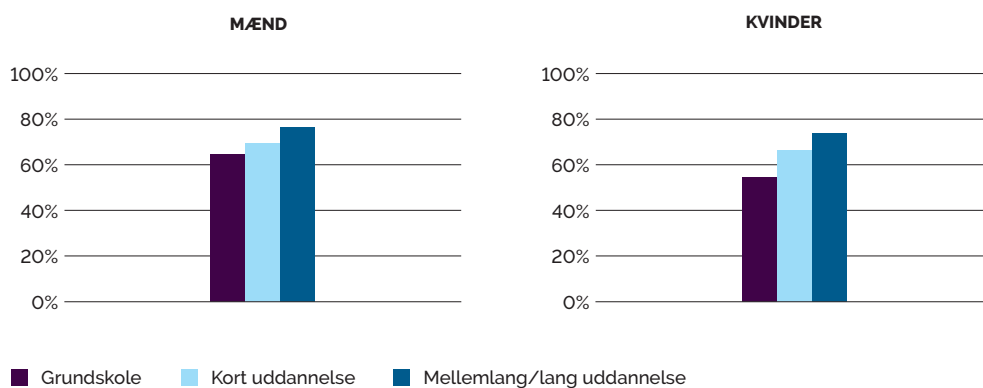
Andel, der uden besvær kan høre, hvad der bliver sagt i en samtale, fordelt efter uddannelsesniveau. 2017.



Den Nationale Sundhedsprofil 2017

FIGUR 11.1.5

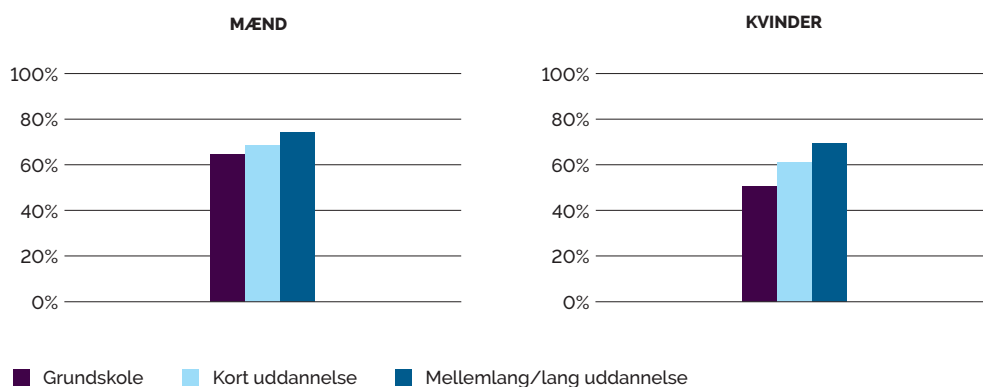
Andel, der uden besvær kan gå 400 meter uden hvile, fordelt efter uddannelsesniveau. 2017.



Den Nationale Sundhedsprofil 2017

FIGUR 11.1.6

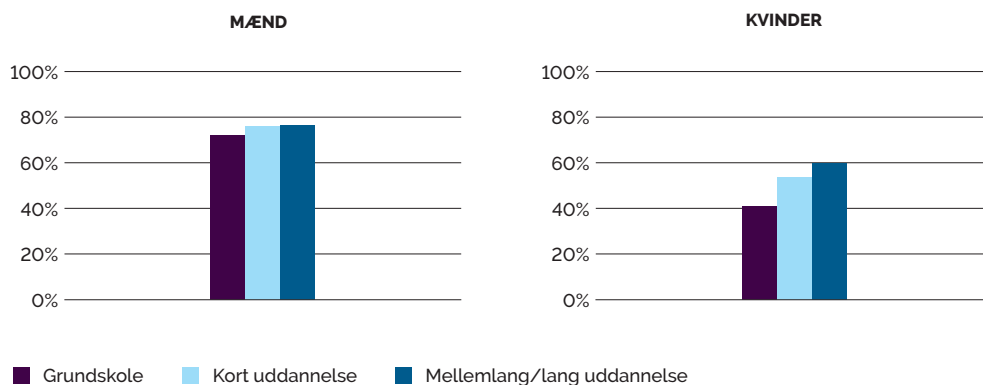
Andel, der uden besvær kan gå op eller ned ad en trappe fra en etage til en anden uden hvile, fordelt efter uddannelsesniveau. 2017.



Den Nationale Sundhedsprofil 2017

FIGUR 11.1.7

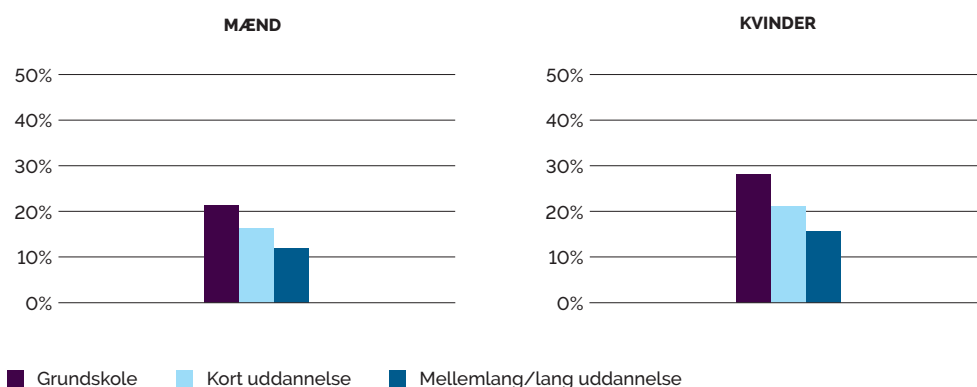
Andel, der uden besvær kan bære 5 kg, fordelt efter uddannelsesniveau. 2017.



Den Nationale Sundhedsprofil 2017

FIGUR 11.1.8

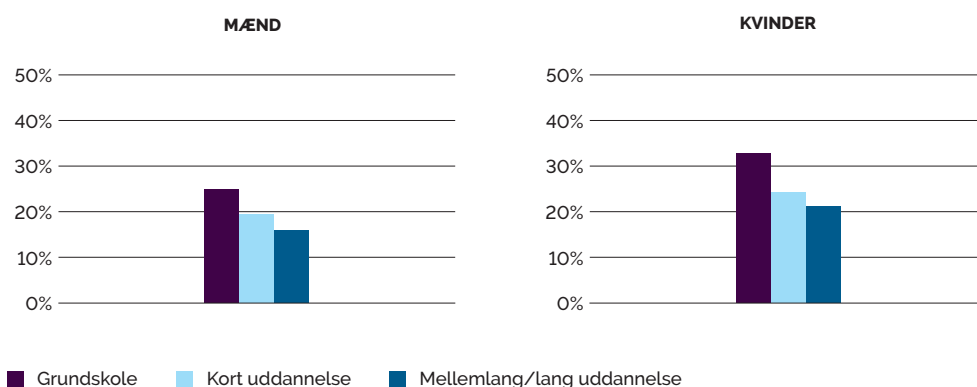
Andel med højt stressniveau, fordelt efter uddannelsesniveau. 2017.



Den Nationale Sundhedsprofil 2017

FIGUR 11.1.9

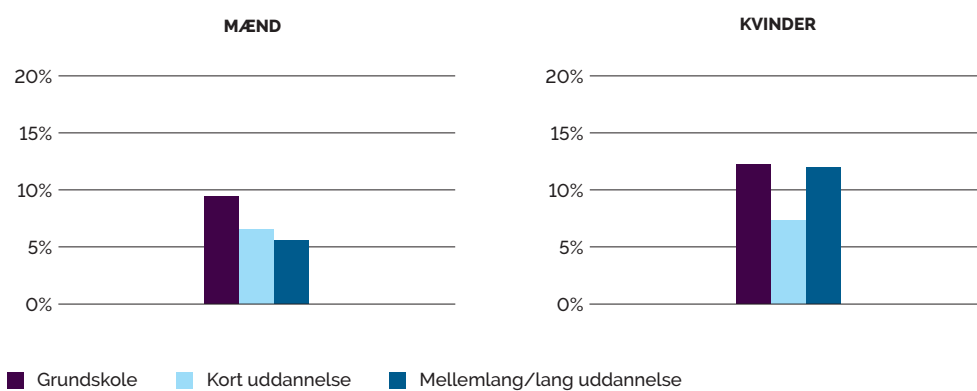
Andel med dårligt fysisk helbred, fordelt efter uddannelsesniveau. 2017.



Den Nationale Sundhedsprofil 2017

FIGUR 11.1.10

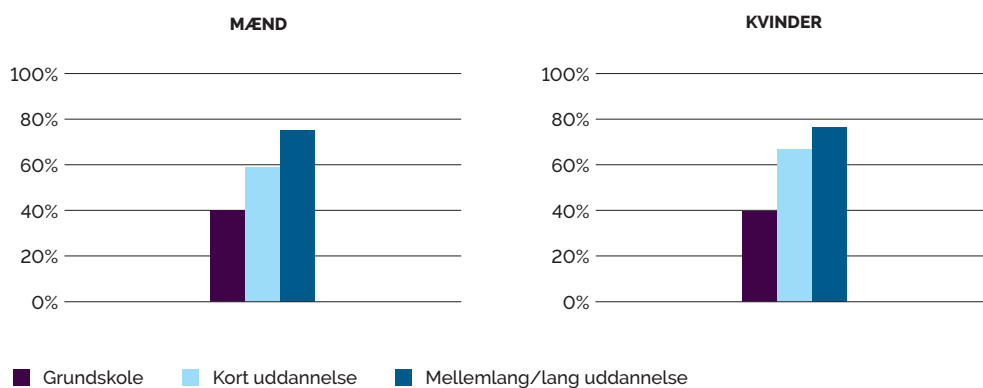
Andel med dårligt mentalt helbred, fordelt efter uddannelsesniveau. 2017.



Den Nationale Sundhedsprofil 2017

FIGUR 11.1.11

Andel med 20 eller flere egne tænder tilbage, fordelt efter uddannelsesniveau. 2017.



Den Nationale Sundhedsprofil 2017

11.2 Sundhedsadfærd

For størstedelen af indikatorerne ses en systematisk sammenhæng mellem sundhedsadfærd og uddannelsesniveau, således at ældre med grundskole har en mere uhensigtsmæssig sundhedsadfærd end ældre med en mellemlang/lang uddannelse. For alkohol ses dog den modsatte gradient. Således stiger andelen, der overskrider Sundhedsstyrelsen højrisikogrænse for alkoholindtag i en typisk uge, med stigende uddannelsesniveau.

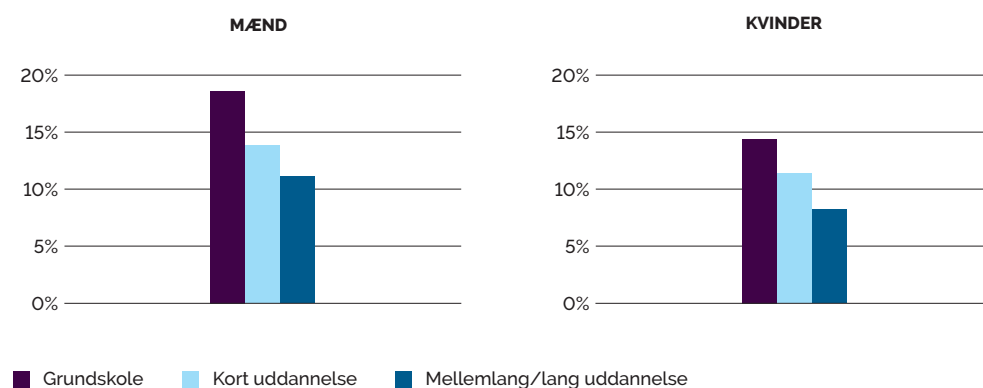
For de beskrevne indikatorer ses der generelt ikke nævneværdig forskel på den sociale ulighed blandt mænd og kvinder.

Ryging

Det ses i figur 11.2.1 og 11.2.2, at andelen af rygere og storrygere (ryger mindst 15 cigaretter dagligt) blandt ældre falder med stigende uddannelsesniveau, både blandt mænd og kvinder. Der ses ikke noget entydigt mønster i forhold til uddannelsesniveau og andelen blandt dagligrygere, der gerne vil holde op med at ryge.

FIGUR 11.2.1

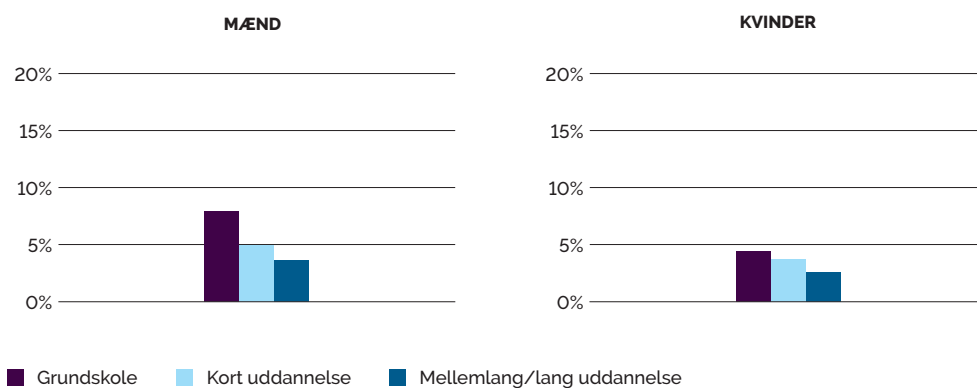
Andel, der ryger dagligt, fordelt efter uddannelsesniveau. 2017.



Den Nationale Sundhedsprofil 2017

FIGUR 11.2.2

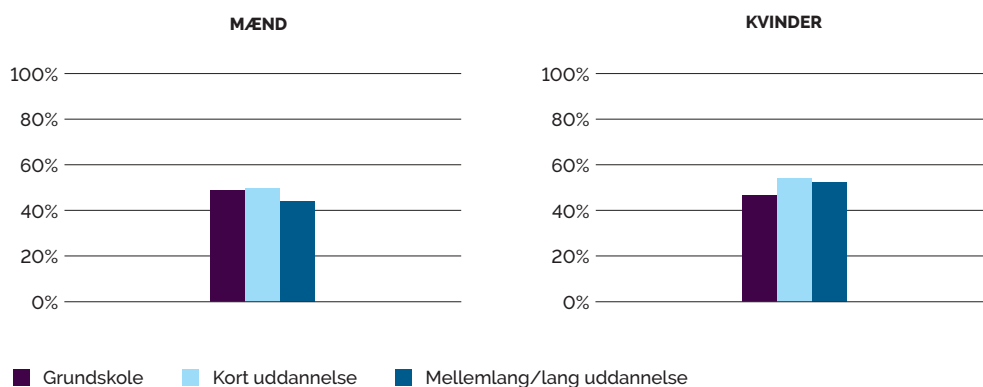
Andel, der ryger mindst 15 cigaretter dagligt, fordelt efter uddannelsesniveau. 2017.



Den Nationale Sundhedsprofil 2017

FIGUR 11.2.3

Andel dagligrygere, der vil holde op med at ryge, fordelt efter uddannelsesniveau. 2017.



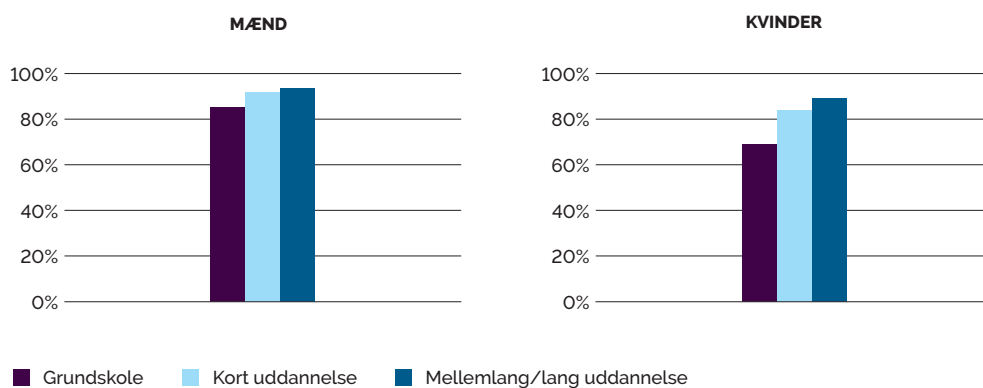
Den Nationale Sundhedsprofil 2017

Alkohol

Andelen blandt ældre på 65 år eller derover, der har drukket alkohol inden for de seneste 12 måneder, stiger med stigende uddannelsesniveau (figur 11.2.4), og det gælder både blandt mænd og kvinder. Det samme mønster ses for andelen, der overskrider Sundhedsstyrelsens høj- og lavrisikogrænser (figur 11.2.5 og 11.2.6). Andelen, der gerne vil nedsætte sit alkoholforbrug, blandt personer, der overskrider højrisikogrænsen, er større blandt personer med mellemlang/lang uddannelse end blandt personer med kort uddannelse (figur 11.2.7). Der er for få svarpersoner til at præsentere opgørelser for andelen, der gerne vil nedsætte alkoholforbruget, blandt personer med grundskole som uddannelsesniveau.

FIGUR 11.2.4

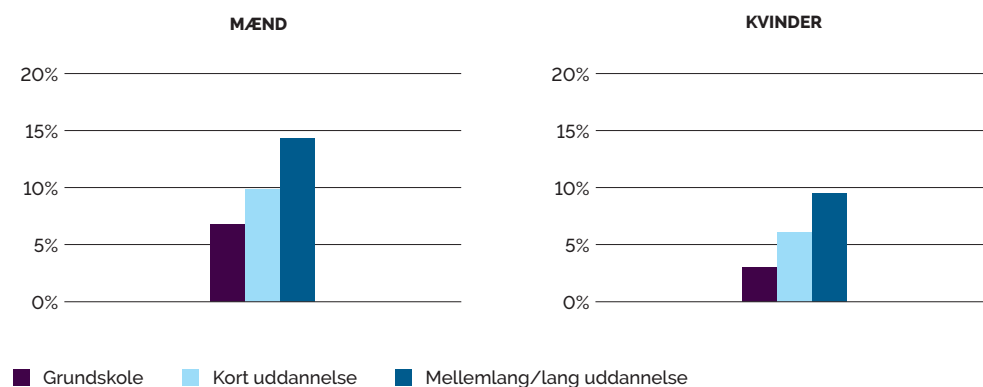
Andel, der har drukket alkohol inden for de seneste 12 måneder, fordelt efter uddannelsesniveau. 2017.



Den Nationale Sundhedsprofil 2017

FIGUR 11.2.5

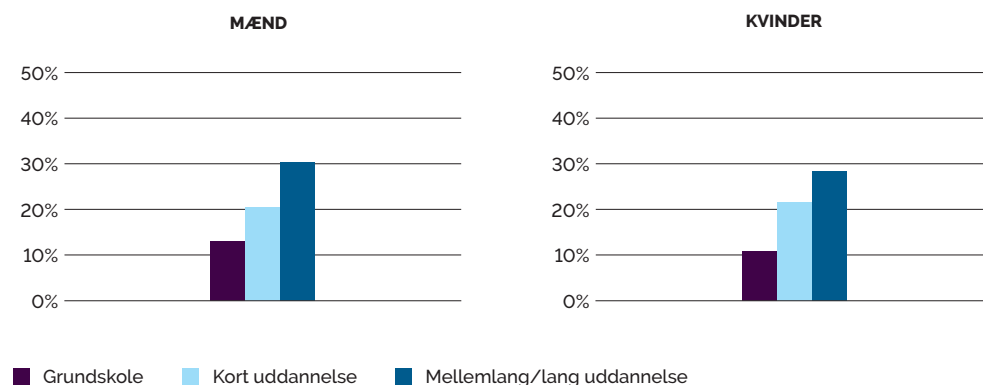
Andel, der overskrider højriskgrænsen i forbindelse med alkoholindtagelse, fordelt efter uddannelsesniveau. 2017.



Den Nationale Sundhedsprofil 2017

FIGUR 11.2.6

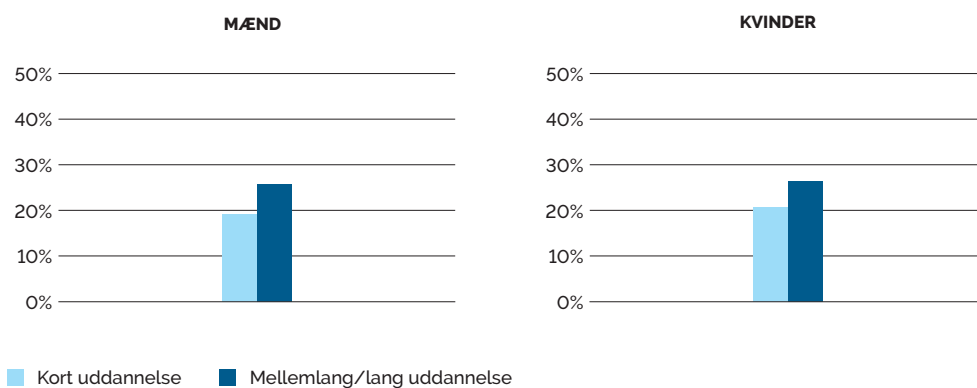
Andel, der overskrider lavrisikogrænsen i forbindelse med alkoholindtagelse, fordelt efter uddannelsesniveau. 2017.



Den Nationale Sundhedsprofil 2017

FIGUR 11.2.7

Andel, der overskrider højrisikogrænsen og gerne vil nedsætte alkoholforbruget, fordelt efter uddannelsesniveau. 2017.



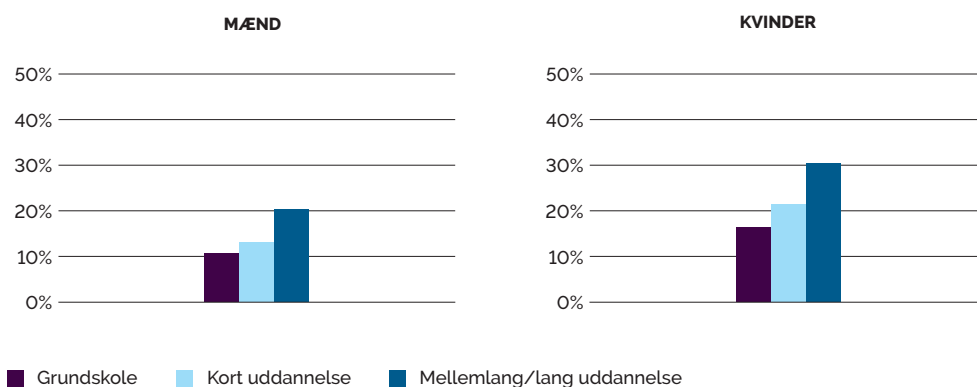
Den Nationale Sundhedsprofil 2017

Kost

Det ses af figur 11.2.8, at andelen blandt både ældre mænd og kvinder, der har et sundt kostmønster, stiger med stigende uddannelsesniveau. Modsat falder andelen med et usundt kostmønster med stigende uddannelsesniveau (figur 11.2.9). Andelen blandt ældre, der har et usundt kostmønster og gerne vil spise mere sundt, er mindre blandt personer med grundskole som højeste gennemførte uddannelsesniveau end blandt personer med en kort uddannelse. Der er ingen tydelig forskel i andelen mellem personer med en kort uddannelse og personer med en mellemlang/lang uddannelse.

FIGUR 11.2.8

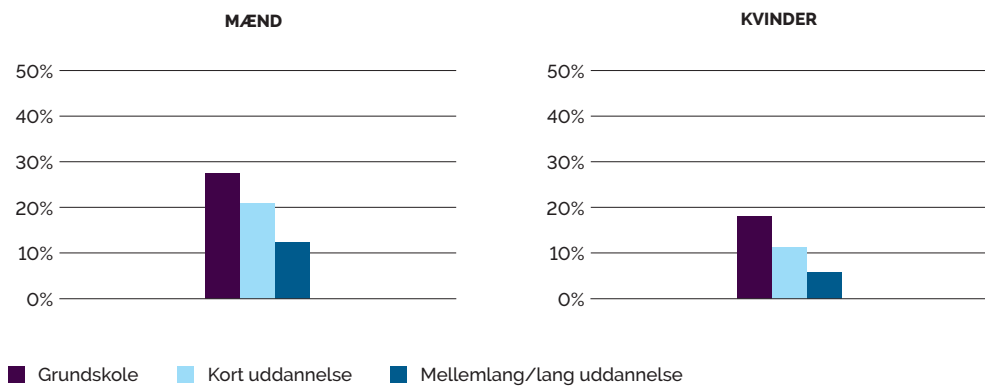
Andel med et sundt kostmønster, fordelt efter uddannelsesniveau. 2017.



Den Nationale Sundhedsprofil 2017

FIGUR 11.2.9

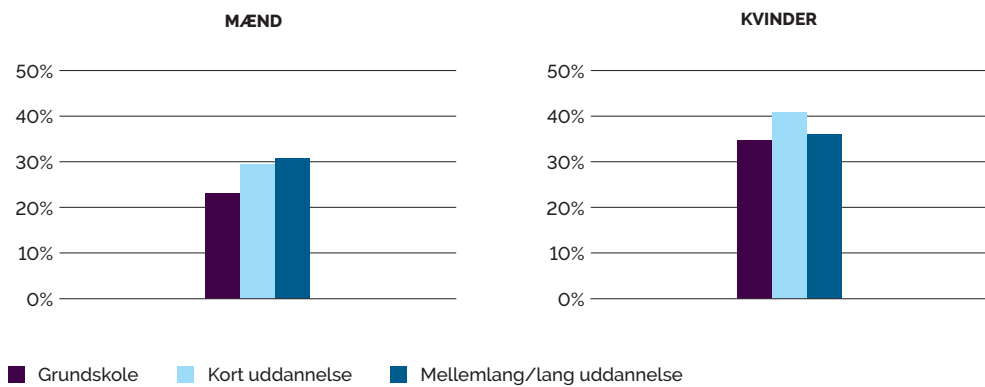
Andel med et usundt kostmønster, fordelt efter uddannelsesniveau. 2017.



Den Nationale Sundhedsprofil 2017

FIGUR 11.2.10

Andel med et usundt kostmønster, der gerne vil spise mere sundt, fordelt efter uddannelsesniveau. 2017.



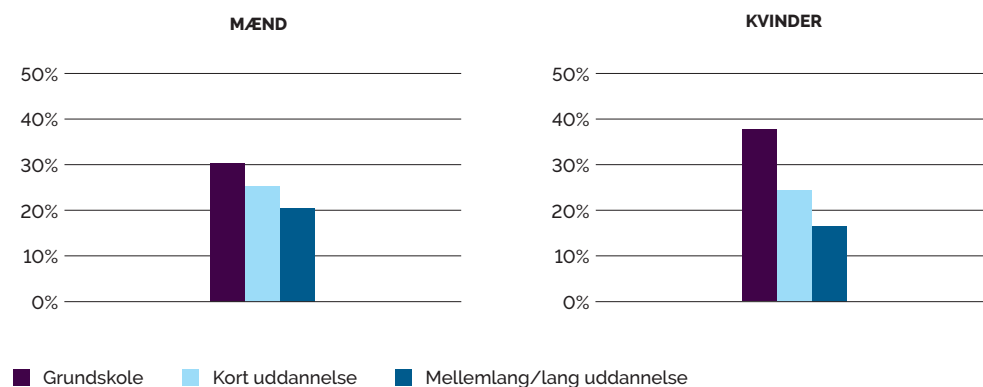
Den Nationale Sundhedsprofil 2017

Fysisk aktivitet

Det ses i figur 11.2.11, at andelen blandt ældre mænd og kvinder på 65 år eller derover med stillesiddende fritidsaktivitet falder med stigende uddannelsesniveau.

FIGUR 11.2.11

Andel, der beskriver deres fysiske aktivitet i fritiden som stillesiddende opdelt på uddannelseslængde, 2017.



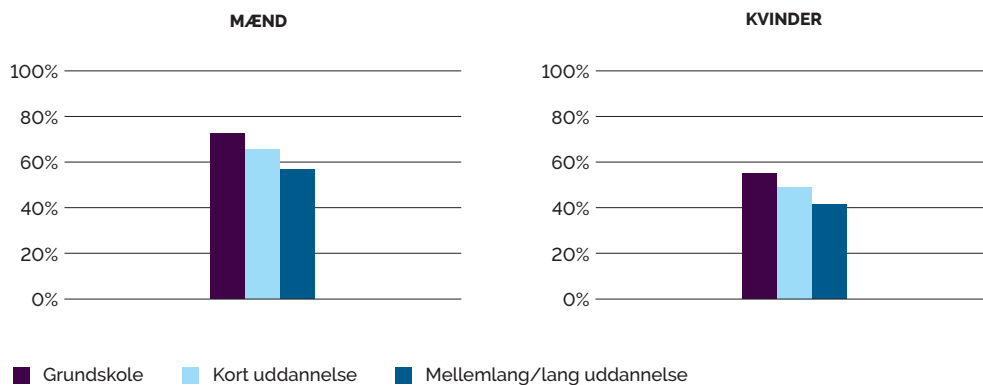
Den Nationale Sundhedsprofil 2017

Overvægt

Det fremgår af figur 11.2.12, at andelen af overvægtige blandt personer på 65 år eller derover falder markant med stigende uddannelsesniveau. Derimod stiger andelen blandt svært overvægtige, der i høj grad gerne vil tabe sig, med stigende uddannelsesniveau (figur 11.2.13).

FIGUR 11.2.12

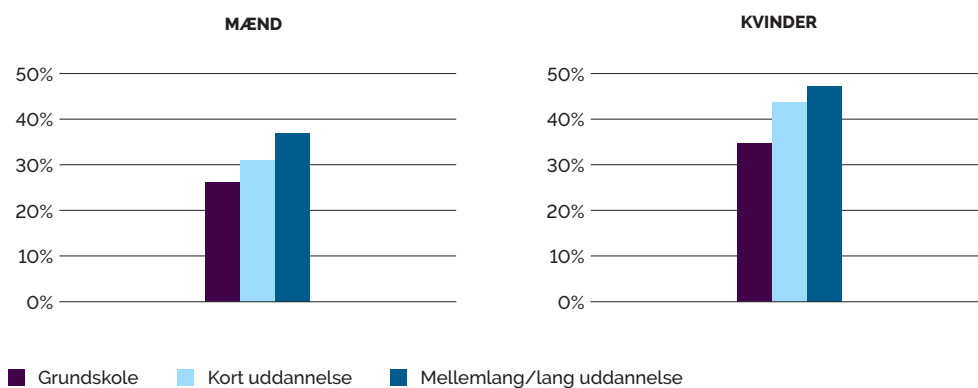
Andel overvægtige, fordelt efter uddannelsesniveau 2017.



Den Nationale Sundhedsprofil 2017

FIGUR 11.2.13

Andel svært overvægtige, der i høj grad gerne vil tabe sig, fordelt efter uddannelsesniveau. 2017.



Den Nationale Sundhedsprofil 2017

Sociale relationer

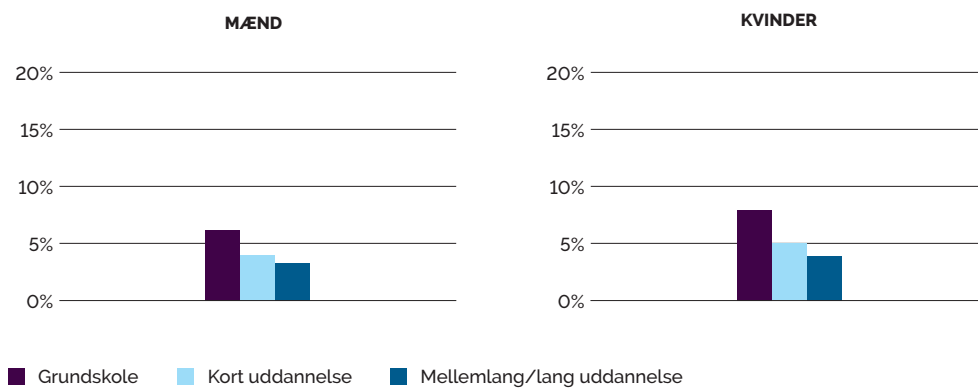
I forhold til sociale relationer ses der ligeledes en sammenhæng med uddannelsesniveau, således at andelen med gode sociale relationer stiger med stigende uddannelsesniveau.

For de beskrevne indikatorer ses der generelt ikke nævneværdig forskel på den sociale ulighed blandt mænd og kvinder.

Andelen, der ofte er uønsket alene, falder med stigende uddannelsesniveau (figur 11.3.1). Det fremgår af figur 11.3.2, at andelen, der sjældnere end månedligt eller aldrig deltager i foreningsliv og fritidsaktiviteter, ligeledes falder med stigende uddannelsesniveau.

FIGUR 11.3.1

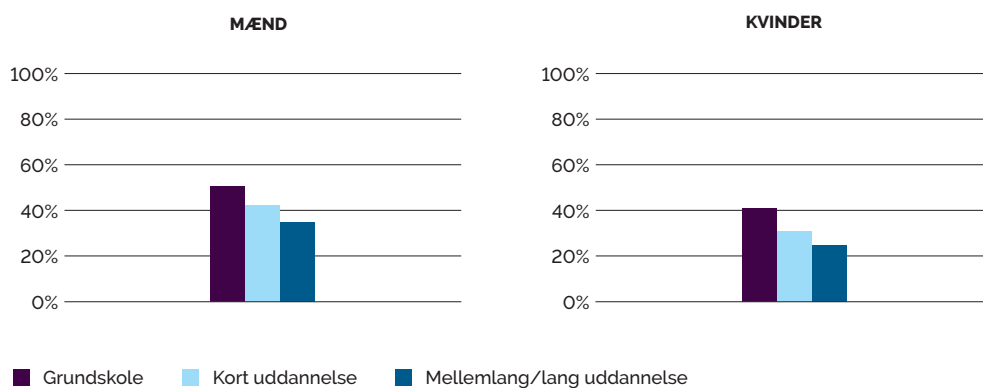
Andel, der ofte er uønsket alene, fordelt efter uddannelsesniveau. 2017.



Den Nationale Sundhedsprofil 2017

FIGUR 11.3.2

Andel, der sjældnere end månedligt eller aldrig deltager i foreningsliv og fritidsaktiviteter, fordelt efter uddannelsesniveau. 2017.



Den Nationale Sundhedsprofil 2017

Sygelighed

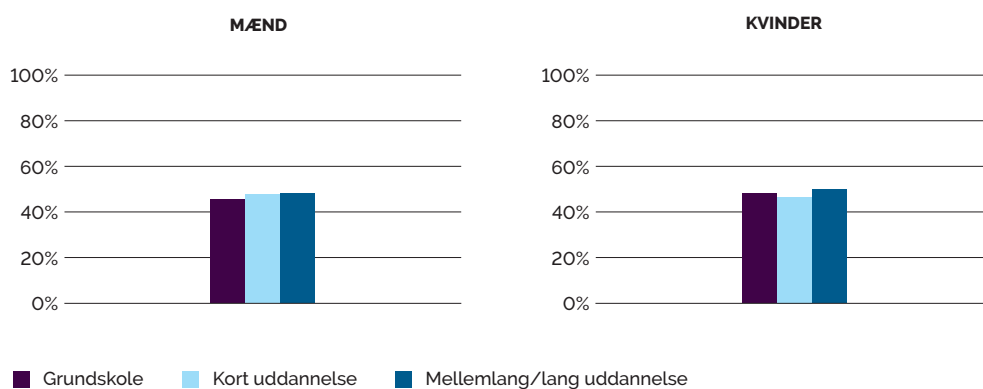
Generelt ses der ikke systematisk ulighed i forhold til sygelighed. Tendensen er den samme blandt mænd og kvinder.

Det ses af figur 11.4.1, at andelen blandt ældre mænd og kvinder, der har en langvarig sygdom, langvarig eftervirkning af skade, handicap eller anden langvarig lidelse af mindst 6 måneders varighed, er stort set den samme på tværs af uddannelsesgrupperne. Det samme gælder andelen, der har været ved egen læge i løbet af de seneste 12 måneder (figur 11.4.3).

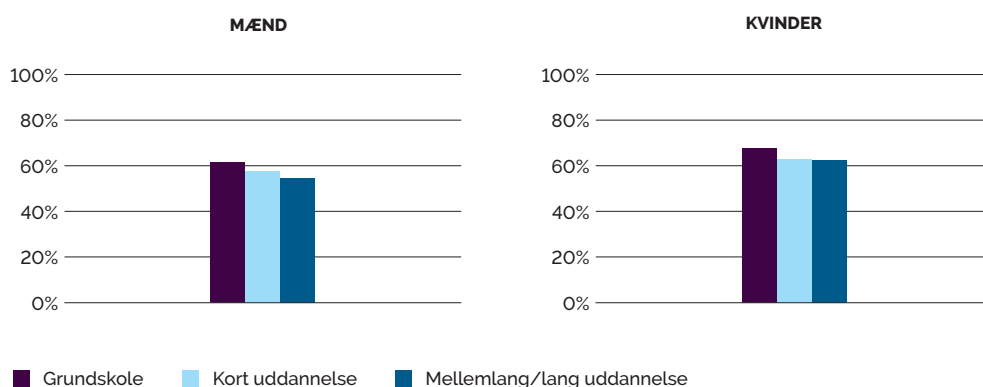
Andelen der har multisygdom, sygdomme fra to eller flere sygdomsgrupper, ses i figur 11.4.2. Andelen falder med stigende uddannelsesniveau. Hvad angår uddannelsesmæssige forskelle i andelen, der har været til genoptræning inden for det seneste år, viser figur 11.4.4, at mens der ikke ses et entydigt mønster blandt mænd, ses blandt kvinder en svag stigning i andelen med stigende uddannelsesniveau.

FIGUR 11.4.1

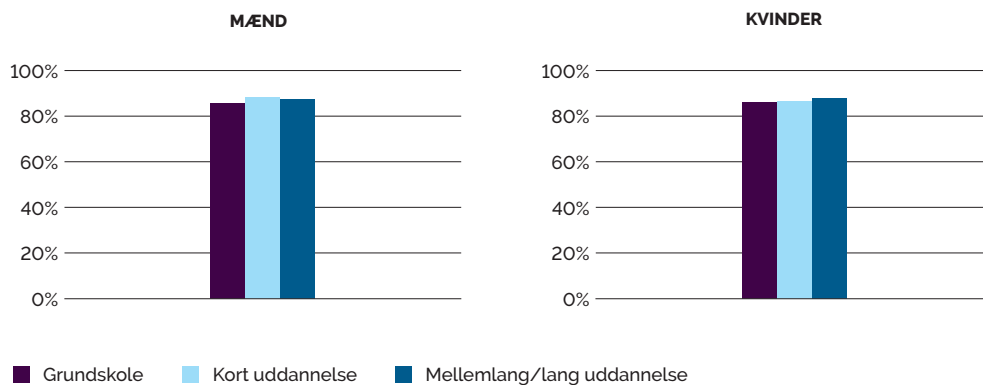
Andel med langvarig sygdom, langvarig eftervirkning af skade, handicap eller anden langvarig lidelse af mindst 6 måneders varighed, fordelt efter uddannelsesniveau. 2017.



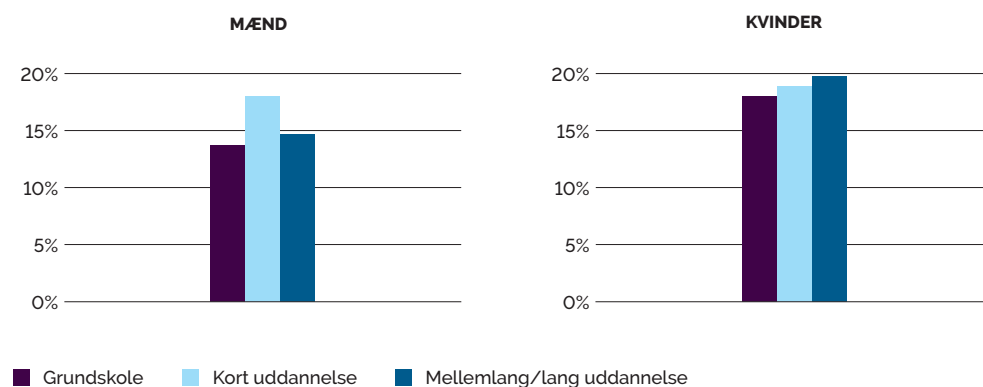
Den Nationale Sundhedsprofil 2017

FIGUR 11.4.2**Andel, der har mere end to sygdomme, fordelt efter uddannelsesniveau. 2017.**

Den Nationale Sundsprofil 2017

FIGUR 11.4.3**Andel, der har været ved egen læge i løbet af de seneste 12 måneder, blandt mænd og kvinder på 65 år eller derover, fordelt efter uddannelsesniveau. 2017.**

Den Nationale Sundhedsprofil 2017

FIGUR 11.4.4**Andel, der har været til genoptræning inden for det seneste år, fordelt efter uddannelsesniveau. 2017.**

Den Nationale Sundhedsprofil 2017

12

**Dødelighed
og restlevetid**

12.1 Restlevetid

Restlevetiden er det gennemsnitlige antal år, som personer i en given alder har tilbage at leve i, hvis deres dødelighed fremover svarer til det niveau, som er konstateret i den aktuelle periode, her i årene 2013 til 2017.

Restlevetiden for borgere på henholdsvis 65 år, 75 år, 85 år og 95 år fremgår af tabel 12.1.1. Den gennemsnitlige restlevetid for en 65-årig var i perioden 2013-2017 17,9 år for mænd og 20,6 år for kvinder. Det betyder, at en 65-årig mand kan forvente at blive 82,9 år gammel, mens en 65-årig kvinde kan forvente at blive 85,6 år gammel. For en 95-årig mand er restlevetiden 2,5 år og for kvinder 3,1 år, hvorfor 95-årige mænd kan forvente at blive 97,5 år, og 95-årige kvinder kan forvente at blive 98,1 år.

TABEL 12.1.1

Restlevetiden for 65-årige, 75-årige, 85-årige og 95-årige mænd og kvinder. 2013-2017. Gennemsnitligt antal restleveår.

	Mænd	Kvinder
65-årige	17,9 år	20,6 år
75-årige	10,8 år	12,8 år
85-årige	5,5 år	6,8 år
95-årige	2,5 år	3,1 år

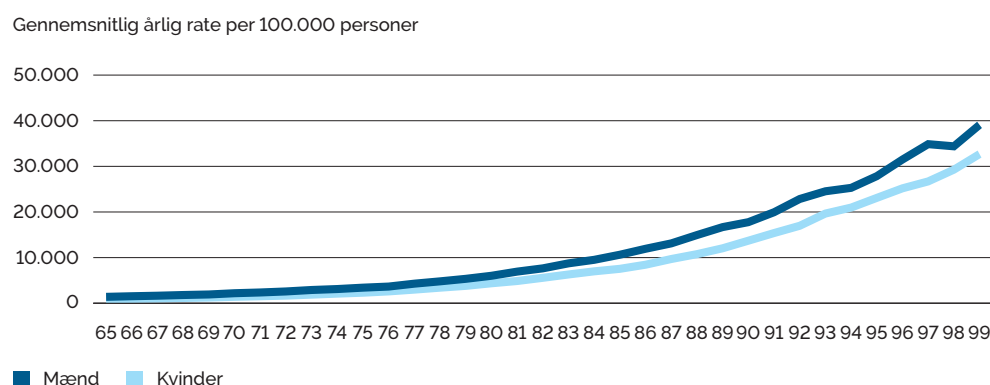
Statistikbanken, Danmarks Statistik

12.2 Dødelighed

Den aldersspecifikke dødelighed blandt personer mellem 65 og 99 år ses i figur 12.2.1. Figuren viser, hvor mange dødsfald der er per 100.000 personer med en given alder i løbet af et år. Det fremgår heraf, at dødeligheden stiger markant fra omkring 80-årsalderen. Det ses i figuren, at dødeligheden for alle aldre er højere for mænd end for kvinder, og at forskellen øges med alderen frem mod 90-årsalderen.

FIGUR 12.2.1

Dødelighed blandt mænd og kvinder i aldersgruppen 65-99 år, fordelt efter alder. 2013-2017.



Statistikbanken, Danmarks Statistik

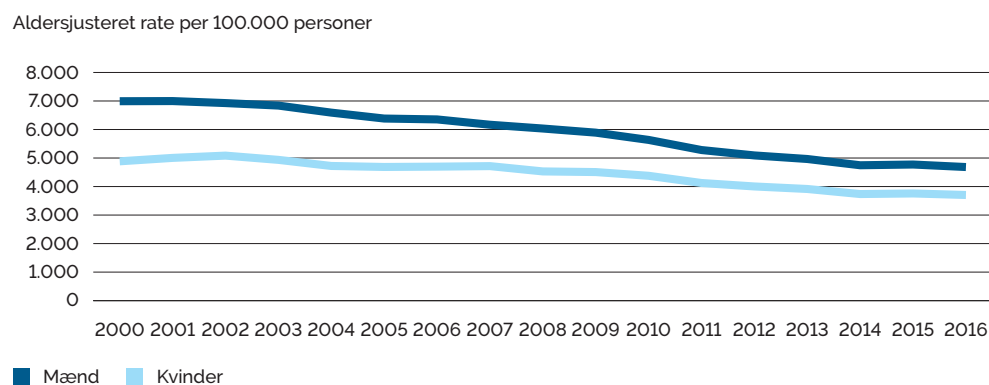
Op igennem det 20. århundrede er dødeligheden blandt ældre faldet markant [34]. Faldet er betinget af en række faktorer og kan både tilskrives kohorteeffekter, det vil sige forhold, der er karakteristiske for en bestemt kohorte eller generation (eksempelvis færre alvorlige infektionssygdomme i barndommen og mindre fysisk nedslidning), og periodeeffekter, det vil sige forhold, der er karakteristiske for den tidsperiode, man lever i

(eksempelvis forbedrede behandlingsmuligheder eller forebyggende og sundhedsfremmende indsatser) [34]. Den ændrede dødelighed blandt de ældre afspejles også i antallet af 100-årige, der er steget fra 15-20 personer i 1950'erne til over 400 personer i starten af 00'erne. I år 2017 var der i Danmark 976 borgere på 100 år eller derover [2].

I figur 12.2.2 ses den samlede dødelighed blandt mænd og kvinder på 65 år eller derover, præsenteret som dødelighedsraten per 100.000 personår det pågældende år, hvis ældrebefolkningen det pågældende år havde samme alderssammensætning som i 2016. Ved at sammenligne med en population, der ligner 2016-populationen, får man aldersjusterede dødelighedsrater, som gør det muligt at se bort fra ændringer i befolkningssammensætningen, når man vil sammenligne udviklingen i dødelighed over tid. Det fremgår af figuren, at den samlede dødelighed er faldet i hele perioden 2000 til 2016. Faldet er større for mænd end for kvinder, men raten er i alle år lavere blandt kvinder end blandt mænd.

FIGUR 12.2.2

Udviklingen i den totale dødelighed blandt mænd og kvinder på 65 år eller ældre. 2000-2016.



Statistikbanken, Danmarks Statistik

12.3 Årsagsspecifik dødelighed

Den årsagsspecifikke dødelighed afspejler dels sygdomsforekomsten i befolkningen, dels behandlingsmuligheder og dermed muligheden for at overleve med en given sygdom. I figurerne 12.3.1-12.3.5 vises udviklingen i den årsagsspecifikke dødelighed for udvalgte sygdomme som er særligt hyppige eller relevante. Det gælder henholdsvis kræftsygdomme, hjerte-kar-sygdomme, andre naturlige dødsårsager (eksempelvis infektionssygdomme og diabetes), ulykker og selvmord i perioden 2000 til 2016. De årsagsspecifikke dødeligheder er opgjort som aldersjusterede rater for den samlede ældregruppe på 65 år og derover, hvor antallet af dødsfald med den givne sygdom, anført som enten tilgrundliggende eller medvirkende dødsårsag, er opgjort per 100.000 borgere.

Det fremgår i figur 12.3.1, at for kræftsygdomme har mænd en højere dødelighed end kvinder i hele perioden. For mænd ses der et fald i dødeligheden fra 2000 til 2016. Det ses et lille fald i kvindernes dødelighed af kræft. I 2006 ses et fald blandt mænd og ligeledes ses mellem 2012 og 2013 et mindre fald i kræftdødeligheden, her både blandt mænd og blandt kvinder.

For hjerte-kar-sygdomme er dødeligheden faldende i hele perioden 2000-2016 for både mænd og kvinder (figur 12.3.2). Dødeligheden er i hele perioden højere blandt mænd end blandt kvinder. Indtil 2011 falder dødeligheden blandt mænd mere markant end blandt kvinder, hvorefter dødeligheden for de to køn falder parallelt frem mod 2016.

Ser man på andre naturlige dødsårsager (figur 12.3.3), der omfatter øvrige sygdomme end de, der allerede er vist i de andre grafer, er mænds dødelighed højere end kvinders. Dødeligheden ændres ikke meget over tid for andre naturlige dødsårsager.

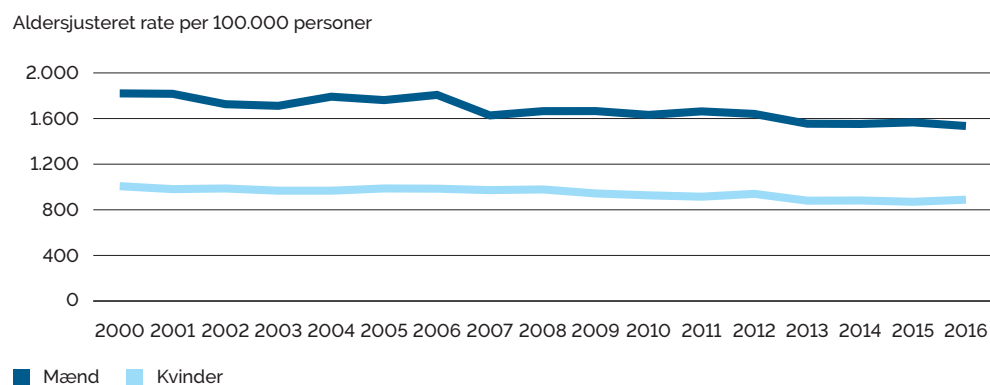
Dødsfald på grund af ulykker har siden år 2000 været faldende, og den årlige rate per 100.000 faldt i 2009 til under 150 personer for mænd, hvor den fortsat ligger (figur 12.3.4). Raten af dødsulykker per 100.000 personer har ligget mellem 60 og 70 om året for kvinder i samme periode.

Der er i starten af perioden 46 dødsfald per 100.000 personer, der skyldes selvmord, blandt mænd, tilsvarende 12 dødsfald som følge af selvmord per 100.000 blandt kvinder (figur 12.3.5). Mænd har mere end en dobbelt så høj dødelighed som følge af selvmord som kvinder i starten af perioden. Der ses stort set ingen udvikling i selvmordsraten blandt kvinder, mens udviklingen generelt er nedadgående for mænd. I slutningen af perioden er der stadig forskel på mænd og kvinders selvmordsrater blandt ældre.

Sammenligner man udviklingen i dødsårsagerne over tid (figur 12.3.6), er det tydeligt, at hjerte-kar-sygdommene i starten af perioden har det højeste antal af dødsfald per 100.000 personer, mens det i slutningen af perioden er andre naturlige dødsårsager, der står for den største andel dødsfald per 100.000 personer. Det er tydeligt, at de store sygdomme; kræft, hjerte-kar-sygdomme og andre naturlige dødsårsager, i hele perioden står for en væsentligt større andel af dødeligheden end ulykker og selvmord. Dødsfald i aldersgruppen 65 år eller derover har i høj grad naturlige dødsårsager.

FIGUR 12.3.1

Dødelighed på grund af kræftsygdomme blandt mænd og kvinder på 65 år eller derover. 2000-2016.

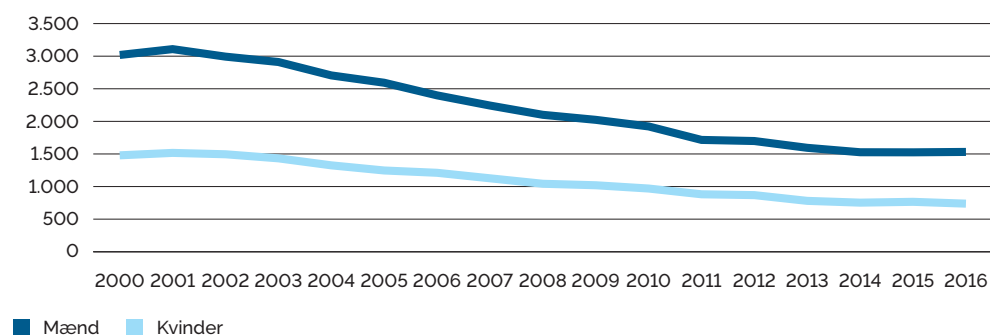


Statistikbanken, Danmarks Statistik

FIGUR 12.3.2

Dødelighed på grund af hjerte-kar-sygdomme blandt mænd og kvinder på 65 år eller derover. 2000-2016.

Aldersjusteret rate per 100.000 personer



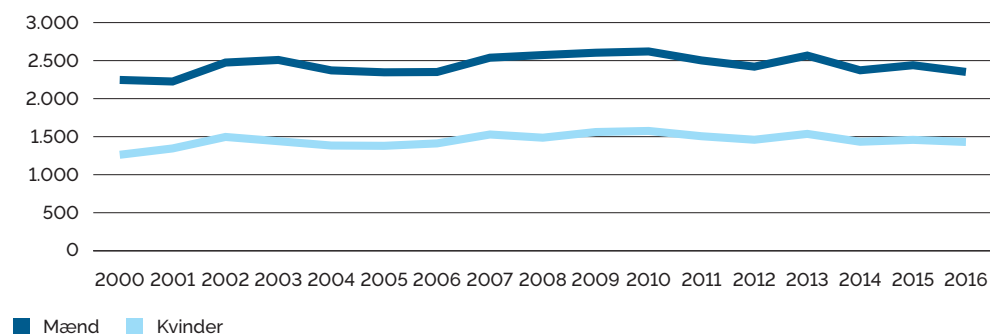
■ Mænd ■ Kvinder

Statistikbanken, Danmarks Statistik

FIGUR 12.3.3

Dødelighed på grund af anden naturlig årsag blandt mænd og kvinder på 65 år eller derover. 2000-2016.

Aldersjusteret rate per 100.000 personer



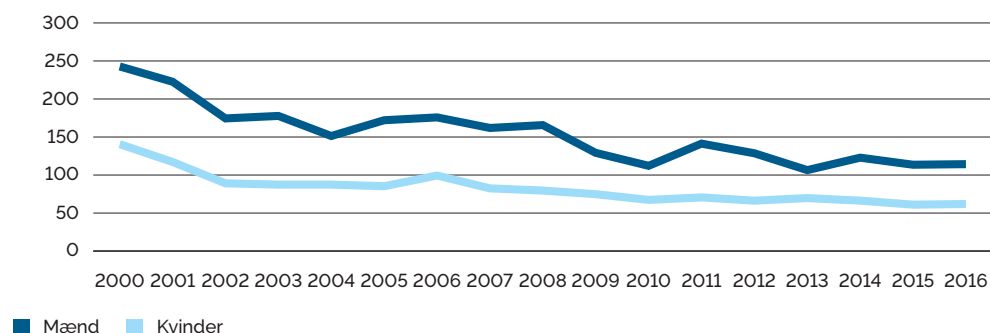
■ Mænd ■ Kvinder

Statistikbanken, Danmarks Statistik

FIGUR 12.3.4

Dødelighed på grund af ulykker blandt mænd og kvinder på 65 år eller derover. 2000-2016.

Aldersjusteret rate per 100.000 personer



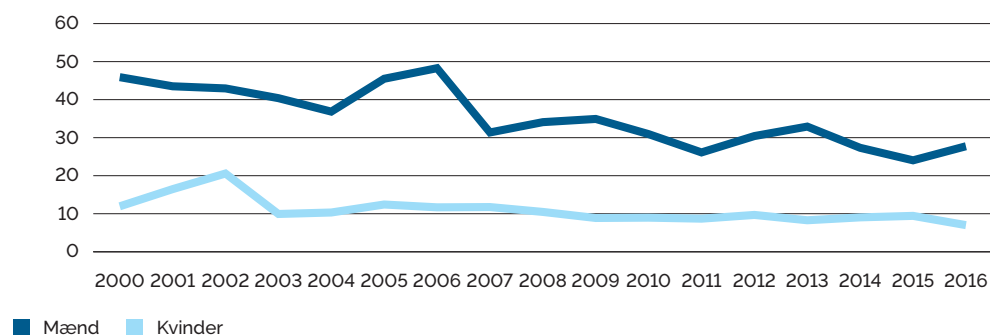
■ Mænd ■ Kvinder

Statistikbanken, Danmarks Statistik

FIGUR 12.3.5

Dødelighed på grund af selvmord blandt mænd og kvinder på 65 år eller derover. 2000-2016.

Aldersjusteret rate per 100.000 personer



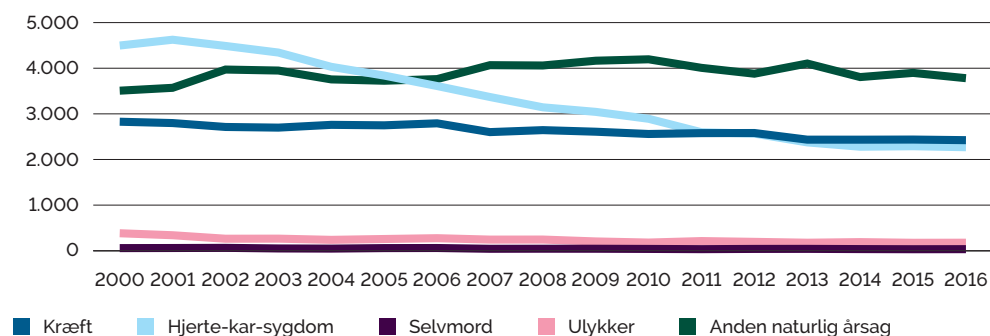
■ Mænd ■ Kvinder

Statistikbanken, Danmarks Statistik

FIGUR 12.3.6

Dødelighed, fordelt efter dødsårsager blandt personer på 65 år eller derover. 2000-2016.

Aldersjusteret rate per 100.000 personer



■ Kræft ■ Hjerte-kar-sygdom ■ Selvmord ■ Ulykker ■ Anden naturlig årsag

Statistikbanken, Danmarks Statistik

13

Materiale og metode

13.1 Datamateriale

Til beskrivelse af sundhedstilstanden blandt ældre og udviklingen over tid anvendes data fra Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 1987, 1994, 2000, 2005, 2010, 2013 og 2017 og fra Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017 samt nationale registre.

Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne

Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen er nationalt repræsentative undersøgelser foretaget blandt voksne i Danmark og er gennemført af Statens Institut for Folkesundhed, SDU, i 1987, 1994, 2000, 2005, 2010, 2013 og 2017 [6]. I 2010, 2013 og 2017 udgjorde den en delstikprøve i Den Nationale Sundhedsprofil. Undersøgelserne har til formål at beskrive forekomst og fordelingen af sundhed og sygelighed i den voksne danske befolkning. For en nærmere beskrivelse af metoden henvises til [35].

Den Nationale Sundhedsprofil

Den Nationale Sundhedsprofil, som er gennemført i 2010, 2013 og 2017, er en national repræsentativ undersøgelse baseret på stikprøver fra hver af de fem regioner samt en national stikprøve (Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen) [6]. Det overordnede formål med undersøgelserne er at beskrive forekomsten og fordelingen af sundhed og sygelighed i den voksne befolkning på 16 år og derover i hver af landets kommuner og derigennem landets regioner og i hele Danmark. For en nærmere beskrivelse af metoden henvises til rapporten Materiale og metode fra SIF i 2018 [6].

Befolkningsregisteret

Befolkningsregisteret er et forskningsregister, som er baseret på CPR-registeret. Registeret indeholder blandt andet oplysninger om borgernes bopæl, køn, civilstand og alder og bruges til at knytte svarpersonerne i spørgeskemaundersøgelserne til Landspatientregisteret.

Landspatientregisteret

Landspatientregisteret indeholder oplysninger om befolkningens kontakter til danske hospitaler. I Landspatientregisteret er alle indlæggelser, ambulante hospitalsbesøg og skadestuebesøg registreret med diagnosekoder og koder for tillægsdiagnoser. I denne rapport benyttes den del af registeret, der indeholder oplysninger fra somatiske afdelinger. For indlæggelser går registeret tilbage til 1977, mens registeret for ambulante hospitalsbesøg og skadestuekontakter går tilbage til 1995.

Deltagelse

I tabel 13.1.1 ses antal inviterede, antal deltagere og deltagelsesprocent i Den Nationale Sundhedsprofil 2017, fordelt efter køn og aldersgruppe. Tabel 13.1.2 og 13.1.3 viser en karakteristik af deltagerne i henholdsvis Den Nationale Sundhedsprofil 2017 og Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2017, fordelt efter køn og aldersgruppe. Det fremgår, at antallet af svarpersoner og deltagelsesprocenten falder med stigende alder (tabel 13.1.1). Det største fald i deltagelsesprocenten sker mellem aldersgrupperne 75-84 år og 85 år eller derover. Det må derfor forventes, at de svageste ældre er underrepræsenteret i undersøgelsen. Fordelingen af svarpersoner i Den Nationale Sundhedsprofil 2017 og Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2017 er ens (tabel 13.1.2 og 13.1.3).

Siden 1987 er antallet af deltagere steget markant i alle aldersgrupper (tabel 13.1.4). Stigningen er primært sket mellem 1994 og 2000. Ved opstarten af Den Nationale Sundhedsprofil i 2010 blev studiepopulationerne markant større, mens Sundheds- og sygelighedsundersøgelsens del af disse populationer kun var en smule større end de foregående undersøgelsers studiepopulationer.

TABEL 13.1.1

Antal inviterede, antal svarpersoner og deltagelsesprocenter i Den Nationale Sundhedsprofil 2017, fordelt efter aldersgruppe.

	65-74 år	75-84 år	≥85 år
MÆND			
Inviterede	22.165	10.662	2.975
Svarpersoner	16.451	7.598	1.534
Deltagelsesprocent	74,2	71,3	51,6
KVINDER			
Inviterede	23.325	12.863	5.557
Svarpersoner	17.188	8.064	2.282
Deltagelsesprocent	73,7	62,7	41,1
I ALT			
Deltagelsesprocent	73,9	66,6	44,8

Den Nationale Sundhedsprofil 2017

TABEL 13.1.2

Karakteristik af svarpersoner i Den Nationale Sundhedsprofil 2017, fordelt efter aldersgruppe. Antal svarpersoner og procent.

	Mænd	Kvinder	I alt
65-74 år	16.451 (28,4)	17.188 (30,4)	33.639 (58,8)
75-84 år	7.598 (14,2)	8.064 (17,5)	15.662 (31,7)
≥85 år	1.534 (3,2)	2.282 (6,25)	3.816 (9,5)
I alt	25.583 (45,8)	27.534 (54,2)	53.117 (100,0)

Den Nationale Sundhedsprofil 2017

TABEL 13.1.3

Karakteristik af svarpersoner i Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2017, fordelt efter aldersgruppe. Antal svarpersoner og procent.

	Mænd	Kvinder	I alt
65-74 år	1.134 (28,5)	1.299 (31,4)	2.243 (58,8)
75-84 år	535 (14,4)	575 (17,3)	1.110 (31,7)
≥85 år	113 (3,0)	170 (6,6)	283 (9,6)
I alt	1.782 (45,8)	2.044 (54,2)	3.826 (100,0)

Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2017

TABEL 13.1.4

Antal svarpersoner på 65 år eller derover i henholdsvis Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen og Den Nationale Sundhedsprofil, fordelt efter undersøgelsesår.

	Mænd	Kvinder	I alt
Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 1987	383	481	864
Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 1994	365	463	828
Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2000	1.372	1.643	3.015
Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005	1.391	1.621	3.012
Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2010	1.649	1.905	3.554
Den Nationale Sundhedsprofil 2010	22.656	20.034	42.690
Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2013	1.756	2.039	3.795
Den Nationale Sundhedsprofil 2013	24.193	22.081	46.274
Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2017	1.782	2.044	3.826
Den Nationale Sundhedsprofil 2017	27.534	25.583	53.117

Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 1987, 1994, 2000, 2005, 2010, 2013 og 2017 og Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017

13.2 Metode

Vægtning

For at sikre nationalt repræsentative resultater er der i denne rapport analyser foretaget en vægtning af data, således at fordelingen af svarpersonerne ligner den øvrige ældrebefolkning så meget som muligt i forhold til køn, alder, uddannelse og andre socio-demografiske karakteristika. For både Den Nationale Sundhedsprofil og Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen gælder det, at svarpersonerne afviger fra den generelle befolknings sammensætning i Danmark på trods af, at invitationerne er udsendt til et nationalt repræsentativt udsnit af befolkningen. I denne rapport søges dette problem løst ved en opregning, en såkaldt vægtning for bortfald, der lader nogle svarpersoner besvarelser vægte "tungere" end andre i beregning af de procentvise forekomster. Det betyder, at besvarelserne fra den enkelte person er givet en vægt i forhold til, hvor sandsynligt det er at få en besvarelse fra en person med den samme bopælskommune, køn, alder, og andre sociodemografiske karakteristika.

Manglende besvarelser

Vægtning af resultaterne har som beskrevet ovenfor til formål at gøre studiepopulationen nationalt repræsentativ. Ikke alle, der har deltaget i undersøgelserne, har besvaret alle spørgsmål. De spørgsmål, alle deltagere har svaret på, korrigeres bedst ved hjælp af en sådan vægtning, således at resultaterne er repræsentative for ældrebefolkningen i Danmark. Imidlertid gælder det, at når en større andel af deltagerne ikke har svaret på enkelte spørgsmål, er der risiko for, at resultaterne alligevel ikke er repræsentative for ældrebefolkningen i Danmark. I tabel 13.1.4 er det samlede antal svarpersoner i hver undersøgelse præsenteret. I rapportens resultatdel præsenteres løbende, hvor mange personer i hver aldersgruppe, fordelt efter køn og samlet, der har svaret på de enkelte spørgsmål. Disse antal svarpersoner er ikke vægtet. Når der præsenteres resultater fra spørgsmål med mange manglende besvarelser, enten samlet eller i køns- og aldersgrupper, bør det føre til en overvejelse om generaliserbarheden af resultaterne. Der præsenteres som tidligere nævnt ikke resultater baseret på svar fra under 10 personer, og af samme grund præsenteres heller ikke resultater fra Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 1987 og 1994 for personer på 85 år eller derover. For at undersøge betydningen af manglende besvarelser på enkelte spørgsmål, de såkaldte item non-respons, præsenteres der i bilag A analyser foretaget med såkaldte imputationer af manglende besvarelser. Imputationerne, der i praksis er tilnærmelser af svar for de

svarpersoner, der mangler at svare på de enkelte spørgsmål, er foretaget med metoden **Fully Conditional Specification**. Det ser ikke ud til, at de manglende besvarelser af enkelte spørgsmål påvirker resultaterne i denne rapport.

Referencer

1. Danmarks Statistik,
Statistikdokumentation for Befolkningsfremskrivning for Danmark 2018.
2018, Danmarks Statistik.
2. Danmarks Statistik,
Danmarks Statistik - statistikbanken.dk/DOD. 2018, Danmarks Statistik.
3. DeSalvo, K.B., et al.,
Mortality prediction with a single general self-rated health question. 2006. 21(3): p. 267.
4. Latham, K. and C.W. Peek,
Self-rated health and morbidity onset among late midlife US adults.
Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences, 2012. 68(1): p. 107-116.
5. Ware Jr, J.E., M. Kosinski, and S.D. Keller,
A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. 1996. 34(3): p. 220-233.
6. Jensen, H.A.R., et al.,
Danskernes sundhed-Den Nationale Sundhedsprofil 2017. 2018.
7. Nielsen, N.H. and T.S. Kristensen,
Stress i Danmark-hvad ved vi? 2007.
8. Nielsen, L., et al.,
What characterizes persons with high levels of perceived stress in Denmark? A national representative study. 2008. 36(4): p. 369-379.
9. Theorell, T., et al.,
Stress and cardiovascular disease. 2006.
10. Rugulies, R., et al.,
Psychosocial work environment and incidence of severe depressive symptoms: prospective findings from a 5-year follow-up of the Danish work environment cohort study. 2006. 163(10): p. 877-887.
11. Cohen, S., et al.,
A global measure of perceived stress. 1983: p. 385-396.
12. Jensen, H.A.R., et al.,
Tandstaius. 2015.
13. Petersen, P.E.,
Folkesundhed-folkesygdomme: Tandsundhed, in **Folkesundhedsrapporten, Danmark 2007.** 2007, Statens Institut for Folkesundhed, SDU. p. 185-194.
14. Eriksen, L., et al.,
Sygdomsbyrden i Danmark: risikofaktorer. Version 2.0 ed. 2016: Sundhedsstyrelsen.
15. Kamper-Jørgensen, F., G. Almind, and B. Bruun Jensen,
Forebyggende sundhedsarbejde: baggrund, analyse og teori, arbejdsmetoder. 5. udgave ed. 2009, København: Munksgaard.
16. Christensen, U. and K. Albertsen,
Teorier om dannelse og forandring af livsstil, in **Medicinsk Sociologi-samfund, sundhed og sygdom.** 2002, Munksgaard. p. 207-224.
17. Iversen, L.,
Medicinsk sociologi: samfund, sundhed og sygdom. 2002: Munksgaard.
18. Grønæk, M.,
Forebyggelse og epidemiologiske analyser, in **Forebyggende Sundhedsarbejde.** 2009, Munksgaard. p. 184-188.

19. Juel, K., J. Sørensen, and H. Brønnum-Hansen,
Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark. 2006: Statens Institut for folkesundhed.
20. Flachs, E.M., F. Statens Institut for, and Sundhedsstyrelsen,
Sygdomsbyrden i Danmark: sygdomme. Version 1.0 ed. 2015, Kbh: Sundhedsstyrelsen.
21. Sundhedsstyrelsen,
Sundhedsstyrelsens nye udmelding vedrørende alkohol.
2010, Sundhedsstyrelsen: København.
22. Zierau, F., et al.,
Validation of a self-administered modified CAGE test (CAGE-C) in a somatic hospital ward: Comparison with biochemical markers.
Scandinavian Journal of Clinical & Laboratory Investigation, 2005. 65(7): p. 615-622.
23. World Health Organization,
Diet, nutrition, and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO expert consultation. Vol. 916. 2003: World Health Organization.
24. Toft, U., et al.,
The Dietary Quality Score: validation and association with cardiovascular risk factors: the Inter99 study. European Journal of Clinical Nutrition, 2007. 61(2): p. 270-278.
25. Klarlund Pedersen, B., L.B. Andersen, and Sundhedsstyrelsen,
Fysisk aktivitet - håndbog om forebyggelse og behandling.
Revideret udgave ed. 2011, København: Sundhedsstyrelsen.
26. Calle, E.E. and R. Kaaks,
Overweight, obesity and cancer: epidemiological evidence and proposed mechanisms.
Nature Reviews Cancer, 2004. 4(8): p. 579-591.
27. Pedersen, K.M.,
Sundhedsøkonomi ved underernæring blandt ældre. 2009(1): p. 8-12.
28. World Health Organization,
Obesity: preventing and managing the global epidemic.
2000: World Health Organization.
29. Thinggaard, M., et al.,
Is the Relationship Between BMI and Mortality Increasingly U-Shaped With Advancing Age? A 10-Year Follow-up of Persons Aged 70-95 Years. Journals of Gerontology Series A: Biomedical Sciences and Medical Sciences, 2010. 65A(5): p. 526-531.
30. Holt-Lunstad, J., et al.,
Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review.
Perspectives on Psychological Science, 2015. 10(2): p. 227-237.
31. Christensen, A.I., et al.,
Sundhed og sygelighed i Danmark 2010 & udviklingen siden 1987. 2012.
32. EK, S.,
SEKSUEL SUNDHED. 2010.
33. Lund, R., U. Christensen, and L. Iversen,
Medicinsk sociologi: sociale faktorerers betydning for befolkningens helbred.
2. udgave ed. 2012, Kbh: Munksgaard Danmark.
34. Knudsen, L.B.,
Introduktion til demografisk metode. Metodiserie for social- og sundhedsvidenskaberne.
Vol. 441. 2016, Odense: Syddansk Universitetsforlag.
35. Christensen, A.I., et al.,
Materiale og metode. 2017.
36. Liu, Y. and A. De,
Multiple imputation by fully conditional specification for dealing with missing data in a large epidemiologic study. 2015. 4(3): p. 287.

Bilag A

Sensitivitetsanalyser med multipel imputation

I dette bilag præsenteres alternativer til enkelte af resultaterne i rapporten om ældre-befolkningens sundhedstilstand. De er resultater af en sensitivitetsanalyse, der har til formål at undersøge betydningen af manglende svar på udvalgte items. Der er ikke væsentlige ændringer i resultaterne når analyserne foretages med multipel imputation. Manglende svar påvirker formentlig ikke resultaterne i rapporten i en særlig retning.

Som nævnt i metodeafsnittet er der brugt vægtning for at søge at imødegå udfordringerne med, at en del personer ikke besvarer spørgeskemaet. Vægtningen tager imidlertid ikke højde for, at ikke alle personer, der har deltaget i undersøgelsen, har besvaret alle spørgsmål i spørgeskemaet. Nedenfor bruges betegnelserne item non-response og uoplyst for denne type bortfald. Antallet af svarpersoner på de enkelte spørgsmål skifter igennem rapporten, og disse tal kan være med til at vise, hvor mange der har svaret på det pågældende spørgsmål.

Eksempelvis er item non-response for rygning 4,1 %. Det vil sige, at 4,1 % af alle, der har svaret på spørgeskemaet, ikke har svaret på spørgsmålet om rygning. En anden måde at sige det på er, at der er 4,1 % med uoplyst rygning. Item non-response for slidgigt er 8,8 %, 16,6 % for dårligt fysisk helbred, og for uddannelse er item non-response 9,9 %.

Samtidig er der stor forskel på item non-response i forskellige aldersgrupper. Et eksempel er forekomsten af dårligt fysisk helbred. Her er andelen af item non-response 12,7 % i aldersgruppen 65-74 år, 21,8 % i aldersgruppen 75-84 år og 30,4 % i aldersgruppen 85 år og derover.

I rapporten indgår kun de svar, der er afgivet ved afrapportering af forekomster. Item non-response medtages altså ikke i rapporten. Dette kan give en bias, altså en systematisk skævvridning af resultaterne, dels fordi personer med uoplyste svar måske ikke ligner personer med oplyste svar, og dels fordi andelen af uoplyst stiger med stigende alder. For at undersøge, om der er et problem med bias på grund af manglende svar, har vi lavet enkelte af analyserne med en statistisk metode, der kan undersøge, hvordan resultaterne havde været, hvis alle deltagere i undersøgelsen havde svaret på spørgsmålene. Det er disse analyser, vi præsenterer i dette bilag.

Vi har anvendt en statistisk metode til at tage højde for item non-response, for derefter at kunne sammenligne resultaterne, når der tages højde for uoplyst, og når der ikke tages højde for uoplyst. Metoden kaldes 'Fully Conditional Specification' (FCS) [36]. Detaljer om metoden kan findes i artiklen af Liu og De fra 2015. Kort fortalt laves en model for hver variabel med uoplyste værdier, hvor spørgeskemaets øvrige variable både med og uden uoplyst inddrages. Resultatet er, at uoplyste værdier for hver variabel erstattes af såkaldte imputerede værdier, hvorved alle variable bliver fuldt oplyst. De imputerede variable afhænger af hvilke svar på spørgeskemaets andre spørgsmål non-response svarpersonerne har, men de enkelte personers imputerede svar varierer, hver gang analysen køres.

Metoden baserer sig på en tilfældig starttilstand, og der genereres derfor et antal (her 10) sæt af data, hvor alle værdier på alle variable er oplyst. Forekomster baserer sig således på gennemsnit henover disse 10 imputerede datasæt. I selve imputeringsfasen er der taget udgangspunkt i samtlige variable, der indgår i rapporten.

Nedenfor præsenteres resultater for følgende indikatorer, med og uden imputationer af uoplyste:

- Dårligt fysisk helbred
- Daglig rygning
- Slidgigt
- Gå en etage op eller ned af en trappe uden problemer

Der præsenteres først resultater for forekomst fordelt på aldersgrupper og efterfølgende for forekomst fordelt på uddannelsesgrupper.

I tabellerne A.1.1-A.1.4 vises forekomsterne for de udvalgte indikatorer fordelt på FCS (fully conditional specification) og de i rapporten angivne resultater. Der ses generelt en lille forskel på de i rapporten angivne procenter og de, der er opnået ved FCS. For dårligt fysisk helbred ses de største afvigelser på omkring 1 procentpoint. Det ses også, at tendensen hen over aldersgrupper er den samme, uanset om vi bruger FCS eller ej.

TABEL A.1.1

Andel med dårligt fysisk helbred. 2017. Procent.

	65-74 år	75-84 år	≥85 år	I alt
MÆND				
FCS	14,8	23,9	46,9	19,9
Resultat i rapporten	14,2	23,1	47,1	18,8
KVINDER				
FCS	17,9	31,1	54,8	26,4
Resultat i rapporten	17,4	31,0	56,6	25,4

Data fra Den Nationale Sundhedsprofil 2017

TABEL A.1.2

Andel, der ryger dagligt. 2017. Procent.

	65-74 år	75-84 år	≥85 år	I alt
MÆND				
FCS	16,9	12,0	9,3	14,9
Resultat i rapporten	16,9	11,9	9,0	14,9
KVINDER				
FCS	13,6	10,3	6,8	11,8
Resultat i rapporten	13,6	10,3	6,5	11,8

Data fra Den Nationale Sundhedsprofil 2017

TABEL A.1.3

Andel med slidgigt. 2017. Procent.

	65-74 år	75-84 år	≥85 år	I alt
MÆND				
FCS	33,8	38,7	43,0	36,0
Resultat i rapporten	33,5	38,4	42,8	35,6
KVINDER				
FCS	48,5	57,7	61,6	53,0
Resultat i rapporten	48,2	57,7	62,0	52,6

Data fra Den Nationale Sundhedsprofil 2017

TABEL A.1.4

Andel, der kan gå en etage op eller ned af en trappe uden besvær. 2017. Procent.

	65-74 år	75-84 år	≥85 år	I alt
MÆND				
FCS	75,6	61,8	37,9	68,6
Resultat i rapporten	76,0	62,1	37,8	68,9
KVINDER				
FCS	69,0	51,6	27,0	58,6
Resultat i rapporten	69,4	52,4	26,8	59,2

Data fra Den Nationale Sundhedsprofil 2017

I tabellerne A.2.1-A.2.4 vises uddannelsesspecifikke forekomster for de udvalgte indikatorer fordelt på FCS (fully conditional specification) og de i rapporten angivne resultater.

Det ses, at uanset om der tages højde for uoplyste eller ej, er gradienten hen over uddannelsesgrupper den samme i de fire udvalgte indikatorer. Forskellen i procent er lille, undtagen for at gå en etage op. Sidstnævnte indikator er også baseret på et væsentligt mindre datamateriale.

TABEL A.2.1

Andel med dårligt fysisk helbred. 2017. Procent.

	Grundskole	Kort uddannelse	Mellemlang eller lang uddannelse	Anden uddannelse
MÆND				
FCS	25,8	20,6	16,9	23,9
Resultat i rapporten	25,0	19,4	16,0	21,9
KVINDER				
FCS	32,9	24,8	21,6	30,7
Resultat i rapporten	32,8	24,3	21,1	28,1

Data fra Den Nationale Sundhedsprofil 2017

TABEL A.2.2

Andel, der ryger dagligt. 2017. Procent.

	Grundskole	Kort uddannelse	Mellemlang eller lang uddannelse	Anden uddannelse
MÆND				
FCS	18,8	14,3	11,5	16,1
Resultat i rapporten	18,6	13,8	11,1	15,0
KVINDER				
FCS	14,5	11,8	8,6	11,9
Resultat i rapporten	14,4	11,4	8,2	11,0

Data fra Den Nationale Sundhedsprofil 2017

TABEL A.2.3

Andel med slidigt. 2017. Procent.

	Grundskole	Kort uddannelse	Mellemlang eller lang uddannelse	Anden uddannelse
MÆND				
FCS	40,0	36,7	32,7	38,3
Resultat i rapporten	39,6	36,4	32,2	37,5
KVINDER				
FCS	54,4	52,0	53,6	54,3
Resultat i rapporten	54,0	51,5	53,4	54,3

Data fra Den Nationale Sundhedsprofil 2017

TABEL A.2.4

Andel, der kan gå en etage op eller ned af trapper uden besvær. 2017. Procent.

	Grundskole	Kort uddannelse	Mellemlang eller lang uddannelse	Anden uddannelse
MÆND				
FCS	62,8	67,1	73,3	58,5
Resultat i rapporten	64,0	68,7	75,4	62,7
KVINDER				
FCS	48,1	59,3	68,7	48,5
Resultat i rapporten	50,2	61,2	70,4	52,6

Data fra Den Nationale Sundhedsprofil 2017

Det ses altså, at selvom der for nogle indikatorer, og særligt for den ældste aldersgruppe, er en høj andel af uoplyst eller item non-respons, giver det ikke væsentligt andre resultater at tage højde for disse manglende svar. Det samme mønster gælder, når det er uddannelsesgrupper, der opdeles på. Resultaterne, der præsenteres i rapporten om ældrebefolkningens sundhedstilstand, ser altså ikke ud til at være påvirket særligt af bias som følgende af manglende svar på de enkelte spørgsmål.

Ældres sundhed og trivsel – ældreprofilen 2019

©Sundhedsstyrelsen 2019

Udgivelsen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Udgiver:

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
www.sst.dk

Udarbejdet af:

Caroline Klint Johannesen, Michael Davidsen
og Anne Illemann Christensen
Statens Institut for Folkesundhed, SDU.

Versionsdato: 24. januar 2019

Design og layout: BGRAPHIC

Foto: Johnér

ISBN elektronisk udgave: 978-87-7014-075-1

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Sundhed for alle ♥+●