



ÆLDREBEFOLKNINGENS SUNDHEDSTILSTAND I DANMARK

- analyser baseret på Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005
og udvalgte registre

2010

Ældrebefolkningens sundhedstilstand i Danmark

- analyser baseret på Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005 og udvalgte registre

Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af:

Mette Kjøller, Michael Davidsen & Knud Juel, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet

Redaktion: Barbara Hjalsted og Kirsten Nielsen, Center for Forebyggelse

Sundhedsstyrelsen

Islands Brygge 67

2300 København S

www.sst.dk

Emneord: Ældre, Sundhedsfremme, Forebyggelse, Livskvalitet, Sundhedsadfærd, Dødelighed, Kortlægning

Kategori: Faglig Rådgivning

Copyright:

Sundhedsstyrelsen, publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Publikationen citeres således:

Kjøller, M, Davidsen, M & Juel, K. Ældrebefolkningens sundhedstilstand i Danmark

- analyser baseret på Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005 og udvalgte registre,
Sundhedsstyrelsen 2010

Oplag: 1000

Grafisk tilrettelæggelse og tryk:

GP-TRYK A/S

Fotos: Mikael Rieck & www.istockphoto.com

Udgivet af Sundhedsstyrelsen, 2010

Publikationen kan bestilles gennem

Sundhedsstyrelsens publikationer hos

Rosendahls - Schultz Distribution A/S

Herstedvang 10

2620 Albertslund

Pris: 0 kr., dog betales ekspeditions- og forsendelsesgebyr

Telefon 42 72 73 00

Fax: 43 63 19 69

E-mail: Distribution@rosendahls-schultzgrafisk.dk

Hjemmeside: www.rosendahls-schultzgrafisk.dk

ISBN: 978-87-7104-016-6 (elektronisk)

ISBN: 978-87-7104-018-0 (trykt)

Ældrebefolkningens sundhedstilstand i Danmark

Forord

I dagens Danmark findes der raske ældre med høj livskvalitet og ingen særlige begrænsninger i dagligdagen, ældre, der lever med kroniske sygdomme med eller uden begrænsninger i hverdagen og skrøbelige ældre med dårligt funktionsniveau, megen sygdom, hospitalsindlæggelser, ensomhed og forringet livskvalitet. At ældre som befolkningsgruppe er så heterogen, giver en række udfordringer i tilrettelæggelse af sundhedsfremme og forebyggelse målrettet ældre.

Vi lever længere og længere, og andelen af ældre i befolkningen vokser. Generelt set har nye ældregenerationer bedre helbred og er mindre nedslidte end tidligere, men der er også en stigning i sygeligheden og et stigende medicinforbrug. Folkesygdomme fylder meget, og sygehusforbruget er stigende og størst i de ældste aldersgrupper. Denne udvikling sammenholdt med, at der er et stort forebyggelsespotentiale blandt ældre, gør ældres sundhed og livskvalitet til et væsentligt indsatsområde for både den borgerrettede og den patientrettede forebyggelse.

Formålet med denne rapport er at give en grundlæggende beskrivelse af ældrebefolkningens sundhedstilstand og en pejling af den demografiske og sundhedsmæssige udvikling de næste 10-20 år. Rapporten er et led i Sundhedsstyrelsens indsats i forhold til ældre borgere på 65 år og derover. Ved at stille dokumentation, rådgivning og inspiration til rådighed vil Sundhedsstyrelsen bidrage til at skabe et overblik over viden om ældres sundhed og de udfordringer og prioriteringer, som regioner og kommuner står over for i forhold til sundhedsfremme og forebyggelse blandt ældre.

Rapporten henvender sig til alle, der arbejder strategisk og planlægningsmæssigt med forebyggelse og sundhedsfremme på regionalt og kommunalt niveau.

Publikationen er udarbejdet i et samarbejde mellem Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet og Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsen vil gerne takke rapportens forfattere for samarbejdet.

Else Smith
Centerchef

Indhold

KORT RESUMÉ	SIDE 8
BAGGRUND OG FORMÅL	SIDE 10
SOCIO-DEMOGRAFISK BESKRIVELSE	SIDE 14
RESTLEVETID OG DØDELIGHED	SIDE 20
HELBREDSRELATERET LIVSKVALITET	SIDE 24
SUNDHEDSADFÆRD OG SUNDHEDSVANER	SIDE 30
SOCIALT NETVÆRK	SIDE 38
SYGELIGHED	SIDE 42
AKTIVITETSBEGRÆNSNING OG BRUG AF HJÆLPEMIDLER	SIDE 52
BRUG AF SUNDHEDSVÆSENET OG BRUG AF MEDICIN	SIDE 54
SAMMENFATNING	SIDE 60
ENGLISH SUMMARY	SIDE 66
REFERENCER	SIDE 67



1. Kort resumé



Kort resumé

Ifølge Danmarks Statistiks befolkningsprognose forventes andelen af 65-årige eller derover at stige fra 15,9 % af hele befolkningen i 2009 til 25,0 % i 2035. Det betyder, at ældregruppen kommer til at fylde meget i det samlede billede, ikke kun når det gælder sundhedsvæsenets forebyggende og behandlende indsats, men også når det gælder indsatsen fra en række andre forvaltningsområder (det sociale område, det kulturelle område, den fysiske planlægning mv.), der skal medvirke til at skabe gode levevilkår for de ældre.

Beskrivelsen af de ældres sundhed og sygelighed i 2005 viser generelt, at den yngste aldersgruppe (65-74 år) lever sundere, er mindre syg og har bedre helbredsrelateret livskvalitet end den ældste aldersgruppe (75-84 år), og at kvinder generelt lever sundere, men er mere syge end mænd og har dårligere helbredsrelateret livskvalitet.

Der tegner sig overordnet en række udviklingstendenser for ældregruppens sundhed og sygelighed og for forhold af betydning herfor.

På den positive side tæller at de ældres fysiske funktionsniveau og livskvalitet er forbedret markant siden 1987, og udviklingen forventes at fortsætte. Ligeledes er der siden 1987 sket forbedringer i sundhedsadfærden med fald i andelen af rygere, stigning i andelen af fysisk aktive og lidt forbedrede kostvaner. De ældre er også blevet bedre til at udnytte tilbud-

et om forebyggende helbredsundersøgelse. De ældres sociale netværk er forbedret – det gælder kontakten til familie og venner, muligheden for at få hjælp i tilfælde af sygdom og fald i andelen, der uønsket er alene.

På den negative side tæller, at sygeligheden er steget gennem de sidste 20 år. Folkesygdommene fylder meget, skaber dårlig livskvalitet og belaster sundhedsvæsenet – både hospitalsvæsenet og den primære sundhedstjeneste. Med den stigende sygelighed følger også et stigende medicinforbrug. Negativt er også stigningen i andelen af svært overvægtige ældre og stigning i andelen af ældre, der overstiger genstandsgrænsen for alkoholindtag.

Der er fortsat klare forskelle i mænds og kvinders sundheds- og sygelighedstilstand, og der er fortsat klare sociale forskelle i de ældres helbredsrelaterede livskvalitet, sundhedsadfærd, sygelighed og brug af sundhedsvæsenet.

Det er vigtigt også fremover at kunne følge udviklingen i befolkningens – og ældregruppens – sundhed og sygelighed. Det bliver muligt med de nye nationale, regionale og kommunale sundhedsprofiler, hvortil der første gang indsamles data i 2010. En række af de indikatorer, der er inddraget i denne rapport, vil også indgå i dette fremtidige arbejde og dermed kunne anvendes i den lokale sundhedsplanlægning.



2. Baggrund og formål

Baggrund og formål

Med udviklingsprojektet "Sundhed og livskvalitet hos ældre danskere" har Center for Forebyggelse (CFF), Sundhedsstyrelsen sat fokus på ældreområdet. Som led i dette arbejde har CFF anmodet Statens Institut for Folkesundhed (SIF), Syddansk Universitet, om at udarbejde en kort rapport med grundlæggende informationer om ældrebefolkningens sundhedsadfærd, sundhedstilstand, sygelighed, dødelighed og brug af sundhedsvæsenet.

Formål

Formålet med rapporten er at give en grundlæggende beskrivelse af ældrebefolkningens sundhedstilstand og en pejling på den demografiske og sundhedsmæssige udvikling de næste 10-20 år.

Indhold

Rapporten består af 12 afsnit. I første afsnit gives et kort resumé af undersøgelsens hovedresultater. I afsnit 2 redegøres for rapportens formål og for datakilderne. Afsnit 3-10 rummer undersøgelsens resultater. Afsnit 3 giver en kort socio-demografisk karakteristik af ældregruppen, og den forventede befolkningsudvikling beskrives. Afsnit 4 handler om ældregruppens restlevetid og om såvel den generelle dødelighed som den årsagsspecifikke. Ældregruppens helbredsrelaterede livskvalitet beskrives i afsnit 5 og sundhedsadfærd og sundhedsvaner beskrives i afsnit 6. Afsnit 7 handler om ældregruppens sociale netværk. I afsnit 8 gennemgås sygeligheden, i afsnit 9 sygdomskonsekvenserne, og i afsnit 10 beskrives ældregruppens brug af sundhedsvæsenet. I afsnit 11 gives en bredere sammenfatning af undersøgelsens resultater. I sidste afsnit er der et engelsk resumé.

Afgrænsning af ældregruppen

Der eksisterer mange forskellige afgrænsninger af ældregruppen. Den nederste aldersgrænse for gruppen er formentlig ved 60 år. Socialt kunne ældregruppen afgrænses ved pensionsalderen (nu 65 år), men denne afgrænsning er foranderlig og derfor mindre hensigtsmæssig. Der er heller ikke en naturlig biologisk afgrænsning, da de fleste aldersrelaterede forandringer sætter ind allerede ved 30-års alderen og fortsætter uden bratte overgange. Sprogligt taler vi om ældre og gamle eller om "yngre ældre" og "ældre ældre" (1).

I denne rapport er det valgt at afgrænse gruppen til 65-årige eller derover. Som det fremgår under beskrivelsen af datakilderne vil analyser, baseret på Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005, yderligere være afgrænset til de 65-84 årige, mens der ved brug af registerdata ikke vil være nogen øvre aldersgrænse.

Datakilder

Som udgangspunkt vil der blive anvendt data fra følgende fem hovedkilder:

1. Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005 (SUSY-2005). Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne (SUSY-undersøgelserne) er repræsentative, nationale stikprøveundersøgelser i den voksne danske befolkning, der siden 1987 regelmæssigt er gennemført af Statens Institut for Folkesundhed (SIF), Syddansk Universitet. I undersøgelserne indsamles data om sundhed og sygelighed og forhold af betydning herfor: sundhedsadfærd og sundhedsvaner, livsstil, helbredsrisici i arbejde og miljø, sundhedsmæssige ressourcer mv. Data indsamles til brug for statslig og regional planlægning og sundhedsovervågning samt til brug for forskning og analyser.

SUSY-undersøgelsesnes datamateriale er indsamlet ved personligt interview suppleret med et selvadministreret spørgeskema. Med enkelte undtagelser er alle analyser i denne rapport baseret på det personlige interview (2). Den samlede stikprøve til SUSY-2005 omfattede 21.832 danske statsborgere på 16 år eller derover. Blandt disse blev der gennemført interview med 14.566 personer, hvilket svarer til en samlet opnåelse på 67 %. Efter det personlige interview fik svarpersonerne udleveret et selvadministreret spørgeskema, og 11.238 returnerede spørgeskemaet, svarende til 78 % af de interviewede eller 52 % af alle inviterede.

Ved bortfald forstås personer, der er udtrukket til stikprøven og dermed inviteret til at deltage i undersøgelsen, men som af forskellige grunde ikke har ønsket at deltage, f.eks. fordi de ikke ønsker at medvirke, ikke kan træffes, er syge el. lign. Bortfaldet er stort set ens blandt mænd og kvinder og markant større blandt de 80-årige eller derover end i de øvrige aldersgrupper. Endvidere er bortfaldet mindst blandt gifte.

Som nævnt er der til denne rapport foretaget en aldersmæssig afgrænsning, således at analyserne baseret på SUSY-2005 kun omfatter de 65-84 årige, i alt 2.746 personer, der opdeles i to aldersgrupper (65-74 årige og 75-84 årige). Gruppen af 85-årige eller derover er udelukket af analyserne i denne rapport. Dels er gruppen i sig selv relativ lille antalsmæssigt, dels er bortfaldet i denne aldersgruppe som nævnt ganske stort (46 %).

På grund af forskelle i dødelighed og sygelighed mellem mænd og kvinder præsenteres alle analyser særskilt for mænd og

kvinder. I rapporten præsenteres endvidere analyser af udviklingen 1987-2005, baseret på Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne. Disse analyser omfatter dog alle 65-årige eller derover.

2. Landspatientregisteret (LPR) indeholder oplysninger om hele befolkningens kontakter til sygehusvæsenet, det være sig indlæggelser, ambulante kontakter og kontakter til skadestue. For indlæggelser går registeret tilbage til 1977, for ambulante kontakter og skadestuekontakter til 1995.

Aldersmæssigt afgrænses analyser i LPR til de 65-årige eller derover.

3. Sygesikringsregisteret indeholder oplysninger om befolkningens brug af sygesikringsydelser, f.eks. i forbindelse med kontakt til praktiserende læge, praktiserende speciallæge, vagtlæge, tandlæge, fysioterapeut, psykolog m.fl. Registeret går tilbage til 1990.

Oplysninger om brug af praktiserende læge og praktiserende speciallæge er hentet fra Statistiske Efterretninger fra Danmarks Statistik og omfatter 60-årige eller derover. Samme aldersmæssige afgrænsning anvendes i denne rapport.

4. Dødsårsagsregisteret indeholder oplysninger om samtlige dødsfald i Danmark. Oplysningerne er baseret på dødsattesten og omfatter bl.a. information om dødsårsag, døds måde, dødstidspunkt, køn og alder på dødstidspunktet. Registeret går i sin nuværende form tilbage til 1973.

Aldersmæssigt afgrænses analyser i Dødsårsagsregisteret til de 65-årige eller derover.

5. Registre i Danmarks Statistiks Statistikbank, f.eks. registeret om befolkning og valg og registeret om sociale forhold, sundhed og retsvæsen.

Aldersmæssigt afgrænses analyser i Statistikbanken til de 65-årige eller derover.

Læsevejledning

Langt størsteparten af analyserne fra SUSY-2005 præsenteres i tabelform. Tabel 2.1 er et eksempel og viser den helbredsrelaterede livskvalitet blandt 65-84 årige mænd og kvinder. Tabeleksemplet omhandler to indikatorer på helbredsrelateret

livskvalitet, nemlig selv vurderet helbred og følelsen af at være frisk nok til at gøre, hvad man har lyst til. Ældregruppen er opdelt i to aldersgrupper og inden for hver aldersgruppe vises resultater særskilt for mænd og kvinder. Længst til højre vises forekomsten i hele ældregruppen (i alt). Procenttallene i tabellen viser andelen i hver køns- og aldersgruppe, der vurderer eget helbred som virkelig godt eller godt, henholdsvis føler sig frisk nok til at gøre, hvad de har lyst til. Blandt de 65-74 årige mænd er det eksempelvis 72,6 %, der vurderer eget helbred til at være virkelig godt eller godt (- implicit vurderer således 27,4 % (100-72,6), at deres helbred ikke er virkelig godt eller godt).

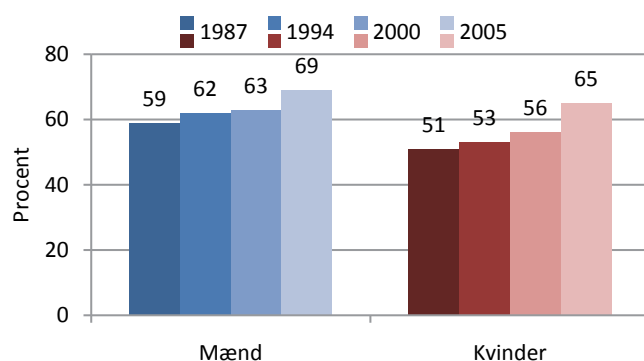
I SUSY-2005 var stikprøvens sammensætning bestemt af, at der skulle opnås interview med 3.000 personer i hver region. Da regionerne har forskellig størrelse, betyder det, at den regionale fordeling i stikprøven ikke er repræsentativ for hele den danske befolkning. For at sikre nationalt repræsentative resultater blev hele datamaterialet efterfølgende vægtet, hvorved befolkningssammensætningen i stikprøven kom til at svare til befolkningssammensætningen i hele landet. Procenttallene i tabellen er således vægtede resultater, mens det af sidste linje i tabellen fremgår, hvor mange personer, der indgår i hver undergruppe (f.eks. indgår der 878 mænd i alderen 65-74 år).

Tabel 2.1 Helbredsrelateret livskvalitet blandt 65-84 årige mænd og kvinder. 2005. Procent.

	65-74 år		75-84 år		I alt
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	
Selv vurderet helbred (virkelig godt eller godt)	72,6	68,5	65,0	60,5	67,7
Føler sig frisk nok til at gøre, hvad man har lyst til	90,7	86,0	82,0	82,5	86,3
Antal svarpersoner	878	878	428	562	2.746

Til beskrivelse af udviklingen i de forskellige indikatorer er der anvendt resultater fra hovedrapporten fra SUSY-2005 (2). Udviklingen præsenteres som søjlediagrammer (se eksempel i figur 2.1). Figuren viser andelen blandt mænd henholdsvis kvinder, der i hvert af undersøgelsesårene for SUSY-undersøgelserne (1987, 1994, 2000 og 2005) angiver, at deres helbred er virkelig godt eller godt. Tallet over hver søjle angiver den procentvise forekomst. Der skal gøres opmærksom på, at disse figurer over udviklingen er fremstillet på grundlag af besvarelser fra alle 65-årige eller derover.

Figur 2.1 Andelen med selv vurderet virkelig godt eller godt helbred blandt 65-årige eller derover. 1987-2005. Procent.





3. Socio-demografisk beskrivelse

Socio-demografisk beskrivelse

Afsnittet omfatter en beskrivelse af samlivsstatus, boligforhold og indkomstforhold, baseret på data fra Danmarks Statistik, samt en beskrivelse af uddannelsesforhold, erhvervsaktivitet og hverdagsøkonomi (målt på spørgsmålet om man inden for det seneste år har haft svært ved at betale sine regninger), baseret på data fra SUSY-2005. Endvidere indgår en beskrivelse af den forventede befolkningsudvikling frem til 2035.

Køn, alder og civilstand

Pr. 1. januar 2009 var der ifølge Danmarks Statistik i hele landet i alt 875.496 ældre på 65 år eller derover. Det fremgår af tabel 3.1, at der er flere kvinder (56,1 %) end mænd (43,9 %), og at aldersgruppen 65-74 år udgør over halvdelen af alle ældre.

Tabel 3.1 Køns og aldersfordelingen blandt 65-årige eller derover pr. 1. januar 2009. Procent.

	Mænd	Kvinder	I alt
65-74 år	26,9	29,2	56,1
75-84 år	13,3	18,2	31,5
85+ år	3,7	8,7	12,4
I alt	43,9	56,1	100,0

Kilde: Statistikbanken, Danmarks Statistik



Tabel 3.2 viser, at over halvdelen af de ældre er gifte (eller separerede), og næsten hver tredje er enke eller enkemand. Andelen af gifte er større blandt mænd end kvinder, og med stigende alder falder andelen af gifte – for de ældste kvinders vedkommende er kun 9,4 % gifte. Omvendt lever større andele blandt kvinder end mænd i enkestand, og andelen

stiger både blandt mænd og kvinder med stigende alder. I den ældste aldersgruppe er otte ud af ti kvinder enker – det er næsten dobbelt så mange som blandt mænd.

I alt 4 % af ældrebefolkningen er indvandrere eller efterkommere. Andelen falder ganske svagt med stigende alder (data ikke vist).

Tabel 3.2 Civilstand og boligtype blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2009. Procent.

	65-74 år		75-84 år		85+ år		I alt
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	
Civilstand							
Gift/separeret	73,3	57,8	65,2	31,7	46,9	9,4	53,6
Enke/enkemand	7,7	23,2	21,2	54,1	43,2	78,1	29,9
Skilt	12,2	14,9	7,8	9,5	4,6	6,8	11,2
Ugift	6,6	4,0	5,7	4,6	5,2	5,7	5,2
Nuværende eller tidligere partnerskab	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1
Boligtype							
Parcelhus	54,1	46,0	45,5	32,0	34,0	20,0	42,9
Etageboligbebyggelse	22,2	28,9	27,9	39,7	35,7	48,8	30,9
Række-,kæde- og dobbelthuse	14,8	18,8	18,5	23,2	21,9	24,2	19,1
Stuehus til landbrugsejendom	6,0	4,3	5,6	2,9	4,4	1,8	4,4
Andet *)	2,8	2,1	2,4	2,1	4,0	5,2	2,7
Antal personer	235.605	255.552	116.296	159.587	32.686	75.770	875.496
I procent	26,9	29,2	13,3	18,2	3,7	8,7	100,0

*) Fritidshus, døgninstitution, anden beboelse.

Kilde: Statistikbanken, Danmarks Statistik

Bolig og indkomstforhold

Det fremgår af tabel 3.2, at størst andel af de ældre bor i parcelhus (42,9 %) eller etagebebyggelse (30,9 %). Mænd bor hyppigere i parcelhus og stuehus til landbrugsejendom end kvinder, mens kvinder hyppigere end mænd bor i etagebebyggelse og række-, kæde- og dobbelthus. Med stigende alder falder andelen af både mænd og kvinder, der bor i parcelhus, og andelen, der bor i etagebebyggelse og række-, kæde- og dobbelthus, stiger. Ifølge Danmarks Statistik boede ca. 114.000 ældre i plejehjemsboliger, beskyttede boliger eller ældreboliger i 2008. Andelen af ældre, der bor i disse boligtyper, stiger med alderen, fra 5,0 % af de 65-74 årige til 20,2 % af de 75-84 årige og 24,8 % af de 85+ årige (data ikke vist).

Mere end syv ud af ti af alle ældre har en personlig indkomst på under 200.000 kr. (tabel 3.3). Kvinder har gennemgående lavere indkomst end mænd og indkomstniveauet falder med stigende alder. Bemærk, at Danmarks Statistik kun har indkomstoplysninger opdelt på fem års aldersgrupper frem til 74-års alderen og at aldersopdelingen følgelig er anderledes i denne tabel.

Tabel 3.3 Personlig bruttoindkomst blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2007. Procent.

	65-69 år		70-74 år		75+ år		I alt
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	
0-99.000 kr.	5,3	16,8	6,2	21,2	8,0	14,5	12,3
100.000-199.000 kr.	50,3	58,1	58,3	58,9	61,4	64,1	59,3
200.000-299.000 kr.	20,6	16,8	18,9	14,7	18,6	17,0	17,7
300.000-399.000 kr.	10,5	5,1	7,9	3,1	6,3	2,6	5,5
400.000-499.000 kr.	5,1	1,7	3,4	1,1	2,5	0,9	2,2
500.000 kr. og derover	8,1	1,6	5,4	1,1	3,3	1,0	3,1
Antal personer	129.666	136.468	95.247	108.630	146.927	235.443	852.381
I procent	15,2	16,0	11,2	12,7	17,2	27,6	100,0

Kilde: Statistikbanken, Danmarks Statistik

Uddannelse og erhvervsaktivitet

Danmarks Statistik har kun oplysninger om uddannelsesniveau for 69-årige eller derunder. Derfor anvendes SUSY-2005 data, hvor uddannelsesniveauet er målt som antal års kombineret skole- og erhvervsuddannelse (tabel 3.4). Kvinder har gennemgående kortere uddannelse end mænd, og den ældste aldersgruppe har gennemgående lidt kortere uddannelse end den yngste.

I alt 4,3 % af de ældre er erhvervsaktive. Der er størst andel erhvervsaktive blandt de 65-74 årige, og en markant større andel blandt mænd end blandt kvinder.

Som et lidt utraditionelt mål for de ældres økonomi er der i SUSY-2005 spurgt om, hvor ofte det inden for det seneste år har været svært at betale sine regninger. På trods af det lavere indkomstniveau blandt de ældre sammenholdt med hele befolkningen, er der kun 1,2 %, der angiver, at de nogle få måneder om året eller oftere har haft svært ved at betale deres regninger (tabel 3.4).

Tabel 3.4 Uddannelsesniveau og erhvervsaktivitet blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2005. Procent.

	65-74 år		75-84 år		I alt
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	
Kombineret skole- og erhvervsuddannelse					
Kort <10 år	23,0	41,6	29,1	52,2	36,0
Mellem 10-12 år	43,4	28,0	36,4	25,9	33,8
Lang 13+ år	32,8	29,9	33,4	21,2	29,6
Erhvervsaktiv	8,9	2,9	3,1	0,4	4,3
Svært ved at betale regninger seneste år	0,8	2,1	0,7	0,5	1,2
Antal svarpersoner	878	878	428	562	2.746

Kilde: Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005

Befolkningsfremskrivning 2009-2035

Danmarks Statistiks fremskrivninger af befolkningsudviklingen viser en samlet vækst i befolkningstallet fra 5,5 mio. i 2009 til 5,9 mio. i 2035. Antallet af 65-årige eller derover forventes at stige fra ca. 875.000 i 2009 til ca. 1.472.000 i 2035,

svarende til en stigning fra 15,9 % af hele befolkningen i 2009 til 25,0 % i 2035. Stigningen ses både for mænds og kvinders vedkommende, men er lidt stejlere for mænds vedkommende. Eksempelvis sker der mere end en tre-dobling af antallet af 85+ årige mænd, men kun en fordobling af antallet af 85+ årige kvinder.

Tabel 3.5 Befolkningsfremskrivning 2009-2035. Hele befolkningen, opdelt efter køn og alder. Antal.

	2009		2015		2025		2035	
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
Mænd								
0-14 år	516.414	9,4	496.161	8,9	492.598	8,5	516.692	8,8
15-24 år	336.857	6,1	363.312	6,5	346.861	6,0	334.902	5,7
25-44 år	750.701	13,6	690.874	12,3	687.998	11,9	720.992	12,2
45-64 år	743.461	13,5	749.622	13,4	743.266	12,9	656.467	11,1
65-74 år	235.605	4,3	302.027	5,4	302.823	5,3	340.998	5,8
75-84 år	116.296	2,1	136.310	2,4	219.586	3,8	230.048	3,9
85+ år	32.686	0,6	40.373	0,7	64.509	1,1	120.136	2,0
I alt	2.732.020	49,6	2.778.679	49,6	2.857.641	49,6	2.920.235	49,5
Kvinder								
0-14 år	491.672	8,9	472.734	8,4	468.978	8,1	491.791	8,3
15-24 år	321.765	5,8	347.530	6,2	333.255	5,8	321.776	5,5
25-44 år	737.120	13,4	685.642	12,2	681.752	11,8	714.199	12,1
45-64 år	737.965	13,4	745.168	13,3	748.861	13,0	670.180	11,4
65-74 år	255.552	4,6	319.941	5,7	318.583	5,5	355.121	6,0
75-84 år	159.587	2,9	171.494	3,1	254.008	4,4	259.482	4,4
85+ år	75.770	1,4	80.907	1,4	102.602	1,8	166.304	2,8
I alt	2.779.431	50,4	2.823.416	50,4	2.908.039	50,4	2.978.853	50,5
Alle	5.511.451		5.602.095		5.765.680		5.899.088	

Kilde: Statistikbanken, Danmarks Statistik



4. Restlevetid og dødelighed

Restlevetid og dødelighed

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.

Restlevetiden for 65-årige eller derover fremgår af tabel 4.1. I 2004-2008 var den gennemsnitlige restlevetid for 65-årige mænd 16,5 år og for kvinder 19,3 år. Det betyder således, at en 65-årig mand kan forvente at blive 81,5 år og en 65-årig kvinde 84,3 år.

Tabel 4.1 Restlevetiden for 65-årige, 75-årige, 85-årige og 95-årige mænd og kvinder. 2004-2008.

	Mænd	Kvinder
65-årig	16,5	19,3
75-årig	9,9	11,9
85-årig	5,2	6,3
95-årig	2,6	3,0

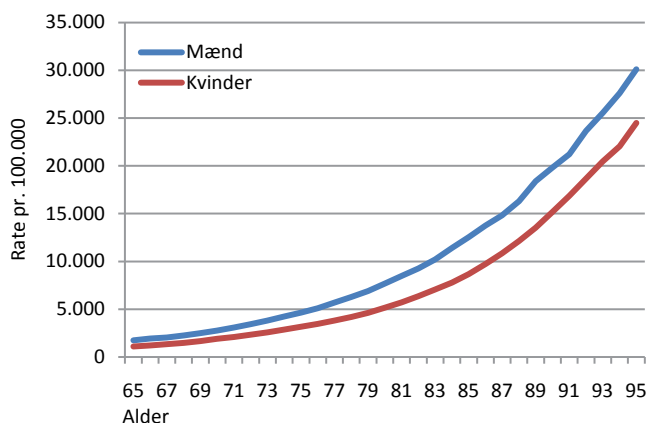
Kilde: Statistikbanken, Danmarks Statistik

Dødelighed

Den aldersspecifikke dødelighed ses i figur 4.1 og viser først og fremmest, at dødeligheden, målt som antal dødsfald pr. 100.000 i den pågældende aldersgruppe i løbet af et år, for alvor sætter ind blandt de 80-årige og derover. Desuden fremgår det klart, at dødeligheden i alle aldersgrupper er højere blandt mænd end blandt kvinder, og at forskellen mellem mænd og kvinder øges med stigende alder.

Op gennem det 20. århundrede – og især i den sidste halvdel – er ældredødeligheden faldet markant. Faldet er multifaktoriel betinget og kan både tilskrives kohorteeffekter,

Figur 4.1 Dødeligheden blandt mænd og kvinder efter alder. 2004-2008. 65 år eller derover. Rate pr. 100.000.



Kilde: Statistikbanken, Danmarks Statistik

Årsagsspecifik dødelighed

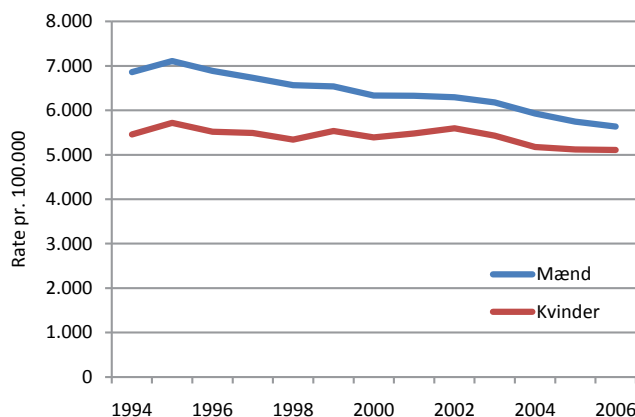
Den årsagsspecifikke dødelighed afspejler dels sygdomsforekomsten i befolkningen dels sygdommens behandlingsmuligheder og dermed overlevelse med sygdommen. Efterfølgende vises udviklingen i dødelighed blandt 65-årige eller derover af kræftsygdomme, hjerte-kar-sygdomme, andre naturlige dødsårsager (f.eks. infektionssygdomme, diabetes, KOL), ulykker og selvmord (figur 4.3).

Dødeligheden af kræft blandt kvinder har været meget stabil i perioden 1994-2006, mens der for mænd er tale om et ganske svagt fald. Dødeligheden af hjerte-kar-sygdomme viser markant fald i perioden – mest udtalt blandt mænd. Døde-

ter, dvs. forhold der er karakteristiske for en bestemt kohorte eller generation (f.eks. færre alvorlige infektionssygdomme i barndommen og mindre fysisk nedslidning) og periodeeffekter, dvs. forhold der er karakteristiske for den tidsperiode, man lever i (f.eks. forbedrede behandlingsmuligheder samt forbedrede forebyggende og sundhedsfremmende indsatser) (1). Den ændrede dødelighed i ældregruppen afspejles også i antallet af 100-årige, der er steget fra 15-20 personer i 1950'erne til over 800 personer i begyndelsen af 2009.

Den samlede dødelighed blandt mænd er faldet jævnt i perioden 1994-2006. Blandt kvinder har dødeligheden været uændret frem til 2004 og er dernæst faldet svagt (figur 4.2).

Figur 4.2 Udviklingen i den totale dødelighed blandt mænd og kvinder. 1994-2006. 65 år eller derover. Rate pr. 100.000.



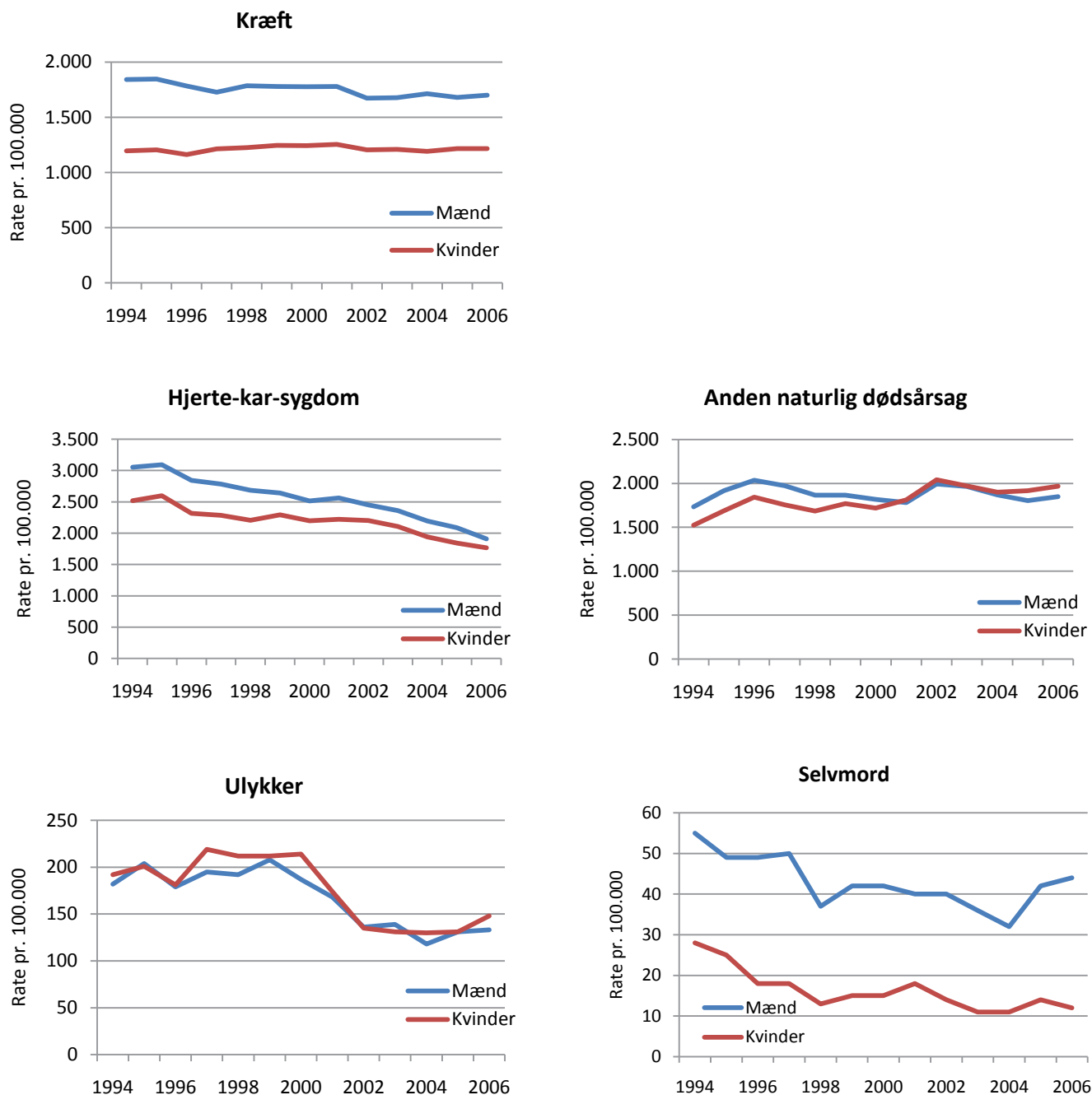
Kilde: Dødsårsagsregisteret

ligheden af kræft og hjerte-kar-sygdomme er generelt højere blandt mænd end blandt kvinder.

Dødeligheden af alle øvrige naturlige dødsårsager var i starten af perioden højere for mænd end for kvinder, men midt i perioden steg dødeligheden relativt mere blandt kvinder, således at dødeligheden af alle øvrige naturlige dødsårsager siden 2004 har været højere blandt kvinder end blandt mænd.

Dødeligheden af ulykker faldt både blandt mænd og kvinder omkring årtusindeskiftet. Der er ikke noget stabilt mønster mht., om dødeligheden er højest hos mænd eller hos kvinder. Dødeligheden af selvmord er generelt faldende i perioden og markant højere blandt mænd end blandt kvinder.

Figur 4.3 Udviklingen i dødelighed af fem sygdomsgrupper blandt mænd og kvinder 1994-2006. 65 år eller derover. Rater pr. 100.000.



Kilde: Dødsårsagsregisteret



5. Helbredsrelateret livskvalitet

Helbredsrelateret livskvalitet

Afsnittet omfatter beskrivelse af, hvorledes de ældre oplever og vurderer eget helbred og helbredsrelateret livskvalitet. Desuden beskrives ældrepopulationens funktionsniveau og tandstatus. Endelig beskrives mål for psykisk velbefindende og for vitalitet; disse mål er baseret på SF-36, der er et generisk (ikke-sygdomsspecifikt) helbredsstatusmål.

Godt selv vurderet helbred og frisk nok til at gøre, hvad man har lyst til

En persons vurdering af eget helbred er en særdeles god prædiktiv faktor for dødelighed og sygelighed. Jo dårligere en person vurderer eget helbred, desto større er risikoen for død og for sygelighed i en given opfølgningsperiode. Blandt de

65-84 årige vurderer 67,6 %, at eget helbred er virkelig godt eller godt, 22,9 % vurderer eget helbred til at være nogenlunde og 9,5 % at eget helbred er dårligt eller meget dårligt. Mere end fire ud af fem ældre vurderer, at de er friske nok til at gøre, hvad de har lyst til, mens 13,7 % mener, at de kun af og til eller aldrig føler sig friske nok (data ikke vist).

Det fremgår af tabel 5.1, at med stigende alder falder andelen, der vurderer eget helbred som virkelig godt eller godt og andelen, som føler sig frisk nok til at gøre, hvad de har lyst til. Det fremgår endvidere, at mænd vurderer eget helbred bedre end kvinder, at en større andel af 65-74 årige mænd end kvinder vurderer, at de er friske nok til at gøre, hvad de har lyst til, mens det gælder for lige store andele af de 75-84 årige mænd og kvinder.

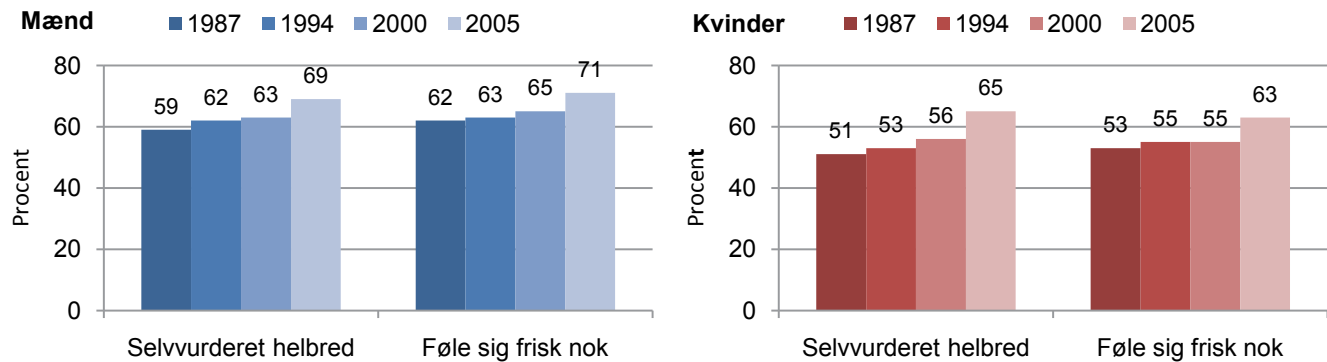
Tabel 5.1. Helbredsrelateret livskvalitet blandt 65-84 årige mænd og kvinder. 2005. Procent.

	65-74 år		75-84 år		I alt
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	
Selv vurderet helbred (virkelig godt eller godt)	72,6	68,6	65,0	60,5	67,6
Føler sig frisk nok til at gøre, hvad man har lyst til	91,0	86,2	82,1	82,5	86,3
Antal svarpersoner	878	878	428	562	2.746

Analysen af hele datamaterialet fra SUSY-2005 viser tydelig sammenhæng mellem selv vurderet helbred og uddannelseslængde. Jo længere uddannelse, desto større er forekomsten af personer med et godt selv vurderet helbred. Andelen med godt selv vurderet helbred er størst blandt gifte. Samme mønster ses mht. at være frisk nok til at gøre, hvad man har lyst til (data ikke vist) (2).

I perioden 1987-2005 har udviklingen i helbredsrelateret livskvalitet blandt ældre (65-årige eller derover) været positiv (2). Figur 5.1 viser, at større og større andele blandt de ældre vurderer eget helbred som værende virkelig godt eller godt og føler sig friske nok til at gøre, hvad de har lyst til. Udviklingen har været konstant i hele perioden og på den baggrund vurderes det, at den positive udvikling vil fortsætte.

Figur 5.1 Udviklingen i vurderingen af eget helbred og af at føle sig frisk nok til at gøre, hvad man har lyst til blandt 65-årige eller derover. 1987-2005. Procent.



Kilde: Ekholm et al, 2006

Funktionsniveau

Funktionsniveau måles i SUSY-undersøgelserne ved spørgsmål om, i hvilket omfang man kan klare forskellige fysiske færdigheder, og i hvilket omfang man kan kommunikere med omgivelserne. Endvidere er der for første gang i SUSY-2005 medtaget spørgsmål om, i hvilket omfang man kan klare forskellige dagligdags færdigheder. På hvert spørgsmål skal svarpersonerne angive, om de kan gøre den pågældende ting uden besvær, med lidt besvær, med meget besvær eller slet ikke. I tabel 5.2 ses andelen, der uden besvær kan gøre de forskellige ting. Der vises tillige et samlet mål for henholdsvis god mobilitet, gode kommunikationsfærdigheder og fysisk uafhængighed, der viser andelen, der har svaret, at de uden besvær kan gøre de respektive ting.

I alt 65,8 % af de 65-84 årige har god mobilitet, dvs. at de uden besvær kan gå 400 meter, uden besvær kan gå op og ned ad trapper og uden besvær kan bære 5 kg (tabel 5.2). Større andele blandt mænd end kvinder har god fysisk mobilitet, og med stigende alder falder andelen med god mobilitet.

I alt 62,8 % af de 65-84 årige har gode kommunikationsfærdigheder. Der er lidt forskel på mænds og kvinders kommunikationsfærdigheder. Større andele blandt mænd end

blandt kvinder kan uden besvær læse en almindelig avistekst (evt. med briller, hvis det normalt bruges) og andelen aftager med stigende alder. Større andele blandt kvinder end mænd kan høre, hvad der bliver sagt under en normal samtale (evt. med høreapparat, hvis det normalt bruges), og blandt begge køn falder andelen med stigende alder. Mænd og kvinder har lige gode talefærdigheder.

Lige store andele af mænd og kvinder kan uden besvær klæde sig af og på, men andelen falder med stigende alder. Det samme gælder mht. uden besvær at kunne komme i og ud af sengen. Derimod er der større andele blandt mænd end blandt kvinder, der uden besvær kan rejse med bus eller tog. For begge køn falder andelen med alderen. I alt 83,3 % af de 65-84 årige kan uden besvær klare alle tre ting.

Der er sammenhæng mellem god mobilitet og uddannelseslængde. Jo længere uddannelse, desto større forekomst af god mobilitet. Tendensen er den samme for gode kommunikationsfærdigheder, men ikke helt så tydelig. Gifte har bedre mobilitet end de øvrige samlivsgrupper. Igen er sammenhængen ikke helt så tydelig, hvad angår kommunikationsfærdigheder (data ikke vist) (2).

Tabel 5.2 Funktionsniveau blandt 65-84 årige mænd og kvinder. 2005. Procent.

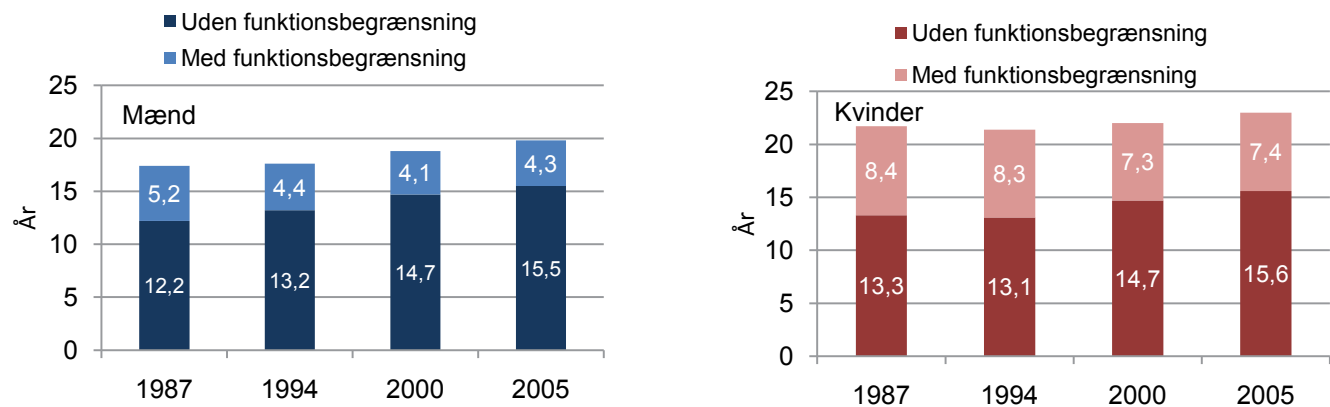
	65-74 år		75-84 år		I alt
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	
Kan uden besvær gå 400 meter	85,6	80,8	72,0	66,2	78,0
Kan uden besvær gå op og ned ad trapper	86,5	77,8	73,0	59,9	76,2
Kan uden besvær bære 5 kg	91,2	74,3	79,9	54,5	76,6
Andel med god mobilitet	80,8	66,3	63,6	43,6	65,8
Kan uden besvær læse en almindelig avistekst	92,7	91,0	86,2	80,7	88,7
Kan uden besvær høre en almindelig samtale	70,5	79,1	55,8	67,6	70,4
Kan tale uden besvær	97,5	97,5	95,1	95,5	96,7
Andel med gode kommunikationsfærdigheder	65,2	72,5	49,8	53,5	62,8
Kan uden besvær klæde sig af og på	94,7	93,4	87,2	87,1	91,6
Kan uden besvær komme i og ud af sengen	96,4	94,8	92,2	91,6	94,3
Kan uden besvær rejse med bus eller tog	93,2	87,7	84,4	73,2	86,0
Andel med fysisk uafhængighed	90,1	85,6	81,0	71,1	83,3
Antal svarpersoner	878	878	428	562	2.746

Kilde: Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005

Figur 5.2 viser udviklingen i den forventede restlevetid med og uden funktionsbegrænsning for 60-årige mænd og kvinder (2). En person har funktionsbegrænsning, hvis han eller hun med lidt besvær, med meget besvær eller slet ikke kan udføre en eller flere af de færdigheder, der vedrører mobilitet og kommunikation. Figuren viser for det første, at den forventede restlevetid for 60-årige mænd og kvinder er steget. For det andet viser figuren, at det forventede antal leveår uden

funktionsbegrænsning er steget, og det forventede antal leveår med funktionsbegrænsning er faldet. I 1987 kunne en 60-årig mand således forvente at leve yderligere 17,4 år, hvoraf 5,2 ville være leveår med funktionsbegrænsning, mens en 60-årig mand i 2005 kunne forvente yderligere 19,8 leveår, hvoraf kun 4,3 år ville være med funktionsbegrænsning. Det absolutte fald i antal år med funktionsbegrænsning er ens for mænd og kvinder.

Figur 5.2 Udvikling i forventet restlevetid med og uden funktionsbegrænsning blandt 60-årige mænd og kvinder. 1987-2005. År.



Kilde: Ekholm et al, 2006.

Tandstatus

Tand- og mundsundhed er en integreret del af det generelle helbred og vigtig for livskvaliteten, f.eks. i forbindelse med fødeindtagelse, psykisk velbefindende samt menneskelig og social kontakt (3).

I 2005 havde 43,4 % af 65-84 årige et funktionsdueligt tandsæt (dvs. 20 eller flere egne tænder). Igen er billedet klart: med stigende alder har mindre andele blandt de ældre et funktionsdueligt tandsæt og flere kvinder end mænd er tandløse. Generelt stiger andelen med et funktionsdueligt tandsæt med stigende uddannelsesniveau (data ikke vist) (2).

Også med hensyn til tandstatus er der sket en markant forbedring i ældrebefolkningen. I 1987 havde 67 % af alle 65-årige eller derover et funktionsdueligt tandsæt – i 2005 drejede det sig om 82 % (data ikke vist) (2).

Psykisk velbefindende og vitalitet

Målene for psykisk velbefindende og vitalitet er to delskalaer fra SF-36, der er et ikke-sygdomsspecifikt helbredsstatusmål, bestående af 36 spørgsmål (4). Psykisk velbefindende belyses ved spørgsmål om at have været nervøs, at have været så langt nede, at intet kunne opmuntre, at have følt sig trist samt at have været glad og tilfreds. Spørgsmålene vedr. vitalitet handler om at føle sig veloplagt og fuld af liv, at være fuld af energi, at føle sig træt og at føle sig udslidt. Der er seks svarkategorier til skalaerne, spændende fra hele tiden til på intet tidspunkt. Tabel 5.3 viser svarfordelingen på de enkelte spørgsmål, og tabel 5.4 viser andelen blandt ældre, der har svaret i de to bedste svarkategorier på alle delspørgsmål i hver af de to skalaer (markeret med fed skrift i tabel 5.3).

I alt 56,3 % af de ældre angiver at have godt psykisk velbefindende og 35,7 % at føle sig vitale. Større andele blandt mænd end kvinder angiver godt psykisk velbefindende og høj vitalitet, og både blandt mænd og kvinder falder forekomsten med stigende alder. For hele befolkningen gælder, at andelen med godt psykisk velbefindende og høj vitalitet er mindst blandt personer med 10 eller færre års uddannelse (data ikke vist) (2).

Tabel 5.3 Svarfordeling vedr. psykisk velbefindende og vitalitet blandt 65-84 årige. 2005. Procent.

	Hele tiden	Det meste af tiden	En del af tiden	Noget af tiden	Lidt af tiden	På intet tids-punkt	I alt
Psykisk velbefindende:							
Har været meget nervøs	0,8	0,6	2,3	4,6	16,9	74,8	100,0
Har været så langt nede, at intet kunne opmuntre	0,4	0,4	1,6	3,1	7,1	87,4	100,0
Har følt sig trist til mode	0,8	1,4	2,6	9,0	25,2	61,1	100,0
Har følt sig rolig og afslappet	34,4	38,9	7,8	8,4	5,5	5,1	100,0
Har været glad og tilfreds	27,2	43,2	9,5	9,0	6,6	4,5	100,0
Vitalitet:							
Har følt sig veloplagt og fuld af liv	17,0	40,5	15,0	14,6	8,7	4,2	100,0
Har været fuld af energi	12,7	34,9	16,8	16,2	10,8	8,8	100,0
Har følt sig træt	3,9	4,4	9,1	18,9	38,1	25,6	100,0
Har følt sig udslidt	2,4	3,0	5,9	10,2	26,0	52,5	100,0

Kilde: Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005

Tabel 5.4 Psykisk velbefindende og vitalitet blandt 65-84 årige mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2005. Procent.

	65-74 år		75-84 år		I alt
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	
Godt psykisk velbefindende	63,7	56,6	56,6	41,6	56,3
Føler sig meget vital	45,2	38,3	27,4	20,2	35,7
Antal svarpersoner	878	878	428	562	2.746

Kilde: Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005



6. Sundhedsadfærd og sundhedsvaner

Sundhedsadfærd og sundhedsvaner

Sundhedsadfærd omfatter de handlinger, mennesker udfører for sig selv eller andre og som på længere sigt fører til sundhed (5). Der kan være tale om målrettede og bevidste handlinger, der udføres for at bevare eller forbedre sundheden eller for at undgå sygdom og der kan være tale om mere vanemæssig adfærd, som udføres uden egentlige overvejelser om de sundhedsmæssige eller helbredsmæssige konsekvenser.

I afsnittet betragtes de forskellige former for sundhedsadfærd ud fra en epidemiologisk tankegang, hvor sundhedsadfærd og sundhedsvaner kan påvirke sundhedstilstanden både positivt og negativt. Er der tale om en positiv virkning, anvendes begreber som forebyggende og sundhedsfremmende faktorer. Er der tale om negativ påvirkning, anvendes begrebet risikofaktorer.

Helt overordnet mener 58 % af de 65-84 årige, at det er særdeles vigtigt selv at gøre noget for at bevare et godt helbred. I den yngste aldersgruppe er der flere kvinder end mænd, der lægger vægt på egen indsats, mens der ikke er forskel mellem mænd og kvinder i den ældste aldersgruppe. Andelen, der tror, at egen indsats er særdeles vigtig, falder med stigende alder – mest udtalt blandt kvinder (data ikke vist).

Rygning

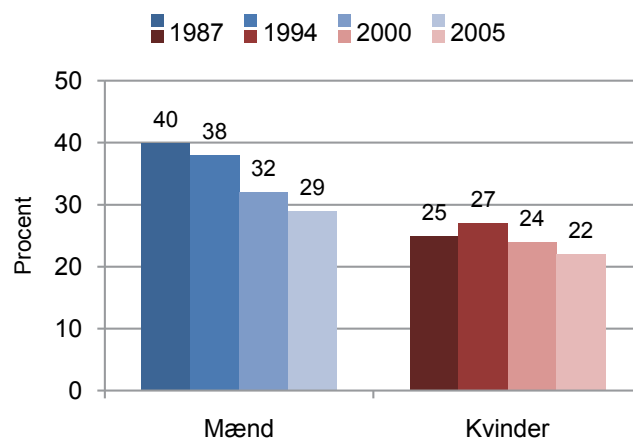
Større andele blandt mænd end kvinder ryger dagligt. I alt ryger 25,9 % af de ældre dagligt, men andelen af dagligrygere aftager med stigende alder (data ikke vist).

Tabel 6.1 viser rygemønstret blandt 65-84 årige. I alt 18,4 % af de ældre ryger 0-14 cigaretter om ugen, mens 9,9 % er storrygere (dvs. de ryger 15 eller flere cigaretter om dagen). Med stigende alder stiger andelen, der ryger 0-14 cigaretter om dagen, mens andelen af storrygere er halvt så stor i den ældste aldersgruppe som i den yngste. Andelen af rygere er større blandt mænd end blandt kvinder, mens det omvendte billede ses blandt de 31,6 %, der aldrig har røget.

I alt 31,0 % af de ældre angiver, at der ryges indendørs i deres hjem, og en tilsvarende andel angiver, at det sker en gang imellem, men ikke dagligt (tabel 6.1). Større andele blandt mænd end kvinder er dagligt udsat for tobaksrøg – men der er også flere mænd end kvinder, der ryger dagligt – og større andele blandt kvinder end blandt mænd er kun ind imellem – men ikke dagligt – udsat for tobaksrøg.

Den hidtidige udvikling i forekomsten af dagligrygere viser et næsten konstant fald fra 1987 til 2005, og det må på denne baggrund forventes, at andelen af rygere vil falde yderligere (2). Også de mange forebyggende indsatser mod rygning må forventes at påvirke udviklingen (lov om røgfri miljøer, øgede cigaretpreiser, rygestoptilbud mv.).

Figur 6.1 Forekomst af dagligrygere blandt 65-årige eller derover. 1987-2005. Procent.



Kilde: Ekholm et al, 2006.

Tabel 6.1 Rygemønster blandt 65-84 årige mænd og kvinder. 2005. Procent.

	65-74 år		75-84 år		I alt
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	
Ryger 0-14 cigaretter om dagen	19,8	15,7	21,1	18,2	18,4
Ryger 15 eller flere cigaretter om dagen	12,8	11,2	6,8	5,5	9,9
Exryger	43,1	32,6	55,7	36,0	40,2
Aldrigryger	24,3	40,5	16,4	40,2	31,6
Dagligt udsat for tobaksrøg i boligen	35,3	31,4	30,1	24,3	31,0
Udsat for tobaksrøg i boligen - men ikke dagligt	28,6	31,1	28,9	37,9	31,4
Antal svarpersoner	878	878	428	562	2.746

Kilde: Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005

Alkohol

Hver fjerde af de ældre har slet ikke drukket alkohol den sidste uge inden interviewet. Det gælder markant større andele blandt kvinder end blandt mænd, mens større andele blandt mænd end blandt kvinder har overskredet genstandsgrænsen (Sundhedsstyrelsens anbefaling om at mænd højst må drikke 21 genstande om ugen og kvinder højst 14 genstande om ugen). Med stigende alder bliver der både blandt mænd og

kvinder større andele, der slet ikke har drukket alkohol.

Kun blandt kvinder falder andelen, der har overskredet genstandsgrænsen med stigende alder – blandt mænd er andelen, der overskrider genstandsgrænsen, stort set den samme i de to aldersgrupper (tabel 6.2).

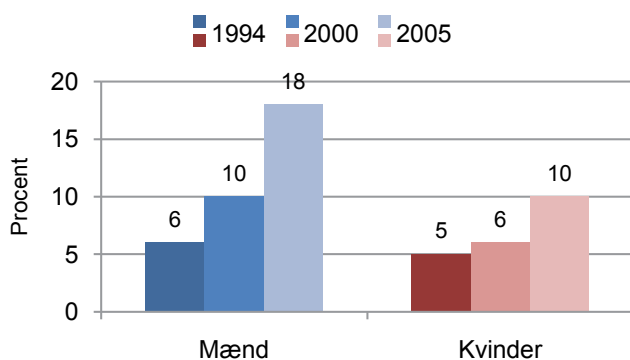
Den hidtidige udvikling viser en sundhedsskadelig tendens med større og større andele blandt de 65-årige eller derover, der har overskredet genstandsgrænsen – en udvikling som formentlig vil fortsætte (2) (figur 6.2).

Tabel 6.2 Alkoholforbrug blandt 65-84 årige mænd og kvinder. 2005. Procent.

	65-74 år		75-84 år		I alt
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	
Drikker ikke alkohol	11,7	30,6	18,2	39,9	24,6
Overskrider genstandsgrænsen	18,7	11,5	18,4	5,6	13,6
Antal svarpersoner	878	878	428	562	2.746

Kilde: Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005

Figur 6.2 Andel der har overskredet genstandsgrænsen blandt 65-årige eller derover. 1994-2005. Procent.



Kilde: Ekholm et al, 2006.

Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet er i SUSY-undersøgelserne bl.a. belyst ved et spørgsmål om fysisk aktivitet i fritiden. Formuleringen kan umiddelbart virke lidt misvisende i forhold til ældregruppen, der for størstepartens vedkommende er uden for arbejdsmarkedet, hvorved sondringen mellem arbejde og fritid bliver meningsløs. Spørgsmålsformuleringen er dog fastholdt i omtalen af de ældres fysiske aktivitetsniveau.

Markant større andele blandt 65-84 årige mænd end kvinder er hårdt til moderat fysisk aktive i fritiden. Næsten

lige store andele mænd og kvinder i aldersgruppen 65-74 år er fysisk inaktive, dvs. at de angiver overvejende at have stillesiddende beskæftigelse i fritiden, mens der blandt de 75-84 årige er markant større andel kvinder end mænd med stillesiddende fritidsaktivitet (tabel 6.3).

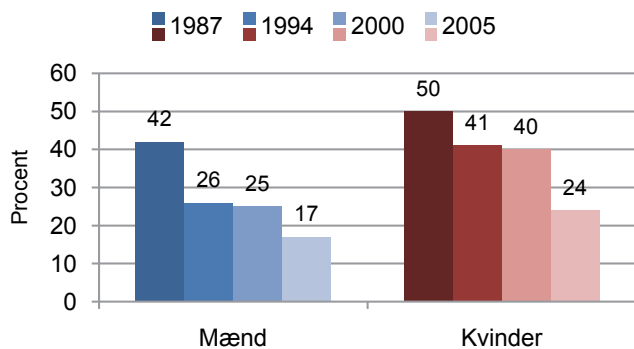
Den hidtidige udvikling i ældregruppens fysiske aktivitetsniveau har været positiv – og forventes at fortsætte (2). Andelen med hård til moderat fysisk aktivitet i fritiden er steget – mest tydeligt for mænds vedkommende (data ikke vist), og andelen med stillesiddende beskæftigelse i fritiden er faldet (figur 6.3).

Tabel 6.3 Fysisk aktivitetsniveau blandt 65-84 årige mænd og kvinder. 1987-2005. Procent.

	65-74 år		75-84 år		I alt
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	
Moderat til hård fysisk aktivitet	21,5	11,4	11,5	5,5	13,4
Stillesiddende beskæftigelse	12,4	13,1	21,9	31,3	18,0
Antal svarpersoner	878	878	428	562	2.746

Kilde: Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005

Figur 6.3 Andel med stillesiddende beskæftigelse i fritiden blandt 65-årige eller derover, 1987-2005. Procent.



Kilde: Ekholm et al, 2006.

Kost

Beskrivelsen af ældres kostvaner omfatter enkelte spørgsmål om, hvor hyppigt man spiser forskellige former for fødevarer. Billedet af ældres kostvaner er lidt usystematisk (tabel 6.4). Generelt spiser større andele blandt kvinder end mænd dagligt frugt. Blandt de 65-74 årige er der en lidt større andel blandt kvinder end mænd, der dagligt spiser salat eller råkost, hvori-

mod der ikke er forskel blandt de 75-84 årige. Blandt de 75-84 årige er der en lidt større andel blandt mænd end blandt kvinder, der spiser fisk til aftensmad mindst én gang ugentligt, mens der ikke er forskel blandt de 65-74 årige.

Befolkningens kostvaner er kun belyst i SUSY-undersøgelserne fra 2000 og 2005. To målepunkter giver ikke tilstrækkelige data til at sige noget om den forventede udvikling.

Tabel 6.4 Kostvaner blandt ældre 65-84 årige mænd og kvinder, 2005. Procent.

	65-74 år		75-84 år		I alt
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	
Spiser dagligt salat eller råkost	13,6	19,4	14,6	14,8	15,9
Spiser dagligt frugt	43,1	61,0	42,3	56,5	51,5
Spiser fisk til aftensmad mindst én gang ugentlig	58,4	58,7	65,1	57,5	59,3
Antal svarpersoner	878	878	428	562	2.746

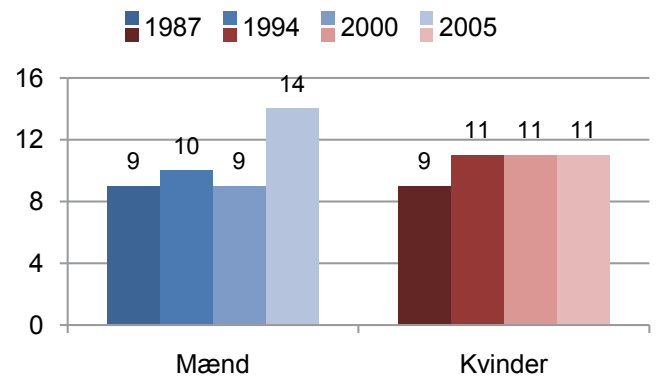
Kilde: Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005

BMI

Body Mass Index beregnes som kropsvægten i kilo divideret med kvadratet på højden målt i meter, kg/m². Halvdelen af de 65-84 årige er overvægtige eller svært overvægtige (tabel 6.5). Overvægt forekommer markant hyppigere blandt mænd end blandt kvinder, mens forskellen mellem mænd og kvinder er mindre udtalt, når det gælder svær overvægt. I alt 2,5 % af de 65-84 årige er undervægtige – det er først og fremmest kvinder, der er undervægtige og andelen stiger med stigende alder.

Fra 1987 til 2005 er der sket en fordobling af andelen af svært overvægtige i hele befolkningen (fra 5 % til 11 %) (2) (data ikke vist). Udviklingen er først og fremmest sket i de yngre aldersgrupper, mens der for de ældres vedkommende ikke har været tale om en konstant stigning (figur 6.4). På den baggrund er der således ikke grundlag for at udtale sig om den forventede udvikling. På internationalt niveau tales der dog om en fedmeepidemi, hvor der også i de kommende år forventes stigning i andelen af overvægtige og svært overvægtige (6).

Figur 6.4 Andel svær overvægtige blandt 65-årige eller derover. 1987-2005. Procent.



Kilde: Ekholm et al, 2006.

Tabel 6.5 Forekomst af overvægt og svær overvægt blandt 65-84 årige mænd og kvinder. 2005. Procent.

	65-74 år		75-84 år		I alt
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	
Undervægtig: BMI 10-18,5	0,5	3,6	0,5	5,6	2,5
Normalvægtig: BMI 18,6-24,9	38,4	51,6	41,5	56,9	46,9
Overvægtig: BMI 25-29,9	45,2	31,9	47,7	27,6	37,7
Svær overvægtig: BMI: 30+	15,9	12,9	10,3	9,9	12,8
Antal svarpersoner	878	878	428	562	2.746

Kilde: Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005

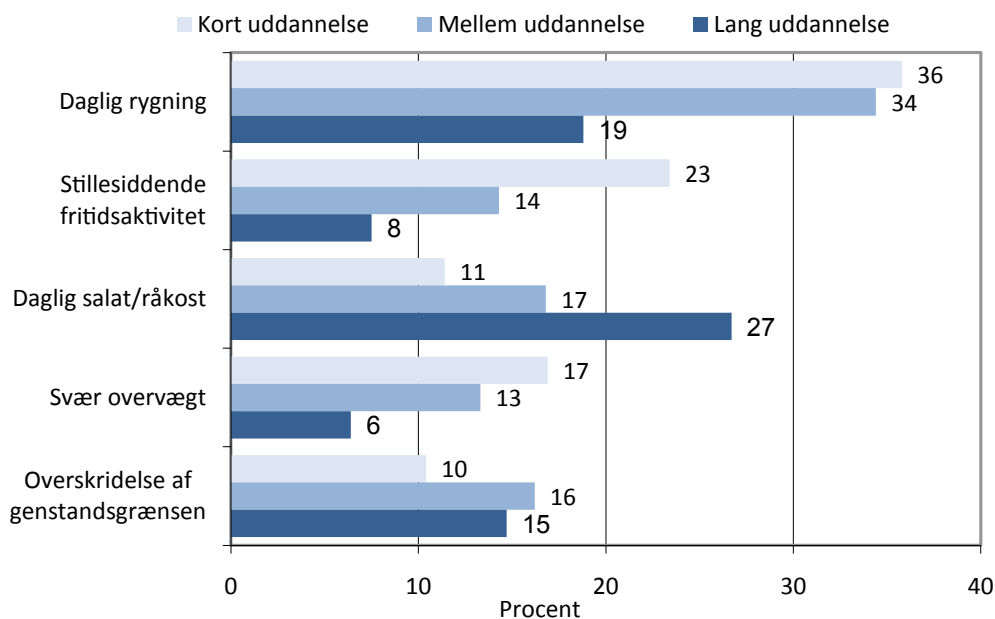
Sundhedsvaner, uddannelsesniveau og samlivsstatus

Figur 6.5 viser med data fra hele befolkningen sammenhængen mellem de forskellige former for sundhedsadfærd og uddannelsesniveau (2). Det generelle billede er, at jo højere uddannelsesniveau desto mere hensigtsmæssige sundhedsvaner. Det ses af figuren, at andelen af dagligrygere, andelen med stillesiddende fritidsbeskæftigelse samt andelen med svær overvægt falder med stigende uddannelsesniveau, og at andelen, der dagligt spiser råkost eller salat, stiger med stigende uddannelsesniveau. Kun i relation til alkoholforbrug er mønstret

anderledes, idet andelen, der overskrider genstandsgrænsen, stiger med stigende uddannelsesniveau. Det må formodes, at samme mønster ville genfindes, såfremt det alene drejede sig om de 65-84 årige.

Gennemgående har gifte mere hensigtsmæssig sundhedsadfærd end de øvrige samlivsgrupper. Det gælder mht. daglig rygning, storrygning, stillesiddende fritidsbeskæftigelse, daglig indtag af salat eller råkost, ugentlig indtag af fisk til aftensmad og i relation til undervægt. Billedet er uklart, når det drejer sig om svær overvægt og overskridelse af genstandsgrænsen (data ikke vist).

Figur 6.5 Uddannelsesniveau og sundhedsvaner. Hele befolkningen 2005. Procent.



Kilde: Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005

Brug af forebyggende ordninger

Godt en tredjedel af de ældre – lidt større andel blandt mænd end kvinder og lidt større andel blandt 75-84 årige end 65-74 årige – har inden for det sidste år været til forebyggende helbredsundersøgelse.

Næsten otte ud af ti ældre har fået målt blodtryk, og knap hver anden har fået målt kolesterol inden for det sidste år. Procentvis flere blandt kvinder end blandt mænd har fået målt blodtryk, og både blandt mænd og kvinder stiger andelen med stigende alder. Kun i den yngste aldersgruppe har flere mænd end kvinder fået målt kolesterol inden for det sidste år inden interviewet.

Der er ikke entydige sammenhænge mellem brug af forebyggende ordninger og uddannelsesniveau (data ikke vist) (2).

Blandt alle 65-årige eller derover er der siden 1987 sket en stigning i andelen, der har været til forebyggende helbredsundersøgelse (data ikke vist) (2).

Syv ud af ti ældre går regelmæssigt til tandlæge, men både for mænd og kvinders vedkommende falder andelen markant med stigende alder. Generelt stiger andelen, der regelmæssigt går til læge med stigende uddannelsesniveau (data ikke vist) (2).

Tabel 6.6 Brug af forebyggende ordninger blandt 65-84 årige mænd og kvinder. 2005. Procent.

	65-74 år		75-84 år		I alt
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	
Har været til forebyggende helbredsundersøgelse inden for det sidste år	37,1	30,0	42,2	35,1	35,2
Har fået målt blodtryk inden for det sidste år	73,5	77,4	81,6	83,7	78,1
Har fået målt kolesteroltal inden for det sidste år	50,3	43,6	46,5	46,5	46,8
Går regelmæssigt til tandlæge	76,3	75,2	66,0	61,3	71,3
Antal svarpersoner	878	878	428	562	2.746

Kilde: Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005



7. Socialt netværk

Socialt netværk

Der er sammenhæng mellem en persons helbredstilstand og hans eller hendes sociale relationer. 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 end personer med svage relationer (7).

Forskellige mål for ældres sociale relationer er vist i tabel 7.1. Generelt har de ældre et godt socialt netværk og med stigende alder sker der kun relativt små forringelser. Næsten ni ud af ti 65-84 årige har kontakt med familie, venner eller bekendte dagligt, ugentligt eller månedligt. Det gælder lige

store andele blandt mænd og kvinder, og andelen med kontakt falder svagt med stigende alder. Syv ud af ti regner med i tilfælde af sygdom at kunne få hjælp til praktiske ting fra andre end dem, de bor sammen med. Gennemgående forventer større andele af mænd end kvinder at kunne få hjælp, og andelen falder med stigende alder. Større andele blandt mænd end kvinder er sjældent eller aldrig alene uden at ønske det, og andelen falder med stigende alder.

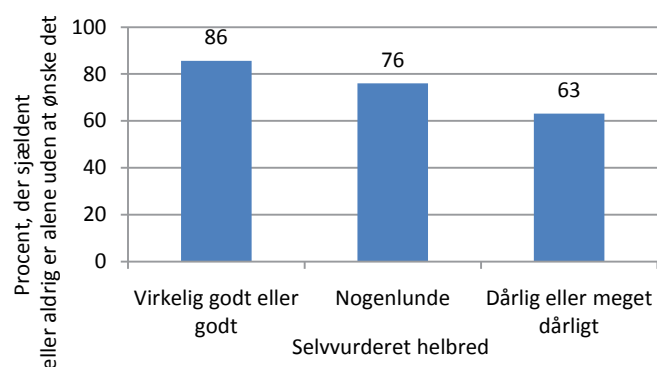
Sammenhængen mellem socialt netværk og helbredstilstand er illustreret i figur 7.1, der viser, at jo bedre selv vurderet helbred desto større andel angiver, at de kun sjældent eller aldrig er alene uden at ønske det.

Tabel 7.1 Socialt netværk blandt 65-84 årige. 2005. Procent.

	65-74 år		75-84 år		I alt
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	
Træffer familie dagligt, ugentligt eller månedligt	90,3	89,8	86,2	87,2	88,9
Træffer venner og bekendte dagligt, ugentligt eller månedligt	90,0	88,9	85,4	84,3	87,8
Kan få hjælp i tilfælde af sygdom	76,7	69,3	68,7	66,0	70,9
Er sjældent eller aldrig alene uden at ønske det	88,7	78,6	83,1	72,7	81,3
Deltager i foreningsliv/fritidsaktiviteter en eller flere gange om ugen	46,9	58,6	44,3	52,8	51,4
Antal svarpersoner	878	878	428	562	2.746

Kilde: Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005

Figur 7.1 Sammenhæng mellem selv vurderet helbred og sjældent eller aldrig at være alene uden at ønske det. 65-84 årige. 2005. Procent.



Kilde: Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005

Halvdelen af de 65-84 årige deltager i forenings- eller fritidsaktiviteter en eller flere gange om ugen. Større andele af kvinder end mænd deltager i sådanne aktiviteter og andelen falder med stigende alder (tabel 7.1).

Udviklingen fra 1987 til 2005 i ældregruppens (65-årige eller derover) sociale netværk er positiv, dvs. stigning i andelen med kontakt til familie, venner eller bekendte, stigning i andelen, der kan få hjælp i tilfælde af sygdom og stigning i andelen, der kun sjældent eller aldrig uønsket er alene (data ikke vist) (2).







8. Sygelighed

Sygelighed

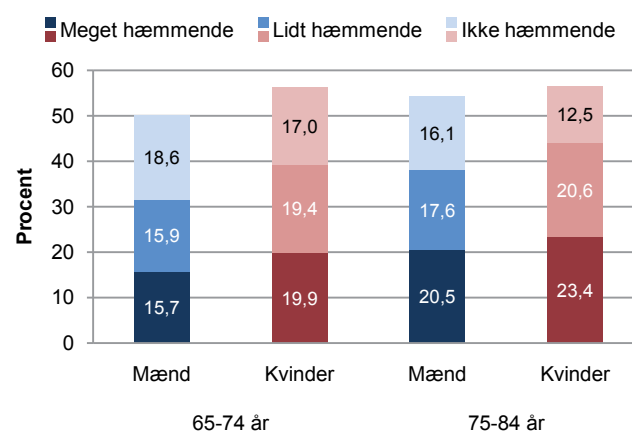
Sygeligheden beskrives på flere forskellige måder i SUSY-undersøgelserne. For det første ved forekomsten af langvarig sygdom, der er belyst ved at spørge til, om man har nogen langvarig sygdom, langvarig eftervirkning af skade, handicap eller anden langvarig lidelse. Svares der bekræftende, spørges der bl.a. til, om sygdommen er meget eller lidt hæmmende for de daglige gøremål. For det andet belyses sygeligheden ved forekomsten af specifikke sygdomme. Her præsenteres svarpersonerne for en liste med en række sygdomme eller lidelser, og for hver sygdom eller lidelse skal det angives, om de har den på interviewtidspunktet eller har haft den tidligere. For det tredje ved forekomsten af smerter eller ubehag inden for en 14-dages periode. Her præsenteres svarpersonerne ligeledes for en liste med en række former for smerter eller ubehag, og for hver af dem skal svarpersonerne angive, om de har haft den pågældende form for smerte eller ubehag inden for de sidste 14 dage inden interviewet. Sidst i kapitlet belyses forekomsten af ulykker blandt ældre.

Langvarig sygdom

I alt 54,1 % af de 65-84 årige oplyser at have en eller flere langvarige sygdomme. Generelt har større andele af kvinder end mænd langvarig sygdom, og forekomsten stiger med stigende alder (data ikke vist). Figur 8.1 viser forekomsten af meget hæmmende, lidt hæmmende eller slet ikke hæmmende langvarig sygdom. Det ses, at større andele blandt kvinder end mænd har langvarig sygdom, der virker meget hæmmende i dagligdagen, og at forekomsten af meget hæmmende og lidt hæmmende langvarig sygdom stiger med stigende alder, mens forekomsten af ikke hæmmende langvarige sygdomme falder.

Sammenhængen mellem helbredsrelateret livskvalitet –

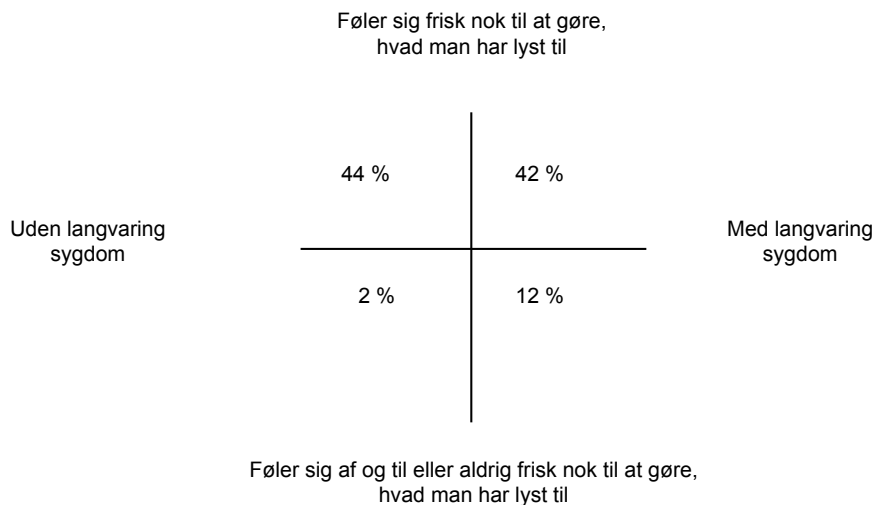
Figur 8.1 Forekomst af langvarig sygdom blandt 65-84 årige mænd og kvinder. 2005. Procent.



Kilde: Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005

her målt ved oplevelsen af at være frisk nok til at gøre, hvad man har lyst til – og langvarig sygdom fremgår af figur 8.2. I alt 44 % af de 65-84 årige angiver, at de føler sig friske nok til at gøre, hvad de har lyst til, og at de ikke har langvarig sygdom, mens 12 % har langvarig sygdom og kun af og til føler sig frisk nok til at gøre, hvad de har lyst til. Godt 42 % vurderer trods langvarig sygdom, at de har en høj helbredsrelateret livskvalitet, hvilket illustrerer, at ikke al langvarig sygdom er begrænsende for udfoldelsesmulighederne, og at der formentlig også sker en tilpasning af udfoldelsesmulighederne til det mulige. Endelig er der 2 %, der føler sig begrænset i deres udfoldelsesmuligheder, selv om de ikke har langvarig sygdom.

Figur 8.2 Sammenhæng mellem langvarig sygdom og helbredsrelateret livskvalitet blandt 65-84 årige. 2005. Procent.



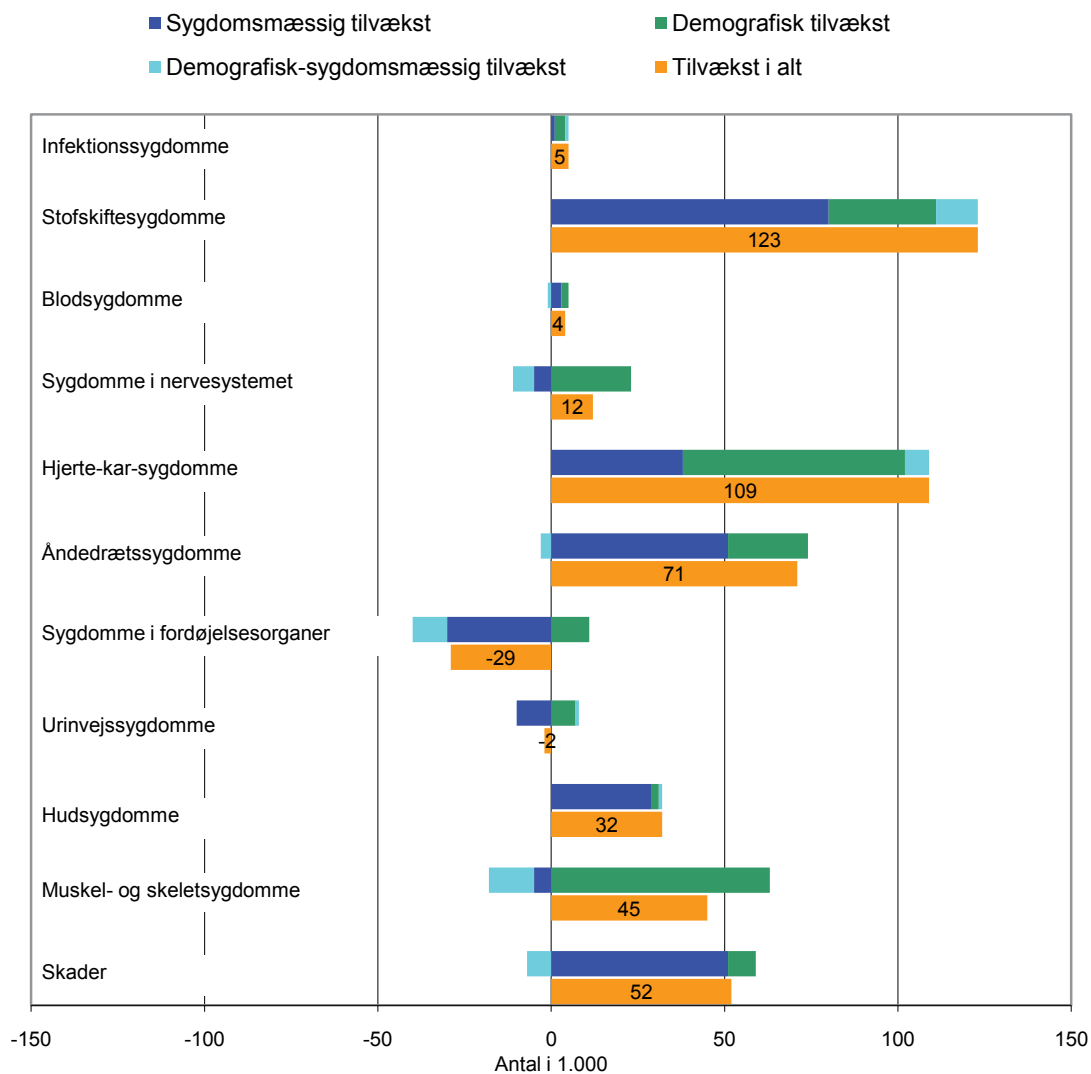
Kilde: Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005

Forekomsten af forskellige former for selvrapporteret langvarig sygdom i hele befolkningen (16-årige eller derover) er forsøgsvis fremskrevet til 2020 (8;9). Figur 8.3 viser resultater fra den antalsmæssige fremskrivning af selvrapporterede langvarige sygdomme, baseret på SUSY-undersøgelserne 1987-2005. Ved fremskrivningen sondres der mellem sygdomsrelateret tilvækst, som skyldes selve sygdommen, demografisk tilvækst, som skyldes den forventede demografiske udvikling med stigende andel ældre samt tilvækst, der kan tilskrives både sygdommen og den demografiske udvikling. Antallet af voksne med en eller flere langvarige sygdomme steg fra 1,360 mio. i 1987 (34,2 % af voksne) til 1,691 mio. i 2005 (39,0 % af voksne) og forventes at være 2,074 mio. i 2020, svarende til 44,3 % af voksne. Det ses af figur 8.3, at der forventes en stigning i alle former for langvarige sygdomme med undtagelse af sygdomme i fordøjelsesorganer og urinveje. Eksempelvis forventes antallet af voksne med hjerte-kar-sygdomme at stige

med 109.000 frem til 2020 (gul søjle). Stigningen kan opdeles i stigning, der skyldes sygdomsudviklingen (blå del af søjlen oven over den gule), stigning, der skyldes den befolkningsmæssige tilvækst (grøn del af søjlen oven over den gule) samt stigning, der både kan skyldes den sygdomsmæssige og den befolkningsmæssige tilvækst (turkis del af søjlen oven over den gule). Stigningen i hjerte-kar-sygdomme kan således overvejende tilskrives den befolkningsmæssige tilvækst.

Stigningen i den selvrapporterede sygelighed er mest markant for stofskiftesygdomme, hjerte-kar-sygdomme, åndedrætssygdomme, muskel- og skeletsygdomme samt skader. Det ses endvidere, at tilvæksten i hjerte-kar-sygdomme og muskel- og skeletsygdomme overvejende kan tilskrives den befolkningsmæssige udvikling, mens tilvæksten i stofskiftesygdomme, åndedrætssygdomme og skader overvejende kan tilskrives sygdomsudviklingen.

Figur 8.3 Fremskrivning af selvrapporterede langvarige sygdomme 2005-2020. Tilvækst i antal tilfælde (1.000).



Kilde: Kamper-Jørgensen et al. Folkesundheden i fremtiden.
I: Folkesundhedsrapporten 2007

Specifikke sygdomme

Der indgår 19 forskellige sygdomme på listen over specifikke sygdomme (tabel 8.1). Det fremgår, at mere end en tredjedel af alle 65-84 årige angiver, at de har eller har haft slidgigt/leddegigt henholdsvis forhøjet blodtryk. Mellem 10 og 20 procent af alle ældre angiver, at de har eller har haft rygsygdom, problemer med at komme af med vandet, allergi, tinnitus eller grå stær.

For størsteparten af sygdommenes vedkommende er forekomsten i begge aldersgrupper højere blandt kvinder end blandt mænd. Til undtagelserne hører dog tinnitus, sukkersyge, besvær med at komme af med vandet, kræftsygdomme, blodprop i hjertet/hjertekrampe samt hjerneblødning/blodprop i hjernen, hvor forekomsten er højere blandt mænd end blandt kvinder.

Blandt mænd stiger forekomsten for en stor del af sygdommenes vedkommende med stigende alder. Dog falder forekomsten af allergi, tinnitus samt migræne eller hyppig hovedpine, mens forekomsten stort set er uændret, hvad angår de psykiske lidelser. Blandt kvinder stiger forekomsten af slidgigt/leddegigt, forhøjet blodtryk, inkontinens, grå stær, osteoporose, besvær med at komme af med vandet, migræne eller hyppig hovedpine, mavesår samt blodprop i hjertet eller hjertekrampe med stigende alder, mens forekomsten af rygsygdom og allergi falder med stigende alder. For de øvrige sygdommes vedkommende er forekomsten stort set uændret.

Tabel 8.1 Forekomst af specifikke sygdomme blandt 65-84 årige, 2005. Procent.

	65-74 år		75-84 år		I alt
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	
Slidgigt/leddegigt	30,8	44,5	34,9	46,7	39,1
Forhøjet blodtryk	30,1	35,2	36,6	44,5	35,7
Rygsygdom	15,5	20,4	17,2	18,0	17,8
Problemer med at holde på vandet (inkontinens)	8,6	16,8	15,3	22,7	15,2
Allergi (ikke astma)	10,5	22,4	8,4	15,7	15,1
Tinnitus (hyletone eller susen i ørerne)	19,0	11,1	12,7	11,9	14,0
Grå stær	5,2	10,2	11,5	20,5	10,9
Sukkersyge/diabetes	9,8	8,0	11,4	8,3	9,1
Astma	7,0	10,1	7,6	10,7	8,8
Kronisk bronkitis/emfysem	8,0	8,7	8,5	8,5	8,4
Osteoporose (knogleskørhed)	1,0	8,1	2,3	15,4	6,4
Besvær med at komme af med vandet	9,5	1,1	11,9	2,4	5,7
Migræne eller hyppig hovedpine	4,6	6,3	2,7	7,6	5,5
Kronisk angst eller depression	3,8	6,8	3,1	7,1	5,3
Anden psykisk lidelse, dårlige nerver	1,6	4,1	1,5	3,9	2,9
Cancer eller kræftsygdomme (inkl. leukæmi)	2,9	2,1	5,6	1,6	2,8
Mavesår	1,3	2,7	2,6	3,6	2,4
Blodprop i hjertet eller hjertekrampe	1,8	1,1	2,5	2,2	1,8
Hjerneblødning/blodprop i hjernen	1,4	0,4	1,7	0,3	0,9
Antal svarpersoner	878	878	428	562	2.746

Kilde: Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005

Smerter eller ubehag inden for en 14-dages periode

Muskel- og skelet smerter er de hyppigst forekommende former for smerter eller ubehag inden for en 14-dages periode (tabel 8.2). Dernæst følger træthed og søvnbesvær. Generelt rapporterer en større andel af kvinder end mænd i begge aldersgrupper at have haft de forskellige former for smerter eller

ubehag inden for en 14-dages periode. Undtaget er dog forekomsten af åndedrætsbesvær/forpustethed, forkølelse/snue/ hoste og eksem/hududslet/kløe, der i den ældste aldersgruppe er højere blandt mænd end blandt kvinder.

Blandt mænd ses der med enkelte undtagelser stigende forekomst af smerter eller ubehag med stigende alder. Billedet er omvendt for kvinders vedkommende. Her ses med enkelte undtagelser faldende forekomst.

Tabel 8.2 Forekomst af smerter eller ubehag inden for en 14-dages periode blandt 65-84 årige. 2005. Procent.

	65-74 år		75-84 år		I alt
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	
Smerter eller ubehag i arme, hænder, ben, knæ, hofter eller led	28,1	43,3	29,8	40,8	35,9
Smerter eller ubehag i ryg eller lænd	27,4	35,3	26,4	37,0	31,8
Smerter eller ubehag i skulder eller nakke	23,7	31,9	24,6	31,2	28,0
Træthed	16,6	24,5	22,1	29,2	22,5
Søvnbesvær, søvnproblemer	12,4	26,6	13,8	27,4	20,3
Åndedrætsbesvær, forpustethed	11,9	13,5	20,4	15,7	14,5
Forkølelse, snue, hoste	13,1	12,8	16,3	11,1	13,1
Hovedpine	7,8	14,0	6,6	13,4	10,8
Eksem, hududslet, kløe	9,5	10,9	13,6	8,1	10,3
Fordøjelsesbesvær, tynd/hård mave	5,2	11,6	10,4	13,8	9,9
Nedtrykt, deprimeret, ulykkelig	4,9	11,6	8,1	10,6	8,7
Ængstelse, nervøsitet, uro og angst	4,9	12,2	5,0	12,1	8,7
Hurtig hjertebanken	4,4	9,5	5,5	7,3	6,8
Mavesmerter, ondt i maven	5,4	7,1	5,1	5,9	6,0
Antal svarpersoner	878	878	428	562	2.746

Kilde: Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005

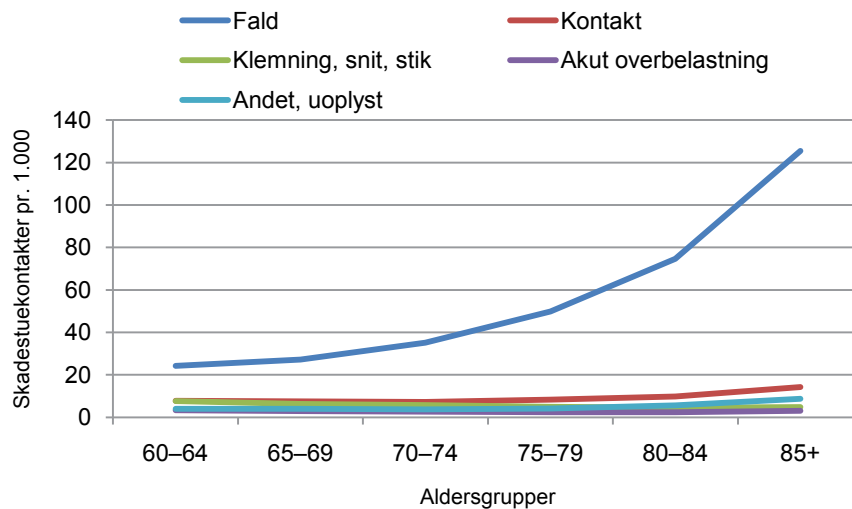


Ulykker

I alt 5,7 % af de ældre oplyser, at de inden for det seneste år har været udsat for ulykker eller uheld, som har gjort det besværligt for dem at udføre de daglige gøremål dagen efter. Større andele af kvinder end mænd har været udsat for ulykker eller uheld (data ikke vist).

Opgørelse fra Landspatientregisteret viser, at hyppigheden af skadestuekontakter som følge af ulykker stiger stejlt fra 65-års alderen – især pga. faldulykker (figur 8.4). Blandt ældre over 85 år er fald årsag til 88 % af skadestuekontakterne og 94 % af indlæggelserne som følge af ulykker. Faldulykker blandt ældre på 65 år eller derover er årsag til halvdelen af samtlige indlæggelsesdage som følge af ulykker (10).

Figur 8.4 Hjemme- og fritidsulykker, opdelt på skadesmekanisme og alder. 2004. Antal kontakter pr. 1.000.



Kilde: Landspatientregisteret

Sygelighed, uddannelsesniveau og samlivsstatus

Figur 8.5 viser med data fra hele befolkningen sammenhængen mellem sygelighed og uddannelsesniveau. Det generelle billede er, at jo kortere uddannelse desto højere sygelighed. Eksempelvis stiger forekomsten af langvarig sygdom fra 34 % blandt voksne med lang uddannelse til 43 % blandt voksne med mellemlang uddannelse og til 53 % blandt voksne med kort uddannelse.

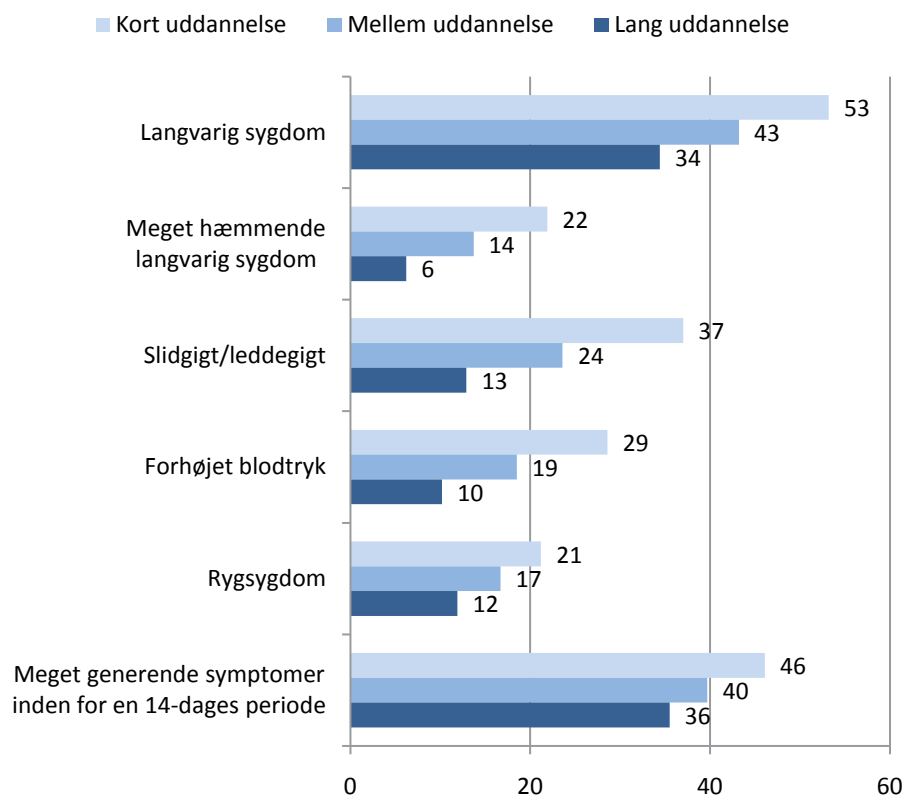
Figuren rummer forskellige eksempler på sygelighed. Først forekomsten af langvarig sygdom og af meget hæmmende

langvarig sygdom, der er målt som andelen af alle voksne, der har en eller flere meget hæmmende langvarige sygdomme. Dernæst følger forekomsten blandt alle voksne af de tre hyppigste specifikke sygdomme blandt de 65-84 årige (slidgigt/leddegigt, forhøjet blodtryk og rygsygdom). Sidst i figuren vises andelen af voksne, der inden for en 14-dages periode har haft en eller flere forskellige former for gener og symptomer.

Der er ikke fundet sammenhæng mellem forekomsten af selvrapporterede ulykker og uddannelsesniveau (data ikke vist) (2).

Gifte har generelt lavere sygelighed end samlevende og enlige (skilte, separerede, enker, enkemænd, ugifte) (data ikke vist) (2).

Figur 8.5 Uddannelsesniveau og sygelighed. Hele befolkningen. 2005. Procent.



Kilde: Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005



9. Aktivitetsbegrænsning og brug af hjælpemidler

Aktivitetsbegrænsning og brug af hjælpemidler

I afsnittet belyses hvorledes sygdom og dårligt helbred influerer på den enkelte persons sociale roller i familien, i fritiden eller i andre sociale sammenhænge. Ét mål herfor er spørgsmålet, om man pga. sygdom, skader eller lidelser føler sig begrænset i at udføre de daglige gøremål, hvor der ved daglige gøremål forstås de ting, man plejer at lave. Et andet mål er brug af forskellige fysiske hjælpemidler, der afhjælper eller kompenserer for fysiske funktionsmangler.

Det anvendte mål for aktivitetsbegrænsning adskiller sig fra målet for fysisk funktionsniveau (jævnfør afsnit 5) ved, at aktivitetsbegrænsningen er en direkte følge af sygdom. I modsætning hertil kan nedsat fysisk funktionsniveau skyldes andre forhold end konkret sygdom, f.eks. generel alderssvækkelse.

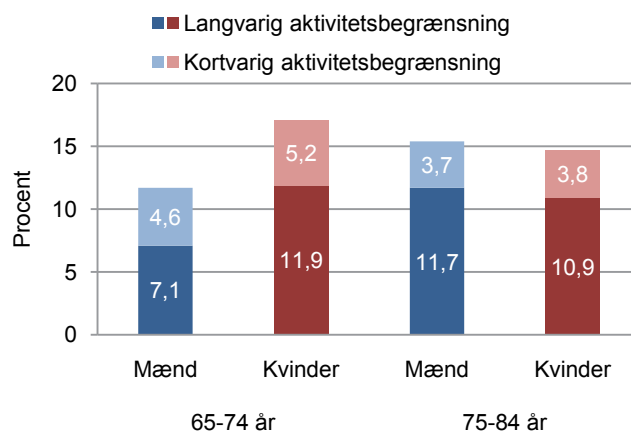
Aktivitetsbegrænsning

Der sondres mellem kortvarige aktivitetsbegrænsninger, dvs. begrænsninger som følge af sygdom inden for en 14-dages periode og langvarige aktivitetsbegrænsninger, som har været eller forventes at være seks måneder eller mere. I alt har 14,6 % af de ældre inden for en 14-dages periode været begrænset i at udføre deres dagligdags aktiviteter pga. sygdom, skader eller lidelser, idet 4,5 % har haft kortvarige aktivitetsbegrænsninger og 10,1 % har haft varige aktivitetsbegrænsninger. Figur 9.1 viser, at større andel blandt kvinder end mænd i alderen 65-74 år har været begrænset i at udføre dagligdagens aktiviteter, mens der i aldersgruppen 75-84 år stort set ikke er forskel mellem mænd og kvinder. Blandt mænd stiger andelen med aktivitetsbegrænsninger med stigende alder, mens den falder svagt blandt kvinder.

I hele befolkningen stiger andelen med aktivitetsbegrænsning med faldende uddannelsesniveau, hvilket er helt i

overensstemmelse med, at sygeligheden stiger med faldende uddannelsesniveau (data ikke vist) (2).

Figur 9.1 Forekomst af aktivitetsbegrænsninger blandt 65-84 årige mænd og kvinder. 2005. Procent.



Kilde: Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005

Brug af hjælpemidler

I alt 16,2 % af de 65-84 årige bruger dagligt høreapparat, 12,9 % bruger stok, krykke eller gangstol og 2,0 % bruger dagligt kørestol (tabel 9.1). Både blandt mænd og kvinder stiger brugen af hjælpemidler generelt med alderen. Større andele blandt mænd end blandt kvinder bruger høreapparat, mens større andele af kvinder end mænd bruger stok, krykker eller gangstol. Der er ikke systematiske forskelle mellem mænd og kvinder, når det drejer sig om brug af kørestol.

Tabel 9.1 Brug af hjælpemidler blandt 65-84 årige mænd og kvinder. 2005. Procent.

	65-74 år		75-84 år		I alt
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	
Bruger dagligt høreapparat	13,9	9,4	28,7	21,3	16,2
Bruger dagligt stok, krykker, gangstol	6,2	7,1	20,7	26,4	12,9
Bruger dagligt kørestol	2,1	0,7	2,3	3,5	2,0
Antal svarpersoner	878	878	428	562	2.746

Kilde: Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005



10. Brug af sundheds- væsenet og brug af medicin

Brug af sundhedsvæsenet og brug af medicin

Afsnittet indledes med en oversigt over hospitalskontakter blandt de 65-årige eller derover, baseret på Landspatientregisteret. Dernæst følger opgørelser fra Sygesikringsregisteret over ældres brug af praktiserende læge og praktiserende speciallæge. Resten af kapitlet er baseret på data fra SUSY-2005 og omhandler ældres brug af hjemmesygeplejerske og brug af genoptræning. Kapitlet afsluttes med beskrivelse af ældres brug af medicin.

Sygehusforbrug

I 2008 havde de 65-årige eller derover i alt 1,86 mio. ambulante kontakter, 205.000 skadestuekontakter og 542.000 indlæggelser. Tabel 10.1 viser forbruget blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. For alle typer af kontakter gælder, at sygehusforbruget er større blandt mænd end kvinder. Antallet af ambulante besøg stiger både blandt mænd og kvinder med stigende alder frem til 80-års alderen, hvor det igen falder og ender med at ligge på et lavere niveau end blandt de 65-69 årige. Antallet af skadestuebesøg og udskrivninger stiger med stigende alder.

Tabel 10.1 Sygehusforbrug på offentlige somatiske sygehuse blandt mænd og kvinder på 65 år eller derover. 2008. Antal pr. 100.000.

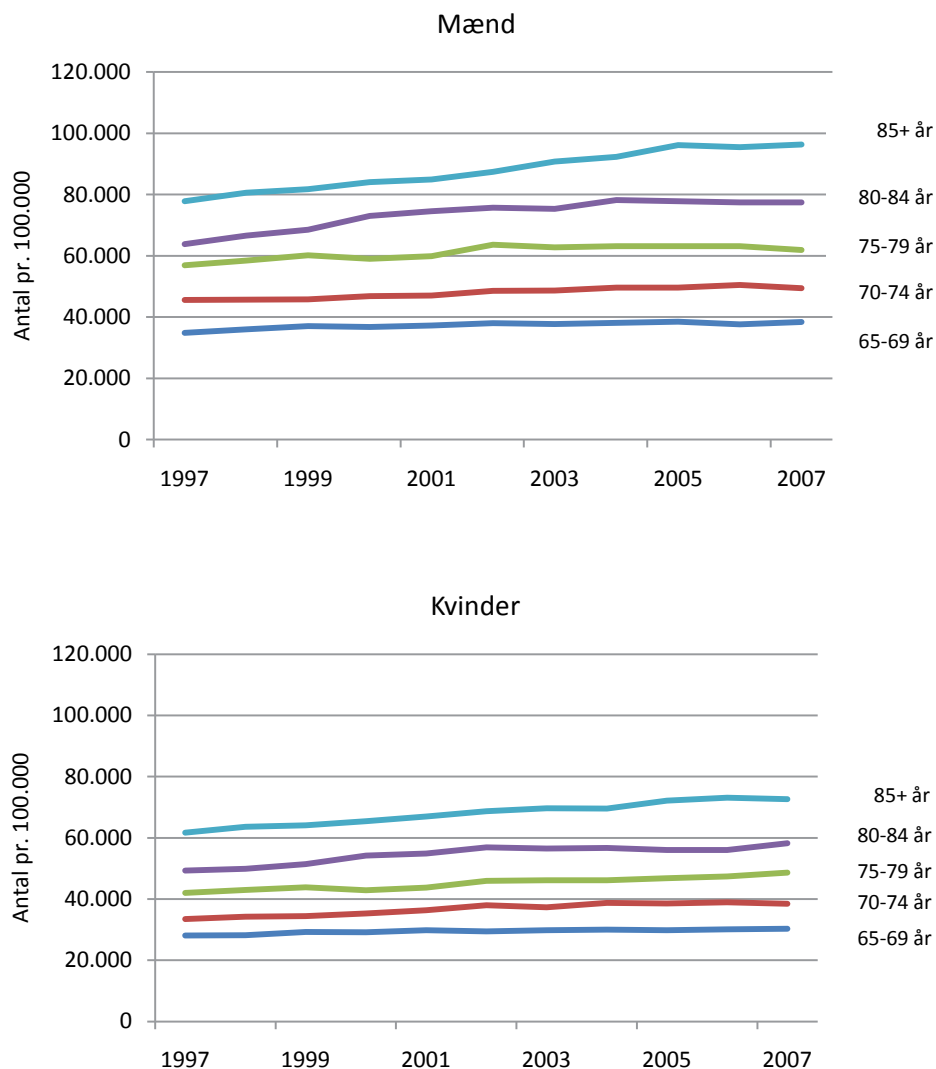
	65-69 år		70-74 år		75-79 år		80-84 år		85+ år	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Ambulante besøg	190.310	167.450	224.598	184.634	240.087	189.275	214.319	168.240	165.560	120.362
Skadestuebesøg	13.588	11.844	15.250	14.174	19.140	17.791	25.201	22.831	32.924	31.972
Udskrivninger for indlagte	37.686	29.876	49.264	38.708	63.192	47.053	73.151	55.161	83.531	64.438

Kilde: Landspatientregisteret

Udviklingen i antallet af udskrivninger for indlagte i det somatiske sygehusvæsen fra 1997 til 2007 fremgår af figur 10.1. Blandt mænd er antallet af udskrivninger steget fra ca. 162.000 i 1997 til 201.000 i 2007 (data ikke vist). Stigningen er størst i de to ældste aldersgrupper. Blandt kvinder er antal-

let af udskrivninger steget fra ca. 188.000 i 1997 til 220.000 i 2007 (data ikke vist), og stigningen forløber parallelt i alle aldersgrupper – dog med undtagelse af de 65-69 årige, hvor antallet af udskrivninger næsten er konstant i perioden.

Figur 10.1 Udvikling i udskrivninger for indlagte på offentlige somatiske sygehuse blandt mænd og kvinder på 65 år eller derover. 1997-2007. Antal pr. 100.000.



Kilde: Landspatientregisteret

Tabel 10.2 viser sygehusforbruget på offentlige psykiatriske sygehuse. I 2008 var der blandt de 65-årige eller derover knap 15.000 ambulante besøg (data ikke vist). Antallet af ambulante besøg stiger med stigende alder og er højere blandt kvinder end blandt mænd. Der var i alt 5.290 heldøgnsindlæggelser

på psykiatriske sygehuse i 2008 (data ikke vist). Indlæggelsesraten stiger med stigende alder og er højere blandt kvinder end blandt mænd. Blandt de 75-årige eller derover er antallet af indlæggelser og ambulante besøg dobbelt så højt blandt kvinder som blandt mænd.

Tabel 10.2 Sygehusforbrug på offentlige psykiatriske sygehuse blandt mænd og kvinder på 65 år eller derover. 2008. Antal pr. 100.000.

	65-74 år		75+ år		I alt
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	
Ambulante besøg	926	1.224	1.397	2.753	3.186
Udskrivninger for indlagte	477	718	343	686	1.124

Kilde: Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister

Brug af praktiserende læge og praktiserende speciallæge

Ældregruppens brug af praktiserende læge og praktiserende speciallæge er her beskrevet med udgangspunkt i Statistiske Efterretninger (11), hvilket er begrundelsen for den anderledes aldersopdeling. I alt 88 % af de 60-69 årige, 94 % af de 70-79 årige og næsten alle blandt de 80-årige eller derover har i 2007 haft kontakt til praktiserende læge (data ikke vist). Det fremgår af tabel 10.3, at kvinder i alle aldersgrupper gennemsnitlig har flere kontakter til praktiserende læge end mænd, og at hyppigheden af kontakter stiger med stigende alder. Der sker næsten en fordobling i kontakthyppigheden fra de 60-69 årige og til de 90-årige eller derover. Det gennemsnitlige antal kontakter er gennemgående højere blandt enlige end blandt par (data ikke vist).

Det gennemsnitlige antal kontakter til praktiserende speciallæge er mere konstant og ligger på 0,9-1,6 kontakter, svarende til at 34-47 % af de 60-årige eller derover har haft kontakt til praktiserende speciallæge i 2007. Kontakthyppigheden er gennemgående højere blandt kvinder end blandt mænd og stiger frem til 90-års alderen for dernæst at falde. I den ældste aldersgruppe er der ikke forskel på kontakthyppigheden blandt mænd og kvinder.

I hele befolkningen er forbruget af praktiserende læge steget jævnt siden 1997, mens antallet af kontakter til praktiserende speciallæger har været nogenlunde konstant (data ikke vist).

Tabel 10.3 Gennemsnitlig antal kontakter*) til praktiserende læge og praktiserende speciallæge blandt 60-årige eller derover. 2007.

	60-69 år		70-79 år		80-89 år		90+ år	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Praktiserende læge	8,3	9,9	11,9	13,4	15,0	16,1	15,6	16,4
Praktiserende speciallæge	0,9	1,3	1,3	1,6	1,4	1,5	1,0	1,0

En kontakt er f.eks. et besøg hos lægen eller en telefonkonsultation. Der kan indgå flere forskellige ydelser i en kontakt.

Kilde: Statistiske Efterretninger, 2008:11

Brug af hjemmesygeplejerske

I alt 4,5 % af de 65-84 årige har inden for en 3-måneders periode haft kontakt med en hjemmesygeplejerske. I den yngste aldersgruppe ligger forbruget på 2,1 % blandt mænd og 3,5 % blandt kvinder. Andelen af brugere af hjemmesygepleje stiger med stigende alder og udgør blandt de 75-84 årige 6,2 % blandt mænd og 8,4 % blandt kvinder.

Genoptræning

I alt 8,2 % af de 65-84 årige oplyser, at de inden for det seneste år har været til genoptræning, enten i forbindelse med hospitalsindlæggelse eller i forbindelse med midlertidig eller varig nedsat fysisk funktion. Det drejer sig om 9-10 % blandt kvinder og 7-8 % blandt mænd. Samtidig har 2,4 % af de ældre haft behov for genoptræning uden at have fået det. Størst andel blandt kvinder har haft et udækket behov.

Brug af medicin

I alt 71,7 % af de 65-84 årige bruger regelmæssigt eller til stadighed medicin – det være sig receptpligtig medicin eller håndkøbsmedicin, men ikke vitaminpiller, mineraler eller naturlægemidler (tabel 10.4). Fire ud af ti ældre har inden for en 14-dages periode brugt blodtrykssænkende medicin henholdsvis smertestillende medicin (mod muskel- og skeletbesvær og/eller anden form for smertestillende medicin). Endvidere har 6,5 % brugt sovemedicin. Medicinforbruget inden for en 14-dages periode omfatter både recept- og håndkøbsmedicin. For alle former for medicin gælder, at der er større andel brugere blandt kvinder end blandt mænd. Med undtagelse af brug af anden smertestillende medicin stiger andelen af brugere med stigende alder.

I hele befolkningen – både blandt mænd og kvinder – bruger markant større andele af personer med langvarig sygdom regelmæssigt eller til stadighed medicin sammenholdt med personer uden langvarig sygdom. Endvidere falder andelen med regelmæssig brug af medicin og brug af receptmedicin inden for en 14-dages periode med stigende uddannelsesniveau, mens brug af håndkøbsmedicin inden for en 14-dages periode er højest blandt personer med lang uddannelse (2) (data ikke vist).

Regelmæssig brug af medicin og brug af receptmedicin inden for en 14-dages periode er steget blandt alle 65-årige eller derover, mens andelen, der har brugt håndkøbsmedicin inden for en 14-dages periode, er faldet (2).

Tabel 10.4 Regelmæssig brug af medicin og brug af recept- og/eller håndkøbsmedicin inden for en 14-dages periode blandt 65-84 årige mænd og kvinder. 2005. Procent.

	65-74 år		75-84 år		I alt
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	
Regelmæssig brug af medicin	64,2	70,7	76,0	81,7	71,7
Brug af medicin inden for en 14-dages periode:					
Smertestillende medicin mod muskel- og skeletbesvær	19,1	31,3	22,2	35,7	26,9
Anden smertestillende medicin	11,2	16,2	10,1	15,3	13,5
Sovemedicin	3,8	6,9	5,3	11,0	6,5
Blodtrykssænkende medicin	36,3	37,4	46,8	49,3	41,0
Antal svarpersoner	878	878	428	562	2.746

Kilde: Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005



11. Sammenfatning

Sammenfatning

I WHO's strategi "Sundhed for Alle år 2000" opstilles der fire overordnede mål for befolkningens sundhed; nemlig et længere liv, et sundere liv, et rigere liv og lighed i sundhed. Disse fire mål vil danne ramme for sammenfatningen. Men indledningsvis skal ældregruppen kort karakteriseres og undersøgelsens datamaterialer kort præsenteres.

Socio-demografi

Ifølge Danmarks Statistik var der pr. 1. januar 2009 i alt 875.496 ældre på 65 år eller derover – flere kvinder (56 %) end mænd (44 %). De 65-74 årige udgør ca. halvdelen af ældregruppen. Over halvdelen af de ældre er gifte, og næsten hver tredje er enke eller enkemand.

Næsten tre fjerdedele af de ældre har en personlig bruttoindkomst på under 200.000 kr., men selv om indkomstniveauet således er lavere end i den øvrige befolkning, er det kun en ganske lille del af de ældre (1,2 %), der angiver, at de inden for det sidste år har haft problemer med at betale deres regninger.

Kvinder har gennemgående kortere uddannelse end mænd, og den ældste aldersgruppe (75-84 år) har gennemgående kortere uddannelse end den yngste (65-74 år). Knap 10 % af mænd og 3 % af kvinder i aldersgruppen 65-74 år er fortsat erhvervsaktive, men erhvervsaktiviteten aftager markant med stigende alder.

Datakilder

Undersøgelsens resultater stammer i overvejende grad fra Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005 (SUSY-2005) og fra tidligere gennemførte sundheds- og sygelighedsundersøgelser, alle gennemført af Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. Det er landsdækkende interviewundersøgelser i den voksne danske befolkning. Der var i alt invite-

ret knap 22.000 deltagere til SUSY-2005, og 67 % deltog i interviewet. Analyserne i rapporten omfatter alene de 65-84 årige – i alt 2.746 personer.

Andre anvendte datakilder i rapporten er Dødsårsagsregisteret, Landspatientregisteret, Sygesikringsregisteret samt udvalgte registre i Danmarks Statistik.

Et længere liv

Dødeligheden blandt ældre begyndte at falde i sidste halvdel af det tyvende århundrede og er faldet siden da. I 2008 kunne en 65-årig mand forvente yderligere 16,5 leveår og en 65-årig kvinde yderligere 19,3 leveår. Ser man nøjere på perioden 1994-2006 er den samlede dødelighed blandt mænd faldet jævnt igennem perioden, mens dødeligheden blandt kvinder har været konstant frem til 2004, hvorefter den er begyndt at falde.

Den årsagsspecifikke dødelighed afspejler dels sygdomsforekomsten i befolkningen, dels sygdommens behandlingsmuligheder og dermed overlevelse med sygdommen. Dødeligheden af kræft og øvrige dødsfald af naturlige dødsårsager udgør hver ca. en tredjedel af alle dødsfald blandt ældre, dødeligheden af hjerte-kar-sygdomme udgør ca. en fjerdedel, ulykker svarer for ca. 3 % af alle dødsfald og selvmord ca. 1 %. Dødeligheden af kræftsygdomme, hjerte-kar-sygdomme og selvmord er gennemgående højere blandt mænd end blandt kvinder. Mens kræftdødeligheden blandt kvinder stort set har været konstant i perioden 1994 til 2006, er der sket et svagt fald blandt mænd. Dødeligheden af hjerte-kar-sygdomme er faldet markant – mest udtalt for mænds vedkommende – og dødeligheden af selvmord er ligeledes faldet gennem hele perioden. Dødeligheden pga. ulykker er først faldet siden årtusindeskiftet, mens dødeligheden af alle øvrige naturlige dødsårsager stort set har været konstant fra 1994 til 2006. Der er ikke karakteristiske kønsforskelle i dødeligheden af ulykker og dødeligheden af øvrige naturlige årsager.

Et sundere liv

Lidt over halvdelen af de ældre på 65-84 år oplyser at have en eller flere langvarige sygdomme, langvarige eftervirkninger af skade eller handicap eller anden langvarig lidelse, idet 19 % har sygdomme, der opleves som meget hæmmende i dagligdagen, 18 % har sygdomme, der opleves som lidt hæmmende, og 16 % har langvarige sygdomme, som slet ikke opleves som hæmmende i dagligdagen. Kvinder rapporterer gennemgående højere sygelighed end mænd, og sygeligheden – især de meget hæmmende langvarige sygdomme – stiger med stigende alder.

Mere end en tredjedel af alle ældre angiver, at de har eller har haft henholdsvis slidgigt/leddegigt eller forhøjet blodtryk og 10-20 % angiver, at de har eller har haft henholdsvis rygsygdom, problemer med at komme af med vandet, tinnitus eller grå stær.

Muskel- og skelet smerter er de hyppigste former for smerter og ubehag inden for en 14-dages periode og dernæst følger træthed og søvnbesvær.

Der er hverken entydige køns- eller aldersmæssige mønstre, når det gælder forekomsten af de forskellige former for smerter og ubehag inden for en 14-dages periode, eller når det gælder forekomsten af en række specifikke sygdomme.

Sygeligheden har generelt været stigende fra 1987 til 2005, og en fremskrivning viser da også en fortsat stigning i den selvrapporterede sygelighed. Stigningen i sygelighed skyldes såvel selve sygdommens udvikling som udviklingen i befolkningssammensætningen med en ældreandel, der forventes at stige fra 15,9 % i 2009 til 25,0 % i 2035. Fra 1987 til 2005 er der også sket en stigning i forekomsten af de forskellige former for gener og ubehag inden for en 14-dages periode.

Sundhedsadfærd

Sundhedsadfærden eller sundhedsvanerne kan påvirke sundhedstilstanden både positivt og negativt. Er virkningen positiv, anvendes begreber som forebyggende og sundhedsfremmende faktorer. Er virkningen negativ, anvendes begrebet risikofaktor. Ofte anvendes samme indikator til at studere såvel de positive effekter som de negative. F.eks. er ikke-rygning en forebyggende eller sundhedsfremmende faktor, mens rygning er en risikofaktor.

Knap tre fjerdedele af de ældre er aldrigrygere eller exrygere, mens lidt over en fjerdedel er rygere. Større andele blandt mænd end kvinder ryger, og andelen aftager med stigende alder. Ca. en tredjedel af de ældre er dagligt udsat for tobaksrøg i boligen (egen eller andres tobaksrøg), og ligeledes en tredjedel er udsat for tobaksrøg i boligen, men ikke dagligt. Andelen af rygere er faldet jævnt siden 1987 og forventes fortsat at falde.

Ca. en fjerdedel af de 65-84 årige – en markant større andel blandt kvinder end blandt mænd – har slet ikke drukket alkohol i ugen inden, de blev interviewet. I alt 14 % har overskredet genstandsgrænsen – det er en markant større andel blandt mænd end blandt kvinder. Både blandt mænd og kvinder aftager alkoholforbruget med stigende alder. Andelen, der overskrider genstandsgrænsen, er steget jævnt siden 1994 og forventes også fremover at stige.

I alt 13 % af de ældre er moderat til hårdt fysisk aktive, mens 18 % er fysisk inaktive, dvs. de overvejende har stillesiddende beskæftigelse i fritiden. Større andele af mænd end kvinder er moderat til hårdt fysisk aktive, mens omvendt større andele af kvinder end mænd er fysisk inaktive. Generelt aftager det fysiske aktivitetsniveau med stigende alder. Andelen af ældre med stillesiddende beskæftigelse i fritiden forventes fortsat at falde.

Lidt over halvdelen af de ældre angiver, at de dagligt spiser frugt, mens kun 16 % dagligt spiser salat eller råkost. Ca. 60 % angiver, at de mindst én gang om ugen spiser fisk til aftensmad. Der er ikke systematiske forskelle i kostmønstret blandt mænd og kvinder og ej heller blandt forskellige aldersgrupper.

Næsten halvdelen af de ældre er overvægtige (38 %) eller svært overvægtige (13 %), mens 3 % er undervægtige. Større andele blandt mænd end blandt kvinder er overvægtige og svært overvægtige, mens en større andel af kvinder end mænd er undervægtige. Andelen af svært overvægtige er næsten fordoblet siden 1987 og forventes fortsat at stige.

Godt en tredjedel af de ældre – lidt større andel blandt mænd end blandt kvinder og lidt større andel blandt 75-84 årige end 65-74 årige – har inden for det sidste år været til forebyggende helbredsundersøgelse. Siden 1987 er der sket en markant stigning i de 65+ åriges brug af forebyggede helbredsundersøgelser.

Brug af sundhedsvæsenet

Antallet af udskrivelser af indlagte på somatiske sygehuse er blandt mænd steget fra ca. 162.000 til 201.000 i 2006 og blandt kvinder fra 188.000 i 1997 til 220.000 i 2006. Blandt mænd er stigningen størst i de to ældste aldersgrupper, mens stigningen blandt kvinder er sket parallelt i alle aldersgrupper på nær de 65-69 årige.

I 2008 var der endvidere 1,86 mio. ambulante kontakter og 205.000 skadestuekontakter fra ældregruppen til somatiske sygehuse. Derudover var der fra ældregruppen knap 15.000 ambulante kontakter og 5.300 heldøgnsindlæggelser til psykiatriske sygehuse.

Næsten alle ældre har haft kontakt til praktiserende læge i 2007, og størstedelen har gennemsnitligt haft mere end ti kontakter. Kontakthypigheden stiger med stigende alder og er højere blandt kvinder end blandt mænd. Det gennemsnitlige årlige antal kontakter til praktiserende speciallæge ligger på 0,9-1,6 kontakter, svarende til at 34-47 % af de 60-årige eller derover har haft kontakt til praktiserende speciallæge.

Syv ud af ti ældre bruger regelmæssigt eller til stadighed medicin. Fire ud af ti ældre har inden for en 14-dages periode brugt henholdsvis blodtrykssænkende medicin og smertestillende medicin. I alt 6,5 % har brugt sovemedicin. For alle former for medicin gælder, at der er en større brugerandel blandt kvinder end blandt mænd og brugerandelen stiger med stigende alder.

Et rigere liv

Et rigere liv handler om helbredsrelateret livskvalitet, om psykisk velbefindende og vitalitet, om fysisk funktionsniveau og om socialt netværk.

Andelen af ældre, der vurderer eget helbred som godt eller virkelig godt, og som føler sig frisk nok til at gøre, hvad de har lyst til, er steget jævnt siden 1987, og i 2005 vurderer 68 % af de 65-84 årige at have et virkelig godt eller godt helbred, og 86 % at de er friske nok til at gøre, hvad de har lyst til. Lidt over halvdelen af de ældre angiver at have godt psykisk velbefindende og ca. en tredjedel, at de føler sig meget vitale. Større andele af mænd end kvinder angiver god helbredsrela-



teret livskvalitet og psykisk velbefindende og vitalitet, men på alle mål falder livskvaliteten med stigende alder.

De ældre har det også godt rent fysisk. To tredjedele har god fysisk mobilitet, lidt mindre andel har gode kommunikationsfærdigheder og lidt mere end otte ud af ti kan uden besvær klæde sig af og på, komme i og ud af sengen og rejse med bus eller tog. Siden 1987 er der sket en markant positiv udvikling i de ældres forventede restlevetid med og uden funktionsbegrænsning, idet antallet af restleveår uden funktionsbegrænsning er steget fra 1987 til 2005 samtidig med, at antallet af restleveår med funktionsbegrænsning er faldet.

Socialt netværk

De ældre har gennemgående et godt socialt netværk, og med stigende alder sker der kun relativt små forandringer. Knap 90 % af de ældre har dagligt, ugentligt eller månedligt kontakt til familie henholdsvis venner og bekendte. Ca. 70 % mener, at de i tilfælde af sygdom kan få hjælp fra andre end dem, de bor sammen med, og ca. 80 % angiver, at de sjældent eller aldrig er alene uden at ønske det. Lidt over halvdelen deltager i foreningsliv/fritidsaktiviteter en eller flere gange om ugen.

Lighed i sundhed

Uddannelsesniveaut, opgjort som antal års kombineret skole- og erhvervsuddannelse, er et af de mest robuste mål til belysning af sociale forskelle. De efterfølgende beskrivelser af sociale forskelle stammer direkte fra hovedrapporten fra SUSY-2005 (2) og er således baseret på analyser af hele befolkningen (og altså ikke kun de 65-84 årige), men det skønnes, at resultaterne også gælder alene for ældregruppen. Der er klare sociale forskelle i forekomsten og fordelingen af sundhed og sygelighed. Sygeligheden vender den tunge ende nedad, idet sygeligheden generelt aftager med stigende uddannelsesniveau. Det samme gælder den helbredsrelaterede livskvalitet, der generelt stiger med stigende uddannelsesniveau og det sociale netværk, der generelt er dårligst blandt personer med kort uddannelse.

Også i relation til sundhedsvaner og sundhedsadfærd er der

klare sociale forskelle og igen vender den tunge ende nedad. Når det gælder rygning, stillesiddende beskæftigelse i fritiden, kost og svær overvægt stiger andelen med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd med faldende uddannelsesniveau. Kun i relation til overskridelse af genstandsgrænsen ses den mest uhensigtsmæssige sundhedsadfærd blandt de længst uddannede.

Der kan også konstateres forskelle i sundhed i relation til samlivsstatus. Gennemgående har gifte mindre sygelighed end de øvrige samlivsgrupper, og ligeledes er den helbredsrelaterede livskvalitet gennemgående bedre blandt gifte end blandt de øvrige samlivsgrupper. Også i relation til sundhedsadfærd er der forskel mellem samlivsgrupperne. Således er andelen af rygere og andelen med stillesiddende fritidsbeskæftigelse mindre blandt gifte, og andelen, der spiser sund kost, er større blandt gifte end blandt de øvrige samlivsgrupper.

Undervejs i rapporten er der tillige påvist utallige forskelle mellem mænd og kvinder og utallige forskelle mellem forskellige aldersgrupper.

Metodemæssige overvejelser

Sundhedsprofiler kritiseres ofte for at være subjektive, fordi der er tale om selvrapporterede data. Det er imidlertid vigtigt at være opmærksom på, at selvrapportering er den eneste mulighed, når det drejer sig om at belyse emner som helbredsrelateret livskvalitet, sundhedsadfærd, forekomst af gener og symptomer, oplevelsen af socialt netværk mv.

Det er vigtigt for Sundheds- og sygelighedsundersøgelsernes generaliserbarhed, at så mange som muligt af de inviterede også deltager i undersøgelsen. Som nævnt var opnåelsen på 67 %, og analyse af bortfaldet viste, at bortfaldet stort set var ens for mænd og kvinder, men markant højere for de 80+ årige end i de øvrige aldersgrupper. Endvidere var bortfaldet mindst blandt gifte. En nøjere analyse af bortfaldet påviste et samspil mellem køn, alder og civilstand, som dog ikke skal gennemgås nøjere her. Det store bortfald blandt de 80+ årige er selvfølgelig problematisk, når det drejer sig om ældregruppen og betyder formentlig, at de ældres sundhedstilstand er overestimeret og de ældres sygelighed er underestimeret,



dvs. at ældregruppen fremtræder som værende mere sund og mindre syg, end den reelt er. Det var da også baggrunden for at afgrænse ældregruppen til de 65-84 årige i denne rapport.

De 85+ årige

I denne rapport indgår der kun oplysninger om de 85+ årige, når data er hentet fra eksisterende registre, og når der på basis af sundheds- og sygelighedsundersøgelserne præsenteres data for udviklingen af de forskellige indikatorer over tid. På den baggrund er det svært at beskrive denne aldersgruppes sundheds- og sygelighedstilstand.

Restlevetiden for en 85-årig mand er 5,2 år og for en 85-årig kvinde 3,0 år. Analyser af den aldersspecifikke dødelighed viser, at det er blandt de 80-årige og derover, dødeligheden for alvor sætter ind.

Sygeligheden er høj blandt de 85+ årige, hvilket først og fremmest afspejles i, at antallet af skadestuebesøg og antallet af udskrivelser for indlagte på somatiske sygehuse er højest i denne aldersgruppe, og det er også den aldersgruppe, hvor der blandt mænd er sket størst stigning i antallet af indlæggelser fra 1997 til 2007. Derimod er de 85+ årige, den aldersgruppe, der har det laveste forbrug af ambulante besøg på somatiske sygehuse. Også kontakthypigheden til alment praktiserende læge er høj i denne aldersgruppe – 15-16 kontakter pr. år – lidt flere blandt kvinder end blandt mænd. Derimod begynder kontakthypigheden til praktiserende speciallæge at falde i denne aldersgruppe.

For alle de øvrige indikatorer, der er gennemgået i rapporten, må det forventes, at den aldersmæssige udvikling vil fortsætte i aldersgruppen af 85-årige eller derover. Når eksempelvis andelen med langvarig sygdom blandt mænd stiger fra 50,2 % blandt de 65-74 årige til 54,2 % blandt de 75-84 årige, må det forventes, at forekomsten vil stige yderligere blandt de 85-årige eller derover.

12. English Summary

According to Statistics Denmark's population forecast, the proportion of people aged 65 and over is expected to increase from 15.9 per cent of the Danish population in 2009 to 25.0 per cent in 2035. This means that older people will demand more resources, not only with regard to preventive care and treatment provided by the healthcare system, but also in terms of services provided by other sectors (social services, culture, urban planning etc.), which must contribute to ensuring good living conditions for older people.

A description of the health and ill health of older people in 2005 generally shows that the youngest age group (65-74 yrs) lives more healthily, is less ill and enjoys a better quality of life in terms of their health than the oldest age group (75-84 yrs), and that women generally live more healthily but are ill more often than men and have a poorer quality of life from the point of view of their health.

A number of general trends emerge as regards the health and ill health of older people and the factors of relevance for this.

On the positive side, levels of physical functioning of older people and their quality of life have markedly improved since 1987, and this development is expected to continue in the future. Likewise, since 1987 there have been improvements in the health behaviour of older people with a fall in the prevalence of smokers, an increase in the prevalence of physically active and slightly improved eating habits. Older people have also become better at accepting offers of preventive health checks. Older people's social network have improved – including their contact with family and friends, their access to help in the event of illness, and a fall in the number of people who, through no choice of their own, are living alone.

On the negative side, there is a steady increase in the prevalence of older people suffering from ill health. Widespread chronic diseases play a major role, leading to poor quality of life and putting a strain on the healthcare system – both hospitals and the primary health services. The growing prevalence of ill health also entails an increase in medicine use. The rise in the number of obese people is also a negative

factor, as are the increasing prevalence of people who exceed the recommended maximum of alcohol units pr. week.

There are still clear differences in the health and ill health of men and women, as well as clear social differences in the health-related quality of life of older people, their health behaviour, ill health and the extent to which they use the healthcare system.

It is important, also in future, to be able to monitor developments in the population's – and older people's – health and ill health. Fortunately, this will be possible thanks to the new national, regional and municipal health profiling system which will gather data for the first time in 2010. A number of indicators used in this description will also be employed in prospective work and will therefore be useful for local health planning.

Referencer

- (1) Christensen K. Ældre. I: Kjølner M, Juel K, Kamper-Jørgensen F, (red). Folkesundhedsrapporten Danmark 2007. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2007.
- (2) Ekholm O, Kjølner M, Davidsen M, Hesse U, Eriksen L, Christensen AI, et al. Sundhed og sygelighed i Danmark 2005 & udviklingen siden 1987. København: Statens Institut for Folkesundhed; 2006.
- (3) Petersen P. Tandsundhed. I: Kjølner M, Juel K, Kamper-Jørgensen F, (red). Folkesundhedsrapporten Danmark 2007. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2007.
- (4) Ware JE, Snow KK, Kosinski M, et al. SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide. Boston: The Health Institute, New England Medical Centre; 1993.
- (5) Due P, Holstein B. Sundhedsadfærd. I: Kamper-Jørgensen F, Almind G, (red). Forebyggende sundhedsarbejde. København: Munksgaard Danmark; 2003.
- (6) Svendsen OL. Overvægt og fedme. I: Kjølner M, Juel K, Kamper-Jørgensen F, (red). Folkesundhedsrapporten Danmark 2007. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2007.
- (7) Medicinsk sociologi - samfund, sundhed og sygdom. København: Munksgaard; 2002.
- (8) Kamper-Jørgensen F. Folkesundheden i fremtiden. I: Kjølner M, Juel K, Kamper-Jørgensen F, (red). Folkesundhedsrapporten Danmark 2007. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2007.
- (9) Davidsen M, Kjølner M, Juel K. Sygdomsudviklingen i Danmark fremskrevet til 2020. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. Arbejdsnotat; 2007.
- (10) Laursen B, Helweg-Larsen K. Ulykker. I: Kjølner M, Juel K, Kamper-Jørgensen F, (red). Folkesundhedsrapporten Danmark 2007. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2007.
- (11) Statistiske Efterretninger. Sygesikring 2007. Sociale forhold, sundhed og retsvæsen. Danmarks Statistik 2008;(11).



Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
Telefon 7222 7400
E-mail sst@sst.dk
www.sst.dk