

Rapport

# Ældres helbred, funktionsevne og livsstil

Analyser på baggrund af Ældredatabasens 5. bølge samt  
udviklingen mellem 1. og 5. bølge 1997-2017



Anu Siren & Malene Rode Larsen

*Ældres helbred, funktionsevne og livsstil – Analyser på baggrund af Ældredatabasens 5. bølge samt udviklingen mellem 1. og 5. bølge 1997-2017*

© VIVE og forfatterne, 2018

e-ISBN: 978-87-7119-538-5

Forsidefoto: Chris Lawton/Unsplash

Projekt: 100679

**VIVE – Viden til Velfærd**

**Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd**

Herluf Trolles Gade 11, 1052 København K

[www.vive.dk](http://www.vive.dk)

VIVE blev etableret den 1. juli 2017 efter en fusion mellem KORA og SFI. Centeret er en uafhængig statslig institution, som skal levere viden, der bidrager til at udvikle velfærdssamfundet og den offentlige sektor. VIVE beskæftiger sig med de samme emneområder og typer af opgaver som de to hidtidige organisationer.

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

# Forord

Danskernes levealder er steget markant, men betyder flere leveår også flere gode leveår? For at kunne besvare spørgsmålet bør man se på, hvordan den ældre del af befolkningen har det, samt hvordan helbred og trivsel blandt ældre har udviklet sig over tid.

VIVE og det tidligere Socialforskningsinstituttet/SFI har indsamlet information på ældreområdet siden 1962, og ældre er fortsat et kerneområde i VIVEs forsknings- og analysearbejde. Den første større undersøgelse af ældres levevilkår i Danmark blev gennemført i 1962. Undersøgelsen inkluderede hjemmeboende danskere i alderen 62 år og derover og kortlagde gruppens tilknytning til arbejdsmarkedet, kontakt til familie, helbred og funktionalitet, boligforhold og økonomiske forhold. 15 år senere, i 1977, blev undersøgelsen gentaget. I 1997 blev forløbsundersøgelsen Ældredata-basen grundlagt af det daværende Socialforskningsinstituttet sammen med en række samarbejdspartnere. Siden Ældredatabasens 1. bølge i 1997 har Socialforskningsinstituttet/SFI foretaget yderligere tre dataindsamlinger i henholdsvis 2002, 2007 og 2012, og senest har VIVE foretaget en 5. dataindsamling i 2017.

Denne rapport analyserer og beskriver helbred, funktionsevne og livsstil blandt den del af den danske befolkning, som er 52 år og derover. Der tages udgangspunkt i data fra Ældredatabasens 5. bølge indsamlet i 2017, men hvor det er muligt, undersøges desuden udviklingen mellem 1997, 2002, 2007, 2012 og 2017 på baggrund af alle Ældredatabasens fem bølger.

Rapporten er skrevet af seniorforsker Anu Siren og analytiker Malene Rode Larsen og er udarbejdet som en del af projektet MATURE – Meeting the challenges in population ageing through innovation and cultural adaptation of welfare society, som er finansieret af Innovationsfonden.

*Lisbeth Pedersen*

Forsknings- og analysechef for VIVE Arbejde og Ældre

2018

# Indhold

Sammenfatning .....	5
1 Indledning.....	11
1.1 Stigende levealder og ældres helbredsforhold .....	11
1.2 Rapportens formål, metode og struktur .....	11
2 Data og metode.....	12
2.1 Data.....	12
2.2 Metode .....	13
3 Helbred.....	16
3.1 Selvvurderet helbred.....	16
3.2 Relativt selvvurderet helbred .....	20
3.3 Forekomst af sygdomme .....	22
4 Fysisk funktionsevne .....	26
4.1 Besvær med dagligdags aktiviteter.....	26
5 Psykisk funktionsevne .....	33
5.1 Kognitive evner .....	33
5.2 Trivsel (WHO-5).....	36
6 Sundhedsrelateret livsstil .....	40
6.1 BMI.....	40
6.2 Rygning.....	42
6.3 Alkoholforbrug .....	47
6.4 Fysisk aktivitet.....	51
7 Opsamling og konklusion .....	61
Litteratur .....	63

# Sammenfatning

Levealderen for den danske befolkning er steget markant i de seneste 50 år. På baggrund af denne udvikling er det blevet relevant at fokusere på, hvorvidt de ekstra leveår også er gode leveår. Helbred og funktionsevne er vigtige forudsætninger for et selvstændigt liv og den oplevede livskvalitet i alderdommen. Viden om ældres helbredsforhold og funktionsevne samt udviklingen i disse over tid er også centralt i forhold til de socioøkonomiske fremskrivninger, som forsøger at tage højde for betydningen af det stigende antal ældre borgere og for det deraf forventede brug af sundheds- og omsorgsydelser. Denne rapport har til formål at analysere og beskrive helbred, funktionsevne og livsstil blandt den del af den danske befolkning, som er 52 år og derover.

Rapporten tager primært afsæt i den nyeste bølge af Ældredatabasen fra 2017 om ældres helbred, funktionsevne og livsstil, men beskriver desuden, hvor muligt, udviklingen siden 1997 på baggrund af alle fem bølger af Ældredatabasen.

Ældredatabasens 5. bølge omfatter i alt 10.062 respondenter i alderen 52-97 år, som har gennemført hele spørgeskemaet (ud af en bruttostikprøve på i alt 14.947 personer). Dette giver en svarprocent på 67,3. Tilsvarende omfatter Ældredatabasens 1. bølge 5.864 respondenter i alderen 52-77 år (svarprocent 70,3), 2. bølge 8.207 respondenter i alderen 52-82 år (svarprocent 83,6), 3. bølge 9.633 respondenter i alderen 52-87 år (svarprocent 74,5) og 4. bølge 9.965 respondenter i alderen 52-92 år (svarprocent 74,7).

Rapporten består af en række simple, deskriptive analyser af ældres helbred, funktionsevne og livsstil. Vi foretager, for de nyeste tilgængelige data i 2017, tværsnitsanalyser af disse forhold, herunder analyser af sammenhænge mellem forholdene og alder (fødselskohorte) og køn. Derudover undersøger vi, hvor muligt og meningsfuldt, udviklingen mellem 1997 og 2017 på baggrund af data fra alle fem bølger af Ældredatabasen. Når vi undersøger udviklingen over tid, fokuserer vi på kohorteforskelle, dvs. forskelle mellem mennesker, der er på samme alderstrin, men som er født i forskellige årstal.

Rapportens fokus på deskriptive analyser implicerer, at vi ikke kan tolke noget kausalt (om årsag og virkning) ud af de statistisk signifikante sammenhænge, vi finder i rapporten. Vi kan alene sige noget om sammenhænge, fx om der er en sammenhæng mellem selv vurderet helbred og alder og i så fald, i hvilken retning sammenhængen går. De deskriptive analyser tillader os ikke at sige noget om, hvorfor sammenhængen ser ud, som den gør.

Det er desuden værd at have in mente ved læsning af analyseresultaterne, at vi i tværsnitsanalyserne som hovedregel samler aldrene (fødselskohorterne) i nogle få og forholdsvis brede aldersgrupper, nemlig i følgende tre grupper: 52-62-årige, 67-77-årige og 82-97-årige. Det gør vi af hensyn til datamaterialets størrelse. Det implicerer imidlertid, at grupperne internt kan være heterogene. Derudover er der uden tvivl en vis heterogenitet blandt den ældre befolkning, som er knyttet til andre faktorer såsom indkomst, uddannelse, sociale netværk og geografi. Som regel stiger heterogeniteten med alderen. Det er vigtigt, at den fremtidige forskning om ældres helbred også ser på årsags- og virkningssammenhænge og belyser de ovennævnte faktoreres betydning for helbred og trivsel og ser på de eventuelle uligheder, der måtte findes.

Endelig er det værd at nævne, at analyseresultaterne, som nævnt, bygger på data fra en spørgeskemaundersøgelse foretaget blandt et repræsentativt udsnit af den danske befolkning i alderen 52 år og ældre. Fordi der er tale om en stikprøve med en større eller mindre grad af non-respons/bort-

fald, vil der altid være en vis statistisk usikkerhed forbundet med analyseresultaterne. Generelt gælder, at jo større stikprøve, jo større sandsynlighed er der for, at stikprøven ligner befolkningen, og jo mindre statistisk usikkerhed er der derfor forbundet med analyseresultaterne. I forbindelse med Ældredatabasen er der med al sandsynlighed tale om (en vis grad af) positiv selektion. Dem, der kan og vil, dvs. de ressourcestærke, er formodentlig (til en vis grad) overrepræsenteret blandt respondenterne. Dette er værd at have in mente i forbindelse med fortolkningen af analyserne, da det giver et mindre forbehold for resultaterne. Særligt den ældste aldersgruppe, de 82-97-årige, må formodes at være positivt selekteret med hensyn til, hvem der har formået at besvare spørgeskemaundersøgelsen. Der er også selektion i forhold til, hvem der lever længst. Dem i de ældste aldersgrupper er samtidig dem, der har haft mest succes i at leve et langt liv. Mange af dem har en kombination af sund livsstil, fravær af fatale sygdomme og genetiske karakteristika, der kan knyttes til et langt liv.

I og med at vi finder, at kvinder i højere grad lever med kroniske sygdomme i alderdommen end mænd, der oftere dør af hjerte-kar-sygdomme, er det nærliggende at forestille sig, at den positive selektion blandt de ældste særligt gælder mænd.

### **Hovedresultater**

Alderdommen er under forandring, og en af grundene er, at vi har en stor ældrepopulation, som har et godt helbred, god fysisk funktionsevne, og som trives godt. Vores resultater tyder på, at ældre voksne i løbet af perioden 1997-2017 har fået en mere aktiv og sund livsstil. Det er et mindretal, der ryger dagligt, og motion og fysisk aktivitet er blevet mere udbredt. Dette har uden tvivl en positiv betydning for funktionsevne og trivsel. Anden nyere dansk forskning har ligeledes konkluderet, at de ældre i fremtiden vil leve længere, og at de ekstra leveår er gode leveår (EHLEIS, 2014), mens antallet af dårlige leveår vil være stort set uændret (Jeune m.fl., 2015). Det forudses imidlertid også, at de ældre i fremtiden vil have flere sygdomme på samme tid (ibid.).

Vores resultater tyder dog på, at den sene alderdom ikke er blevet betydeligt anderledes i de seneste 10-15 år, hvad angår helbred og fysisk funktion. Dette kan skyldes, at der i 1980'erne og 1990'erne har været en stærk udvikling i forhold til ældre voksnes helbred (Platz, 2007). Dermed er de "nemmeste" gevinster blevet høstet, og udviklingen blevet langsommere. En stor forandring er dog, at mændenes helbred i høj grad har haft gavn af den sundere livsstil, som er blevet udbredt blandt befolkningen, og derved lever længere end før. Dette betyder, at der er færre ældre (kvinder), der lever alene i en høj alder. Dette kan have en positiv betydning for oplevet trivsel, livskvalitet og behovet for hjælp udefra.

### **Selvvurderet helbred**

Godt to tredjedele (68 pct.) af respondenterne i 2017 vurderer, at de har et godt helbred, hver fjerde (25 pct.) vurderer, at de har et nogenlunde helbred, mens kun 7 pct. omvendt vurderer, at de har et dårligt helbred. Der er ingen nævneværdig (eller statistisk signifikant) forskel i fordelingen på spørgsmålet på tværs af køn. Der er derimod større forskelle i det selvvurderede helbred på tværs af aldersgrupper. Mens ca. 7 ud af 10 (68-71 pct.) af de 52-77-årige respondenter har svaret, at de har et godt helbred, gælder det 58 pct. blandt de 82-97-årige. I sidstnævnte aldersgruppe vurderer hver tiende, at de har et dårligt helbred, mens det gælder 7 pct. blandt de øvrige aldersgrupper.

Analysen af udviklingen i selvvurderet helbred over tid viser, at 1997 adskiller sig statistisk signifikant fra alle de senere undersøgelsesår derved, at en noget mindre andel vurderede deres eget helbred som værende godt. Der er derimod ikke nævneværdige forskelle i fordelingen mellem de senere år.

## Forekomst af sygdomme

Den mest udbredte sygdom blandt respondenterne i 2017 er for højt blodtryk, da det vedrører hver tredje respondent (34 pct.). Dernæst følger slidgigt (29 pct.), for højt kolesteroltal (25 pct.), rygsygdom (17 pct.) og grå stær (11 pct.). 14 pct. oplyser desuden, at de har andre sygdomme end de i spørgeskemaet oplistede.

Sygdomsbilledet adskiller sig mellem kvinder og mænd. Kvinder oplyser for det første typisk oftere at have de nævnte sygdomme end mænd. Kvinder lider fx noget oftere af slidgigt (35 pct. mod 22 pct. blandt mænd), knogleskørhed/afkalkning af knogler (12 pct. mod 3 pct. blandt mænd) og grå stær (13 pct. mod 8 pct. blandt mænd), altså en række kroniske sygdomme, mens det er mere udbredt blandt mænd dels at have (haft) et hjerteanfald, en blodprop i hjertet eller et andet hjerteproblem inkl. hjertesvigt, dels at have sukkersyge/diabetes (i begge tilfælde 11 pct. mod 7 pct. blandt kvinder).

Den ældste aldersgruppe, de 82-97-årige, er typisk oftere ramt af de undersøgte sygdomme, end tilfældet er blandt de 67-77-årige, som igen oftere er ramt end de 62-52-årige. De 82-97-årige har således bl.a. noget oftere grå stær (30 pct. mod 3 og 16 pct. blandt henholdsvis de 52-62-årige og 67-77-årige), for højt blodtryk (48 pct. mod 25 og 41 pct.) og knogleskørhed/afkalkning af knogler (14 pct. mod 6 og 10 pct.). Der er to undtagelser fra denne regel. For det første kategorien 'Kronisk lungesygdom, fx kronisk bronkitis eller rygerlunger', som omfatter 10 pct. blandt både de 67-77-årige og 82-97-årige. Den anden undtagelse er kategorien 'Anden psykisk sygdom (skizofreni, psykose, angst, neurose, bipolar lidelse, depression)', hvor den yngste aldersgruppe, de 52-62-årige, er dobbelt så ofte ramt som de ældre aldersgrupper (6 pct. mod 3 pct. blandt de 52-62-årige og 67-77-årige).

## Fysisk funktionsevne

Hele to tredjedele (67 pct.) af respondenterne i alderen 67 år og derover vurderer, at de ingen problemer har med deres funktionsevne. De kan udføre de seks undersøgte personlige dagligdags aktiviteter alene og uden besvær. Yderligere vurderer hver femte respondent (19 pct.), at de kun har besvær med enkelte aktiviteter eller har behov for hjælp til en enkelt aktivitet. Kun 4 pct. af respondenterne vurderer, at de har besvær med flere af aktiviteterne og skal have hjælp til mindst én af dem.

Mænd vurderer i højere grad end kvinder, at de ikke har problemer med deres fysiske funktionsevne og kan udføre de seks personlige dagligdags aktiviteter alene og uden besvær. Andelen af ældre, der lever uden nedsat funktionsevne, falder med alderen. Blandt de 67-77-årige drejer det sig således om hele 74 pct., mens andelen er på 40 pct. blandt de 82-97-årige. Omvendt er det kun 2 pct. blandt de 67-77-årige, der har besvær med flere af aktiviteterne og skal have hjælp til minimum én af dem, mens den tilsvarende andel er 10 pct. blandt de 82-97-årige. Forskellen mellem de to aldersgrupper er statistisk signifikant.

Ser man på fysisk funktionsevne over tid, adskiller 1997 sig fra de senere år, idet andelen af respondenter i alle aldersgrupper, som angiver 'ingen besvær', er lavere. Der har ikke været nævneværdige ændringer i denne andel siden 2007 for de yngste aldersgrupper. Til gengæld er der en udvikling blandt de 87-årige kvinder, idet andelen, som angiver at have besvær med mange (minimum 5 af de 6) dagligdags aktiviteter, er kontinuerlig faldet, mens andelen med ingen eller kun få nedsættelser er steget.

## Kognitive evner

Langt hovedparten (83 pct.) af respondenterne i 2017 i alderen 67-97 år har rigtig gode kognitive evner. De har med andre ord slet ikke haft vanskeligheder med hensyn til at koncentrere sig eller

lære noget nyt inden for de seneste 30 dage. Yderligere 13 pct. har mindre vanskeligheder. Omvendt har kun 1 pct. svære vanskeligheder ved enten at koncentrere sig eller lære noget nyt eller har moderate vanskeligheder med begge dele.

De 67-97-årige mænd (86 pct.) har oftere oplyst end kvinderne (79 pct.), at de slet ikke har haft vanskeligheder med hensyn til at koncentrere sig eller lære noget nyt inden for de seneste 30 dage. En større andel blandt de 67-97-årige kvinder har derimod oplyst at have mindre, moderate eller svære vanskeligheder. Forskellen mellem kvinder og mænd er statistisk signifikant.

Andelen af ældre, der lever uden kognitive vanskeligheder, falder med alderen. Andelen er 86 pct. blandt de 67-77-årige, mens den er 67 pct. blandt de 82-97-årige. Omvendt er det samlet set kun 3 pct. blandt de 67-77-årige, der har moderate til svære kognitive vanskeligheder. Den tilsvarende andel blandt de 82-97-årige er samlet set 11 pct. Forskellen på tværs af de to aldersgrupper er statistisk signifikant.

### **Trivsel**

Næsten hver tiende respondent i Ældredatabasens 5. bølge trives rigtigt godt: 9 pct. har i løbet af de seneste 2 uger følt sig tilpas hele tiden på alle fem dimensioner af trivselsindekset WHO-5. Yderligere godt halvdelen af respondenterne (52 pct.) har enten følt sig tilpas det meste af tiden eller hele tiden på flere dimensioner. Kun 3 pct. af respondenterne har lidt af tiden eller på intet tidspunkt følt sig tilpas på enten de fleste eller alle fem dimensioner.

Kvinder trives lidt dårligere end mænd. Mens der ikke er nævneværdig forskel mellem kvinder og mænd, hvad angår andelen, der hele tiden har følt sig tilpas på alle fem dimensioner inden for de seneste 30 dage, har mænd oftere følt sig tilpas enten det meste af tiden eller hele tiden på flere dimensioner (54 pct. mod 49 pct. blandt kvinder). Derimod er kvinder overrepræsenteret i intervallerne, der dækker dårligere trivsel (samlet set 42 pct. mod 35 pct. blandt mænd). Forskellen mellem kvinder og mænd er statistisk signifikant.

Der viser sig et interessant mønster, når vi ser på trivsel hen over aldersgrupper. De 67-77-årige trives bedre end de øvrige aldersgrupper. De skiller sig statistisk signifikant og positivt ud derved, at de inden for de seneste 30 dage oftere har følt sig veltilpas hele tiden. Det gælder således 12 pct. mod 7 og 8 pct. blandt henholdsvis de 52-62-årige og de 82-97-årige. Det er også oftere blandt de 67-77-årige, at vi finder respondenter, der har følt sig tilpas enten det meste eller hele tiden på flere dimensioner. Det gælder 57 pct. mod 48 pct. blandt både de 52-62-årige og de 82-97-årige. Omvendt angiver færre af de 67-77-årige, at de har dårlig trivsel (samlet set 31 pct. mod 44 pct. blandt både de 52-62-årige og de 82-97-årige). At det er den midterste aldersgruppe blandt ældre, der skiller sig positivt ud, afviger fra, hvad vi fandt for fysisk funktionsevne og kognitive evner, hvor begge dele svækkes mere entydigt med alderen.

### **Rygning og alkohol**

Mere end halvdelen (56 pct.) af respondenterne har været rygere på et tidspunkt i deres liv. Mænd (61 pct.) har i højere grad end kvinderne (52 pct.) været rygere. 17 pct. af respondenterne ryger stadig. 4 ud af 10 respondenter (39 pct.) har tidligere dagligt røget i en periode på mindst ét år, men ryger ikke længere. De resterende 44 pct. har aldrig røget i en periode på mindst ét år.

Lidt færre kvinder end mænd ryger stadig (16 mod 18 pct.). Samtidig har kvinder sjældnere end mænd tidligere røget dagligt i en periode på mindst ét år, men gør det ikke længere (35 pct. mod 43 pct. blandt mænd). Næsten halvdelen (48 pct.) af kvinderne har aldrig (tidligere) røget dagligt i en periode på mindst ét år mod 39 pct. blandt mænd.



Det er en forholdsvis stor andel af ældre voksne, knap to tredjedele (64 pct.), der drikker alkohol mindst én gang ugentligt, herunder drikker 16 pct. alkohol dagligt. De ældre mænd drikker hyppigere alkohol end kvinder. Mænd er også overrepræsenteret i kategorierne med det største alkoholindtag. Mænd har således lidt oftere ugentligt indtaget seks genstande eller mere ved en given lejlighed inden for de seneste 3 måneder end kvinder (4 mod 1 pct.), men der er altså for begge køns vedkommende tale om meget små andele. Omvendt er kvinder overrepræsenteret i kategorien, der aldrig har indtaget seks genstande eller mere ved en given lejlighed inden for de seneste 3 måneder (63 mod 41 pct. blandt mænd).

Trods den store andel respondenter, der ofte drikker alkohol, er det som nævnt forholdsvis sjældent, at der indtages store mængder ved samme lejlighed ("binge-drinking"). Det er kun et lille mindretal (4 pct.), der på ugebasis eller oftere har indtaget seks genstande eller mere ved en given lejlighed inden for de seneste 3 måneder, mens langt hovedparten af de ældre voksne har et lille eller moderat alkoholindtag, når de drikker alkohol.

Andelen af ældre voksne, der har et dagligt alkoholindtag, øges med alderen. Andelen er 9 pct. blandt de 52-62-årige, 21 pct. blandt de 67-77-årige og hele 27 pct. blandt de 82-97-årige. Tilføjes andelen, der drikker alkohol flere gange om ugen, er det blandt de 67-77-årige og de 82-97-årige, at der oftest drikkes alkohol mindst et par gange om ugen. I begge tilfælde drejer det sig om ca. halvdelen (48-52 pct.), mens andelen er 41 pct. blandt de 52-62-årige. Respondenter, der derimod aldrig har drukket alkohol inden for de seneste 3 måneder, udgør en nogenlunde lige stor andel inden for hver af de tre aldersgrupper (8-11 pct.). Andelen, der enten aldrig eller kun sjældent har drukket alkohol inden for de seneste 3 måneder, er samtidig størst blandt de 82-97-årige (samlet set 29 pct. mod samlet set mellem 21 og 25 pct. for de øvrige aldersgrupper). Forskellen i fordelingen på tværs af aldersgrupper er i alle tilfælde statistisk signifikant.

De ældste ældre drikker altså oftere dagligt, men i små eller moderate mængder, hvorimod de yngste ældre, de 52-62-årige, sjældnere har et hyppigt alkoholindtag, men når de drikker, har de oftere et større alkoholindtag.

### **Fysisk aktivitet**

Hele 8 ud af 10 af respondenterne spadserer, går, traver og/eller cykler mindst en halv time mindst én gang ugentligt. Hele 44 pct. har således svaret, at de dagligt spadserer, går, traver og/eller cykler mindst en halv time, mens 36 pct. har svaret, at de gør dette én eller flere gange om ugen. De resterende 20 pct. fordeler sig stort set ligeligt på kategorierne 'én eller flere gange om måneden', 'sjældent' eller 'aldrig'. Kvinder er oftere dagligt aktive end mænd, hvad angår det at spadserer, gå, trave og/eller cykle mindst en halv time.

Der er også visse (og statistisk signifikante) forskelle på tværs af aldersgrupper. De 52-77-årige spadserer, går, traver og/eller cykler oftere mindst en halv time mindst én gang om ugen (dvs. enten dagligt eller én eller flere gange om ugen) end de 82-97-årige (81-82 mod 68 pct.). Andelen, der spadserer, går, traver og/eller cykler mindst en halv time dagligt, er dog ret ens (46 pct. blandt de 67-77-årige, 43 pct. blandt de 52-62-årige og 40 pct. blandt de 82-97-årige). Andelen, der modsat aldrig spadserer, går, traver og/eller cykler mindst en halv time, er derimod noget større (17 pct.) blandt de 82-97-årige (mod 4-6 pct. blandt de øvrige aldersgrupper).

Hos de 67-årige og 77-årige er der sket en næsten kontinuerlig stigning i perioden 1997-2017 i andelen, der én eller flere gange om ugen spadserer, går, traver og/eller cykler mindst en halv time. Hos de ældste (de 87-årige) er udviklingen mindre markant og ikke statistisk signifikant.

Lige godt halvdelen (samlet set 52 pct.) af respondenterne angiver, at de mindst én gang ugentligt gør gymnastik, dyrker sport, motionerer og/eller går til dans. Samtidig er der også en betydelig andel, nemlig hele 36 pct., der svarer, at de aldrig gør dette. Kvinder er mere aktive end mænd, hvad angår det at dyrke sport eller motionere. På tværs af aldersgrupper er det den midterste aldersgruppe, de 67-77-årige, der er mest aktive.

Der er ikke sket nogen udvikling hen over undersøgelsesperioden i forekomsten af dagligt at dyrke sport, motionere mv., men andelen, der gør det én eller flere gange om ugen, er steget for de 67-årige og 77-årige. For de 87-årige er der sket et markant fald blandt dem, der aldrig dyrker sport eller motionerer.

# 1 Indledning

## 1.1 Stigende levealder og ældres helbredsforhold

Levealderen for den danske befolkning er steget markant i de seneste 50 år. På baggrund af denne udvikling er det blevet relevant at fokusere på, hvorvidt de ekstra leveår også er gode leveår. Helbred og funktionsevne er vigtige forudsætninger for et selvstændigt liv og den oplevede livskvalitet i alderdommen. Viden om ældres helbredsforhold og funktionsevne samt udviklingen i disse over tid er også centralt i forhold til de socioøkonomiske fremskrivninger, som forsøger at tage højde for betydningen af det stigende antal ældre borgere og for det deraf forventede brug af sundheds- og omsorgsydelser. Denne rapport har til formål at analysere og beskrive helbred, funktionsevne og livsstil blandt den del af den danske befolkning, som er 52 år og derover.

Opgørelserne i denne rapport er baseret på Ældredatabasen. Ældredatabasen, som har til formål at kortlægge de ældre voksnes levevilkår i Danmark, blev grundlagt i 1997 af det daværende Socialforskningsinstituttet. Ældredatabasen er en forløbsdatabase, der så vidt muligt følger de samme ældre over tid via en spørgeskemaundersøgelse foretaget med 5 års mellemrum. Siden Ældredatabasens 1. bølge i 1997 har Socialforskningsinstituttet/SFI yderligere indsamlet tre bølger i henholdsvis 2002, 2007 og 2012 (for resultater baseret på disse bølger, se Lauritzen m.fl., 2012 og Lauritzen, 2014). Senest i 2017 har VIVE indsamlet den 5. bølge. Spørgeskemaet til Ældredatabasen har på en række punkter ændret sig over tid, men har fastholdt det grundlæggende design og tager stadig udgangspunkt i det første spørgeskema fra 1997.

## 1.2 Rapportens formål, metode og struktur

Rapporten har som nævnt til formål at analysere og beskrive helbred, funktionsevne og livsstil blandt den del af den danske befolkning, som er 52 år og derover. Der tages udgangspunkt i den nyeste tilgængelige viden via data fra Ældredatabasens 5. bølge indsamlet i 2017, men, hvor det er muligt, undersøges desuden udviklingen mellem 1997, 2002, 2007, 2012 og 2017 på baggrund af alle Ældredatabasens fem bølger.

Rapporten undersøger ovennævnte ved hjælp af en række deskriptive tværsnitsanalyser blandt respondenterne i Ældredatabasens 5. bølge i 2017, herunder opdelt på alder (fødselskohorte) og køn, samt på baggrund af alle Ældredatabasens fem bølger med fokus på kohorteforskelle over tid.

Rapporten er organiseret som følger: I kapitel 2 beskriver vi datagrundlaget og de anvendte metoder, i kapitel 3 belyser vi ældres selvvrurderede helbred og deres eventuelle sygdomme, i kapitel 4 ser vi på ældres fysiske og psykiske funktionsevne, i kapitel 5 undersøger vi ældres livsstil ud fra en række livsstilsindikatorer, og endelig samler vi op på hovedresultaterne i kapitel 6.

## 2 Data og metode

I dette afsnit beskrives rapportens datagrundlag og metode.

### 2.1 Data

Denne rapport baserer sig på data fra Ældredatabasen. Ældredatabasen er en stikprøvebaseret spørgeskemaundersøgelse for et repræsentativt udsnit<sup>1</sup> af den danske befolkning i alderen 52 år og derover. Ældredatabasen er samtidig en forløbsdatabase, der så vidt muligt følger de samme ældre over tid via en spørgeskemaundersøgelse foretaget med 5 års mellemrum, dvs. for bestemte fødselskohorter, med henblik på at kunne undersøge dels dynamiske processer og kausale sammenhænge i forbindelse med aldring, dels alders-, kohorte- og periodeeffekter. Databasen består p.t. af fem bølger indsamlet i henholdsvis 1997, 2002, 2007, 2012 og 2017.<sup>2,3</sup>

Ældredatabasens spørgeskema indeholder spørgsmål om en lang række forskellige emner, der tilsammen giver et billede af levevilkårene blandt den ældste del af befolkningen i Danmark. For en nærmere gennemgang af Ældredatabasens opbygning og indhold, se Kjær, Poulsen & Siren (2016).

Ældredatabasens seneste bølge (5. bølge) er som nævnt gennemført i 2017<sup>4</sup> og omfatter fødselskohorterne: 1920, 1925, 1930, 1935, 1940, 1945, 1950, 1955, 1960 og 1965. Data omfatter således personer i aldersspændet 52-97 år. Rapporten baserer sig primært på denne 5. bølge, men undersøger desuden, hvor muligt og meningsfuldt, udviklingen mellem 1997 og 2017 på baggrund af data fra alle fem bølger. Tabel 2.1 viser, hvilke aldre der er med i hver af Ældredatabasens fem bølger.

**Tabel 2.1** Oversigt over aldre, der er med i hver af Ældredatabasens fem bølger.

	1997	2002	2007	2012	2017
52-årige	X	X	X	X	X
57-årige	X	X	X	X	X
62-årige	X	X	X	X	X
67-årige	X	X	X	X	X
72-årige	X	X	X	X	X
77-årige	X	X	X	X	X
82-årige		X	X	X	X
87-årige			X	X	X
92-årige				X	X
97-årige					X

Kilde: Ældredatabasens 1.-5. bølge (1997, 2002, 2007, 2012 og 2017).

<sup>1</sup> En nonrespons- og bortfaldsanalyse på de tidligere bølger af Ældredatabasen (1997-2012) tyder dog på visse skævheder i data på en række indikatorer såsom alder, køn, etnisk herkomst, familietype og arbejdsmarkedstilknytning set i forhold til målpopulationen (dvs. alle ældre i de pågældende fødselskohorter i den danske befolkning). Sammenligningen viser, at der er signifikante forskelle i fordelingen blandt henholdsvis respondenter og målpopulation for de fleste af disse indikatorer. Imidlertid er der tale om størrelsesmæssigt ganske små forskelle, hvorfor Ældredatabasens repræsentativitet ikke anfægtes (Kjær, Poulsen & Siren, 2016).

<sup>2</sup> I 1997 deltog personer i aldersspændet 52-77 år, i 2002 deltog personer i aldersspændet 52-82 år, i 2007 deltog personer i aldersspændet 52-87 år, i 2012 deltog personer i aldersspændet 52-92 år, og i 2017 deltog personer i aldersspændet 52-97 år. For hver bølge er deltagerne fra den forrige bølge så vidt muligt geninterviewet, men grundet bortfald er der suppleret op med nye deltagere fra de pågældende fødselskohorter. Derudover er der for hver bølge suppleret med en ny repræsentativ gruppe af 52-årige.

<sup>3</sup> Det daværende SFI foretog de første fire bølger, og VIVE har foretaget 5. bølge i 2017.

<sup>4</sup> Danmarks Statistik har stået for dataindsamlingen, som er gennemført i perioden fra 28. juni 2017 til 11. december 2017. Der er gennemført telefoninterview med 91 pct. af respondenterne og besøgsinterview med de resterende 9 pct.

Ældredatabasens 5. bølge omfatter i alt 10.062 respondenter i alderen 52-97 år, som har gennemført hele spørgeskemaet (ud af en bruttostikprøve på i alt 14.947 personer). Dette giver en svarprocent på 67,3. Tilsvarende omfatter Ældredatabasens 1. bølge 5.864 respondenter i alderen 52-77 år (svarprocent 70,3), 2. bølge 8.207 respondenter i alderen 52-82 år (svarprocent 83,6), 3. bølge 9.633 respondenter i alderen 52-87 år (svarprocent 74,5) og 4. bølge 9.965 respondenter i alderen 52-92 år (svarprocent 74,7).

## 2.2 Metode

Denne rapport består af en række simple, deskriptive analyser af de ældre voksnes helbred, funktionsevne og livsstil. Vi foretager – for de nyeste tilgængelige data i 2017 – tværsnitsanalyser af disse forhold, herunder analyser af sammenhænge mellem de undersøgte forhold og alder (fødselskohorte) og køn. Derudover undersøger vi, hvor muligt og meningsfuldt, udviklingen mellem 1997 og 2017 på baggrund af data fra alle fem bølger af Ældredatabasen. Når vi undersøger udviklingen over tid, fokuserer vi på kohorteforskelle, dvs. forskelle mellem mennesker, der er på samme alderstrin, men som er født i forskellige tidsperioder, fx sammenligner vi de 77-årige i 1997, 2002, 2007, 2012 og 2017 med hensyn til deres selvvaluerede helbred. Dette er i modsætning til tværsnitsanalyserne, der undersøger forskelle fx i det selvvaluerede helbred mellem forskellige aldre, fx aldersgrupperne 67-77-årige sammenlignet med de 87-92-årige på et givet tidspunkt (her samme undersøgelsesår, nemlig 2017). Ved at fokusere på kohorteforskelle, når vi undersøger udviklingen over tid, tager vi højde for ændringer i alderssammensætningen blandt respondenterne på tværs af Ældredatabasens bølger.<sup>5</sup> De ret markante ændringer i stikprøvens alderssammensætning over tid betyder, at det ikke er meningsfuldt at sammenligne hele gruppen af ældre i de forskellige bølger af Ældredatabasen, hvorfor vi nøjes med at fokusere på bestemte aldre over tid.

Hvad angår tværsnitsanalyserne, samler vi som hovedregel aldre (fødselskohorterne) i nogle få og forholdsvis brede aldersgrupper, nemlig i følgende tre grupper: 52-62-årige, 67-77-årige og 82-97-årige. Det gør vi af hensyn til datamaterialets størrelse. Der er således kun få respondenter i 2017 i alderen 92 år (N = 96) og 97 år (N = 22), som, når de fordeles ud på forskellige forhold, bliver endnu færre og dermed enten gør analyseresultaterne meget usikre (se afsnit '2.2.2 Non-respons/bortfald og statistisk signifikans') eller ikke muliggør en visning af analyseresultaterne af diskretionshensyn. Aldersintervallerne er valgt dels med tanke på, at intervallerne skal favne nogenlunde lige store aldersspænd, dels med tanke på opdeling mellem forskellige livsfaser. De 52-62-årige er således stadig i den erhvervsdygtige alder, hvorfor de på en række punkter forventes at ligne hinanden mere end de ældre fødselskohorter. De 82-97-årige forventes desuden at adskille sig fra de 67-77-årige som følge af naturlige aldersbetingede ændringer i den generelle livssituation. De forholdsvis brede aldersgrupper implicerer imidlertid, at grupperne internt kan være heterogene, hvilket er værd at have in mente ved læsning af resultaterne af tværsnitsanalyserne.

Når vi undersøger kohorteforskelle, viser vi som nævnt resultaterne for bestemte kohorter, nemlig henholdsvis de 67-, 77- og 87-årige.

Det har i spørgeskemaet været muligt at svare 'ved ikke' til de fleste spørgsmål. Grundet et ofte meget lille antal 'ved ikke'-svar er disse udeladt i nedenstående analyser, med mindre andet er angivet.

---

<sup>5</sup> Som eksempel kan nævnes, at de 52-årige i Ældredatabasens 1. bølge (1997) udgør næsten dobbelt så stor en andel af stikprøven (27 pct.) som i Ældredatabasens 5. bølge (2017; 14 pct.) (ej vist), som i modsætning til stikprøven i 1997 også indeholder 82-, 87-, 92- og 97-årige (jf. Tabel 2.1).

### 2.2.1 Fordelinger

Til at beskrive ældres helbred, funktionsevne og livsstil, herunder at analysere sammenhænge med alder og køn og udviklingen over tid, anvender vi fordelinger, der som hovedregel præsenteres i figurer. Vi afrapporterer resultaterne i procent (fx andelen af ældre, der ryger, eller de ældre voksne fordelt på egen vurdering af deres helbred, herunder særskilt for alder og køn og bølge). Beregningsgrundlaget er i hvert tilfælde nævnt i en anmærkning til pågældende figur. Vi anvender en såkaldt  $\chi^2$ -test for at vurdere, om der er en statistisk signifikant sammenhæng mellem henholdsvis alder, køn og undersøgelsesår på den ene side og ældres helbred, funktionsevne og livsstil på den anden (for statistisk signifikans, se afsnittet 2.2.2).  $\chi^2$ -testen fortæller populært sagt, hvor sikre vi kan være på, at de opgjorte forskelle mellem grupper, fx kvinder og mænd eller mellem undersøgelsesår, er reelle, dvs. ikke skyldes tilfældig variation. I et enkelt tilfælde undersøger vi forskelle mellem gennemsnit. I den forbindelse anvender vi en såkaldt t-test, der ligesom  $\chi^2$ -testen populært sagt fortæller, hvor sikre vi kan være på, at de opgjorte forskelle mellem grupper, her forskelle i det gennemsnitlige BMI mellem kvinder og mænd og aldersgrupper, er reelle.

### 2.2.2 Non-respons/bortfald og statistisk signifikans

Analyseresultaterne i denne rapport bygger som nævnt på data fra en spørgeskemaundersøgelse foretaget blandt et repræsentativt udsnit af den danske befolkning i alderen 52 år og ældre. Fordi der er tale om en stikprøve med en større eller mindre grad af non-respons/bortfald<sup>6</sup>, vil der altid være en vis statistisk usikkerhed forbundet med resultaterne. Generelt gælder, at jo større stikprøve, jo større sandsynlighed er der for, at stikprøven ligner befolkningen, og jo mindre statistisk usikkerhed er der derfor forbundet med resultaterne.

I forbindelse med Ældredatabasen er der med al sandsynlighed tale om (en vis grad af) positiv selektion. Dem, der kan og vil, dvs. de ressourcestærke, er formodentlig (til en vis grad) overrepræsenteret blandt respondenterne. Dette er værd at have in mente i forbindelse med fortolkningen af analyserne, da det giver et mindre forbehold for resultaterne (se Lauritzen, 2014: s. 19).

Den statistiske usikkerhed har som udgangspunkt betydning for alle de undersøgte sammenhænge. Som eksempel kan nævnes fordelingen på spørgsmålet: "Hvordan synes du, at dit helbred er sammenlignet med andre på din alder?" særskilt for alder, køn og undersøgelsesår. I nogle tilfælde kan vi med stor sikkerhed konkludere, at fundne forskelle mellem to eller flere tal (grupper) er reelle forskelle, fordi vi med stor sandsynlighed ville finde samme forskelle, hvis vi spurgte alle personer i de pågældende grupper. Der er to mulige årsager til, at vi kan konkludere, at en funden forskel mellem andelen (fx andelen, der synes, at deres helbred er bedre sammenlignet med andre på samme alder) for to grupper er reel: For det første vil vi kunne tale om en reel forskel, hvis usikkerheden om andelens størrelse for de enkelte grupper er lille. Der vil for eksempel være lille usikkerhed forbundet med de opgjorte andele, der synes, at deres helbred er bedre sammenlignet med andre på samme alder, for både kvinder og mænd, fordi begge grupper udgør en stor del af vores i forvejen forholdsvis store stikprøve. For det andet vil vi kunne tale om en reel forskel, hvis forskellen mellem de tal, vi sammenligner, er stor, uanset om usikkerheden på de enkelte tal er forholdsvis stor. For eksempel er der forholdsvis stor forskel på andelen, der synes, at deres helbred er bedre sammenlignet med andre på samme alder, blandt kvinder (34 pct.) sammenlignet med mænd (41 pct.), og vi finder derfor, at dette er en reel forskel, jf. Figur 3.7 i afsnit 3.1.

Når vi skal afgøre, om der er en reel (signifikant) forskel mellem to eller flere tal, støtter vi os som udgangspunkt til en statistisk test, som populært sagt fortæller os, hvor sikre vi kan være på, at de målte forskelle er reelle. Testen giver en såkaldt p-værdi, som altid er mellem 0 og 1, og jo mindre

<sup>6</sup> Jf. fodnote 1.

p-værdien er, desto sikrere kan vi være på, at der er reel forskel på de tal, vi sammenligner. Hvis fx p-værdien er mindre end 0,001, betyder det, at der er en meget lille risiko – nemlig mindre end 0,1 pct. – for, at en konklusion om, at der er forskel på tallene, er forkert. Hvis p-værdien er fx 0,03, betyder det, at der kun er 3 pct. risiko for, at en konklusion om, at der er forskel på tallene, er forkert. Når p-værdien er mindre end 0,05, konkluderer vi, at der er statistisk signifikant forskel mellem tallene (på et 5-procents-niveau)<sup>7</sup>, hvilket bl.a. fremgår i en anmærkning til rapportens figurer.

Det skal bemærkes, at selvom om vi finder en statistisk signifikant forskel mellem to eller flere tal, er der ikke i alle tilfælde tale om en nævneværdig forskel. Det er tilfældet, når datamaterialet er stort, hvorved selv små (absolutte) forskelle bliver signifikante grundet den mindre usikkerhed om tallene. Et eksempel vedrører spørgsmålet: "Ryger du nu?". Forskellen i andelen, der svarer 'ja', mellem kvinder og mænd er ikke ret stor, men alligevel lige på grænsen til at være statistisk signifikant, jf. Figur 6.10. Omvendt kan en nævneværdig forskel mellem et eller flere tal vise sig statistisk insignifikant, hvis datamaterialet er (forholdsvis) lille, idet der dermed er større usikkerhed om tallene, jf. beskrivelsen ovenfor. Et eksempel herpå ses i Figur 3.5, der vedrører forskelle mellem de forholdsvis få respondenter i alderen 87 år på tværs af Ældredatabasens bølger, på spørgsmålet om selv-vurderet helbred.

### 2.2.3 Kausalitet

Når vi ser på sammenhængen mellem alder, køn og undersøgelsesår på den ene side og ældres helbred, funktionsevne og livsstil på den anden, må det nødvendigvis være sådan, at alder og køn og generelle trends over tid kan påvirke helbred, funktionsevne og livsstil, men ikke omvendt. Vi er dog alligevel varsomme med at tolke noget kausalt (om årsag og virkning) ud af de statistisk signifikante sammenhænge, vi finder i rapporten. Det skyldes, at en observeret sammenhæng mellem køn eller alder på den ene side og fx rygning på den anden ikke nødvendigvis er udtryk for, at alder og køn direkte påvirker sandsynligheden for at ryge. Alder og køn kan tænkes at hænge sammen med andre forhold (fx bestemte præferencer og økonomisk formåen), som har betydning for sandsynligheden for at ryge, således at alder og køn reelt set kun indirekte spiller en rolle for sandsynligheden for at ryge. For de sammenhænge, vi finder, kan vi ikke sige noget om, hvorfor sammenhængene ser ud, som de gør.

---

<sup>7</sup> Der er ikke nogen videnskabelig "rigtig" grænse for, hvad p-værdien skal være, for at man kan konkludere, at der er tale om en statistisk signifikant forskel. Grænsen fastsættes typisk efter datamaterialets størrelse og karakter.

### 3 Helbred

Vi belyser først den generelle helbredssituation blandt personer i alderen 52 år og derover i Danmark i 2017. Det gør vi dels ved at undersøge deres selvvurderede helbred, herunder vurderet relativt i forhold til ældre på egen alder, samt deres eventuelle sygdomme. Vi ser desuden på udviklingen over tid i det selvvurderede helbred.

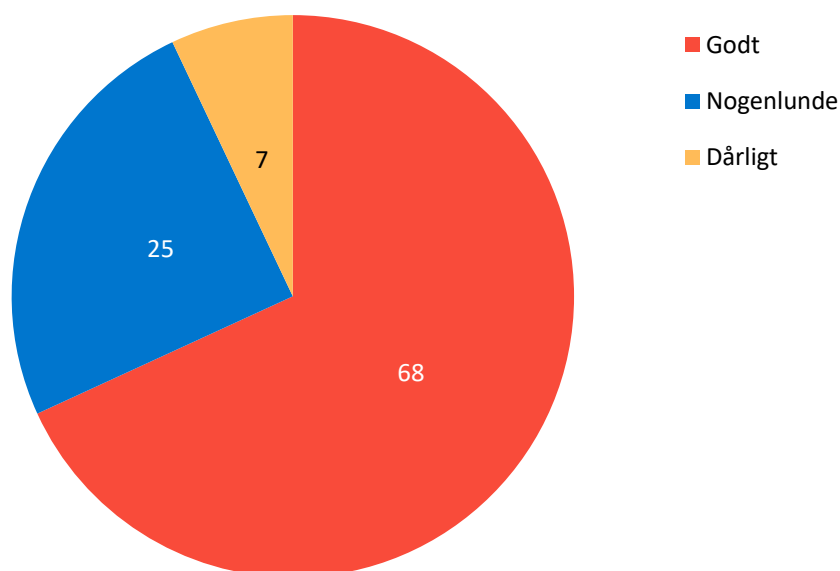
#### 3.1 Selvvurderet helbred

Respondenterne i Ældredatabasens 5. bølge er blevet spurgt til følgende: "Hvordan vil du alt i alt vurdere dit helbred?" Det er med andre ord ældres subjektive helbredsbedømmelser, vi i det følgende anvender som mål for deres helbredsstatus.<sup>8</sup> Selvvurderet helbred har i mange undersøgelser (se bl.a. Ekholm m.fl., 2006; Kristensen m.fl., 1998) vist sig at være en god prædikator for sygdom og dødelighed. Jo dårligere en person vurderer sit eget helbred, jo større er sandsynligheden for, at vedkommende bliver syg eller er død i en given opfølgingsperiode. Selvvurderet helbred kan således give et godt indblik i, hvordan det reelt står til med ældres helbred.

Det har været muligt at svare 'virkelig godt', 'godt', 'nogenlunde', 'dårligt' og 'meget dårligt' på spørgsmålet. Vi sonderer her alene mellem, hvorvidt de ældre voksne opfatter deres eget helbred som værende godt, nogenlunde eller dårligt, hvorfor kategorierne 'virkelig godt' og 'godt' og tilsvarende 'dårligt' og 'meget dårligt' er lagt sammen til henholdsvis 'godt' og 'dårligt'.

Det fremgår af Figur 3.1, at godt to tredjedele (68 pct.) af respondenterne i 2017 vurderer, at de har et godt helbred, hver fjerde (25 pct.) vurderer, at de har et nogenlunde helbred, mens kun 7 pct. omvendt vurderer, at de har et dårligt helbred.

**Figur 3.1** Hvordan vil du alt i alt vurdere dit helbred? 2017. Procent.



Anm.: N = 10.058.

Kilde: Ældredatabasens 5. bølge (2017).

<sup>8</sup> Dette i modsætning til en række mere objektive helbredsmål som fx medicinforbrug eller indlæggelser, som kun findes i registerdata.

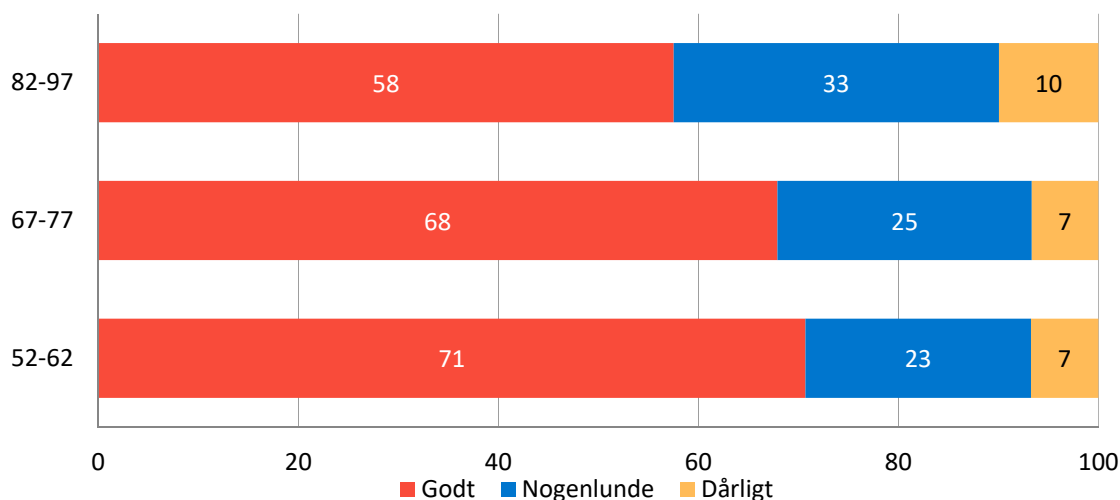


Der er ingen nævneværdig (eller statistisk signifikant) forskel i fordelingen på spørgsmålet på tværs af køn (ej vist). Andelen, der vurderer deres eget helbred som værende godt eller dårligt, er således lige stor blandt kvinder og mænd (henholdsvis 67-69 pct. 7 pct.).

Der er derimod ikke så overraskende større forskelle i det selvvaluerede helbred på tværs af aldersgrupper, jf. Figur 3.2. Mens ca. 7 ud af 10 (68-71 pct.) af de 52-77-årige respondenter har svaret, at de har et godt helbred, gælder det 58 pct. blandt de 82-97-årige. I sidstnævnte aldersgruppe vurderer hver tiende, at de har et dårligt helbred, mens det gælder 7 pct. blandt de øvrige aldersgrupper.

Man kan spekulere i, om forskellene mellem de ældste ældre og de øvrige aldersgrupper reelt er endnu større. Der må, som nævnt i afsnit 2.2.2, formodes at være en vis grad af positiv selektion af respondenterne i Ældredatabasen. En selektion, der givetvis er størst hos de ældste ældre, blandt hvem non-respons og bortfald er størst. Man kan således også forestille sig, at respondenterne i den ældste aldersgruppe (82-97-årige) i Ældredatabasen i mindre grad repræsenterer den ældste del af befolkningen, der reelt formodes at være svagere, når det kommer til bl.a. (selvvalueret) helbred.

**Figur 3.2** Hvordan vil du alt i alt vurdere dit helbred? Særskilt for aldersgrupper. 2017. Procent.



Anm.: 52-62-årige: N = 4.722; 67-77-årige: N = 4.300; 82-97-årige: N = 1.036.

Forskellen i fordelingen på spørgsmålet: "Hvordan vil du alt i alt vurdere dit helbred?" mellem aldersgrupper er testet parvis med en  $\chi^2$ -test. Der er anvendt en grænse for statistisk signifikans på et 5-procents-niveau. Alle tre parvise forskelle er statistisk signifikante.

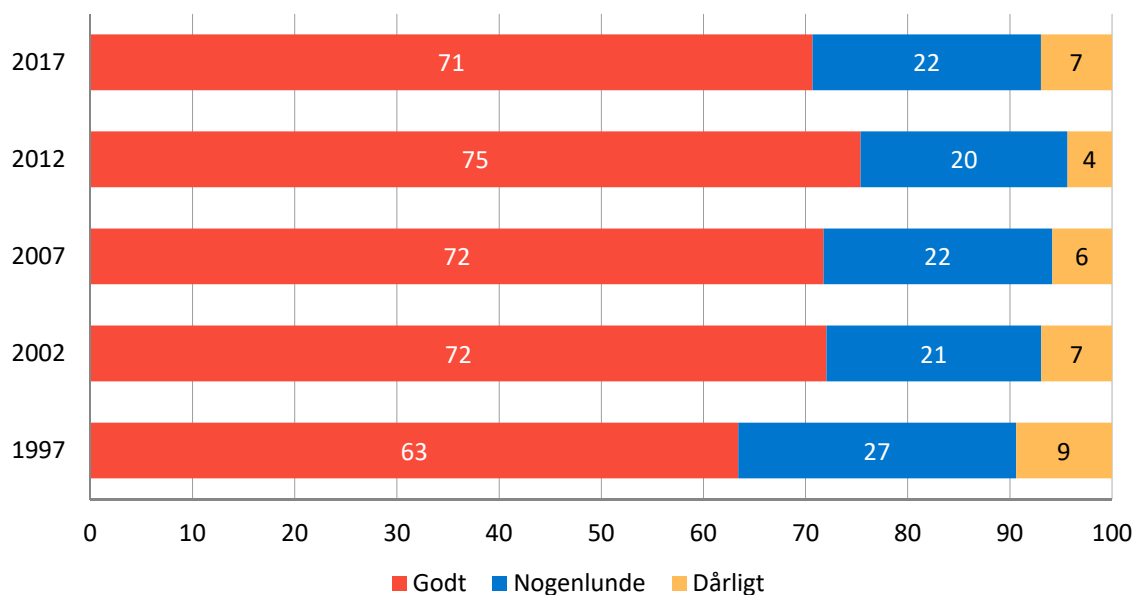
Kilde: Ældredatabasens 5. bølge (2017).

Vi har også undersøgt, om forskellen på tværs af aldersgrupper adskiller sig, når vi ser særskilt på kvinder og mænd. Her har vi ikke fundet nævneværdige forskelle (ej vist). Mønsteret fra Figur 3.2 går således igen for både kvinder og mænd.

### Udvikling over tid?

Spørgsmålet: "Hvordan vil du alt i alt vurdere dit helbred?" er også blevet stillet i alle Ældredatabasens tidligere bølger. Vi kan derfor undersøge udviklingen over tid. Som følge af at alderssammensætningen ændrer sig mellem Ældredatabasens bølger, jf. problematikken i afsnit 2.2, fokuserer vi her på kohorteforskelle, dvs. forskelle mellem mennesker, der er på samme alderstrin, men på forskellige tidspunkter. Vi viser således for en specifik alder, først de 67-årige, fordelingen på spørgsmålet for hver af Ældredatabasens bølger, dvs. i henholdsvis 1997, 2002, 2007, 2012 og 2017, jf. Figur 3.3. Det viser sig, at 1997 adskiller sig fra alle de senere undersøgelsesår derved, at en noget mindre andel af de 67-årige vurderede deres eget helbred som værende godt i 1997 (63 pct. mod mellem 71 og 75 pct. i de øvrige undersøgelsesår).

**Figur 3.3** Hvordan vil du alt i alt vurdere dit helbred? Respondenter i alderen 67 år. 1997, 2002, 2007, 2012 og 2017. Procent.



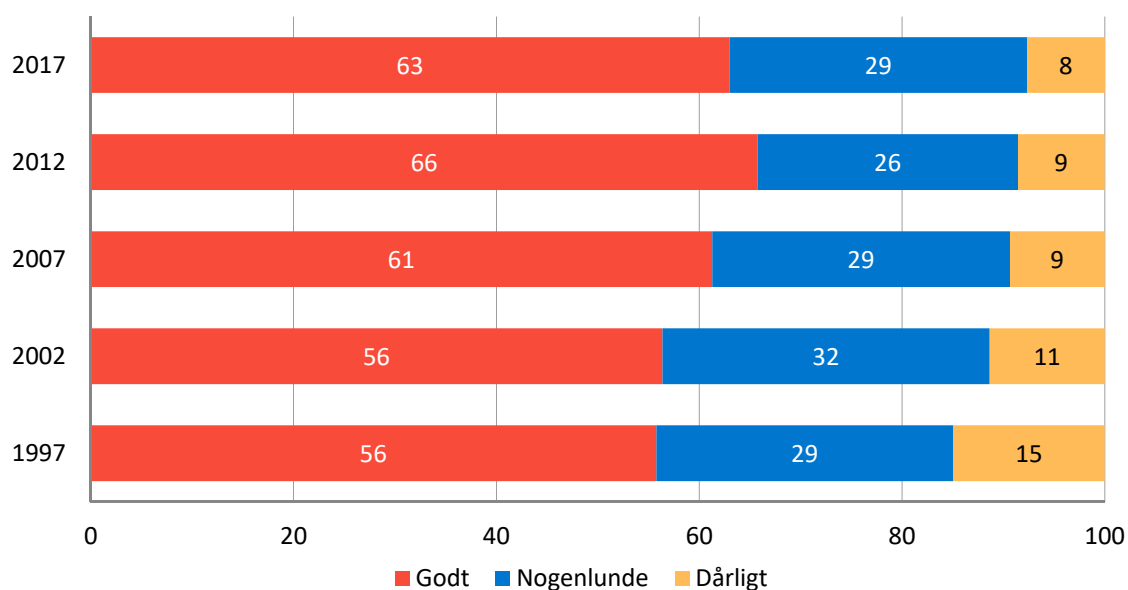
Anm.: 1997: N = 842; 2002: N = 1.127; 2007: N = 1.385; 2012: N = 1.841; 2017: N = 1.682.

Forskellen i fordelingen på spørgsmålet: "Hvordan vil du alt i alt vurdere dit helbred?" blandt de 67-årige mellem Ældredatabasens bølger er testet parvis med en  $\chi^2$ -test. Der er anvendt en grænse for statistisk signifikans på et 5-procents-niveau. Forskellen mellem 1997 og hhv. 2002, 2007, 2012 og 2017 er statistisk signifikant. Det samme gælder forskellen mellem 2012 og hhv. 1997, 2002, 2007 og 2017. Ingen af de øvrige parvise forskelle er statistisk signifikante.

Kilde: Ældredatabasens 1.-5. bølge (hhv. 1997, 2002, 2007, 2012 og 2017).

Ser vi i stedet specifikt på de 77-årige, finder vi, jf. Figur 3.4, at udviklingen ligner den for de 67-årige, om end helbreds-niveauet generelt er ringere for de 77-årige i alle undersøgelsesår. Af figuren fremgår det, at de 77-årige havde et dårligere selv vurderet helbred i 1997 (15 pct. vurderede deres eget helbred som dårligt) end i alle de senere undersøgelsesår (mellem 8 og 11 pct.).

**Figur 3.4** Hvordan vil du alt i alt vurdere dit helbred? Respondenter i alderen 77 år. 1997, 2002, 2007, 2012 og 2017. Procent.



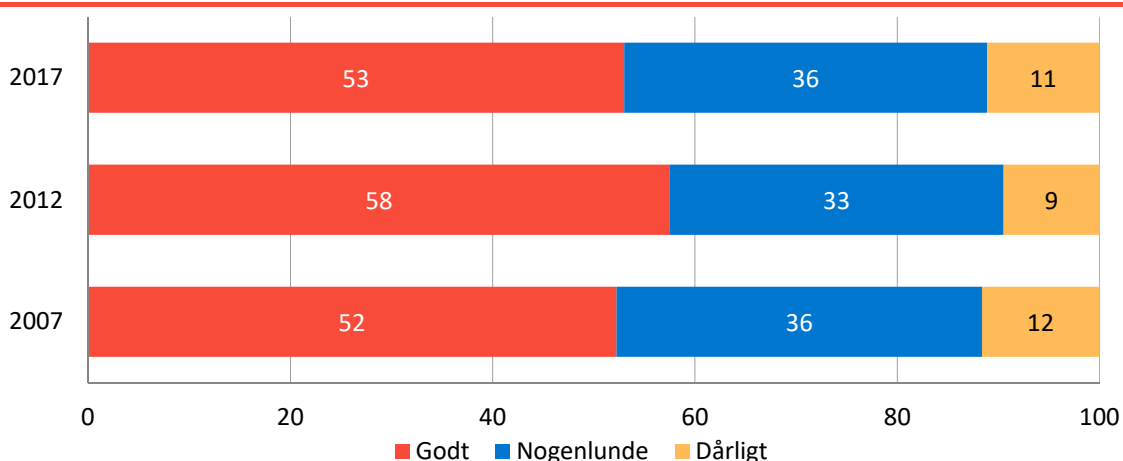
Anm.: 1997: N = 683; 2002: N = 775; 2007: N = 814; 2012: N = 830; 2017: N = 981.

Forskellen i fordelingen på spørgsmålet: "Hvordan vil du alt i alt vurdere dit helbred?" blandt de 77-årige mellem Ældredatabasens bølger er testet parvis med en  $\chi^2$ -test. Der er anvendt en grænse for statistisk signifikans på et 5-procents-niveau. Forskellen mellem 1997 og hhv. 2007, 2012 og 2017 er statistisk signifikant. Det samme gælder forskellen mellem 2002 og hhv. 2007 og 2017. Ingen af de øvrige parvise forskelle er statistisk signifikante.

Kilde: Ældredatabasens 1.-5. bølge (hhv. 1997, 2002, 2007, 2012 og 2017).

Undersøger vi videre for de 87-årige, finder vi for det første, at helbredet i de tre undersøgelsesår hvor 87-årige findes (2007, 2012 og 2017), jf. afsnit 2.1, er ringere end for de 67- og 77-årige. Vi finder for det andet, at der ikke er nogen nævneværdige forskelle i det selvvaluerede helbred mellem 2007, 2012 og 2017, jf. Figur 3.5.

**Figur 3.5** Hvordan vil du alt i alt vurdere dit helbred? Respondenter i alderen 87 år. 2007, 2012 og 2017. Procent.



Anm.: 2007: N = 310; 2012: N = 306; 2017: N = 315.

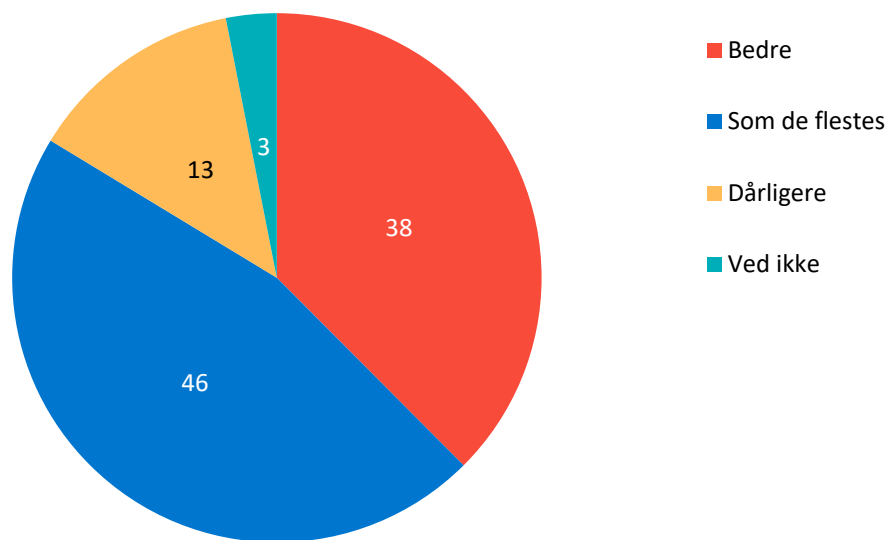
Forskellen i fordelingen på spørgsmålet: "Hvordan vil du alt i alt vurdere dit helbred?" blandt de 87-årige mellem Ældredatabasens bølger er testet parvis med en  $\chi^2$ -test. Der er anvendt en grænse for statistisk signifikans på et 5-procents-niveau. Ingen af de parvise forskelle er statistisk signifikante.

Kilde: Ældredatabasens 3.-5. bølge (hhv. 2007, 2012 og 2017).

## 3.2 Relativt selvvurderet helbred

Respondenterne i Ældredatabasens 5. bølge er også blevet spurgt til, hvordan de synes, at deres helbred er sammenlignet med andre på deres alder. Næsten 4 ud af 10 (38 pct.) har svaret 'bedre', knap halvdelen (46 pct.) har svaret 'som de flestes', mens 13 pct. har svaret 'dårligere', og 3 pct. har svaret 'ved ikke'<sup>9</sup>.

**Figur 3.6** Hvordan synes du, at dit helbred er sammenlignet med andre på din alder? 2017. Procent.



Anm.: N = 10.060.

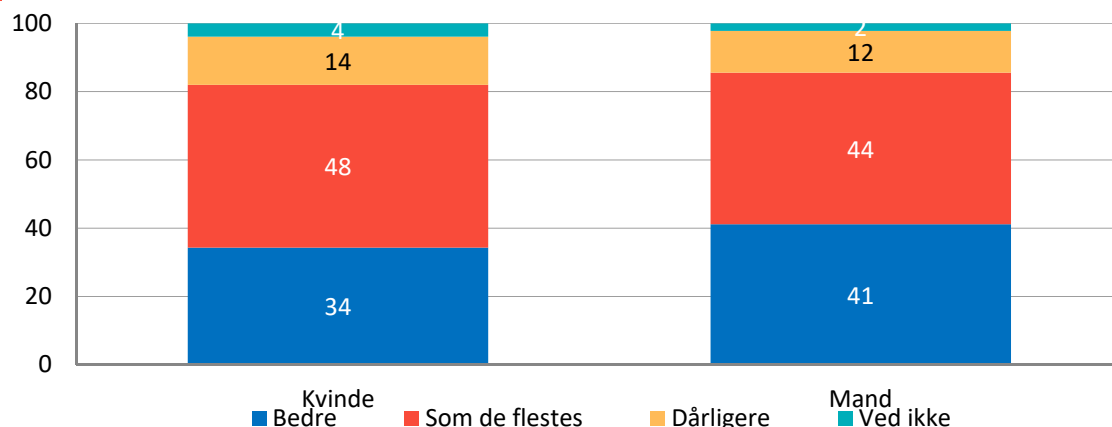
<sup>9</sup>Ved ikke'-svar er medtaget for dette spørgsmål, da antallet er 113, se fodnote 9.

Kilde: Ældredatabasens 5. bølge (2017).

Ser vi på spørgsmålet om relativt helbred særkilt for kvinder og mænd, viser det sig, jf. Figur 3.7, at mænd er mere tilbøjelige end kvinder til at synes, at deres helbred er bedre end de flestes. Det gælder således for 41 pct. af mændene og 34 pct. af kvinderne. Heraf følger, at kvinder lidt oftere end mænd mener, at deres helbred enten er som de flestes eller er dårligere (samlet set 62 pct. mod 56 pct. blandt mænd). Forskellen i fordelingen på spørgsmålet mellem kvinder og mænd er statistisk signifikant.

<sup>9</sup> 'Ved ikke'-svar er medtaget i opgørelsen for dette spørgsmål, da antallet af 'ved ikke'-svar er 113.

**Figur 3.7** Hvordan synes du, at dit helbred er sammenlignet med andre på din alder? Særskilt for køn. 2017. Procent.



Anm.: Kvinder: N = 5.273; Mænd: N = 4.787.

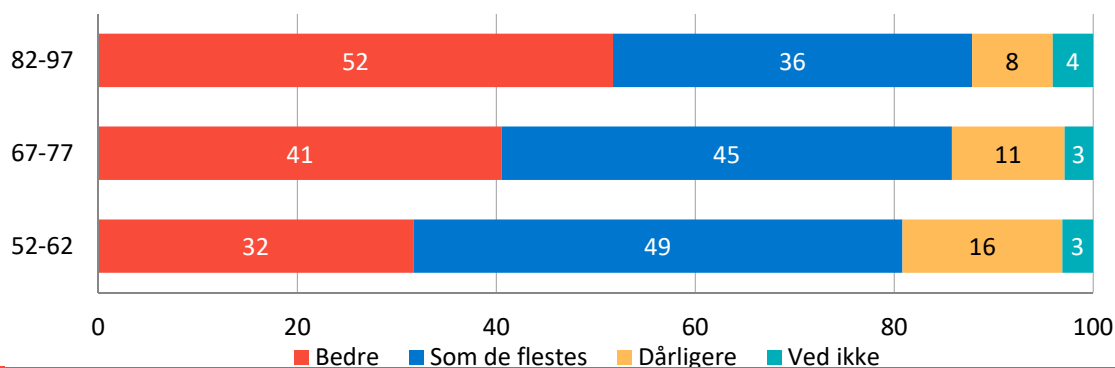
Forskellen i fordelingen på spørgsmålet: "Hvordan synes du, at dit helbred er sammenlignet med andre på din alder?" mellem kvinder og mænd er testet med en  $\chi^2$ -test. Der er anvendt en grænse for statistisk signifikans på et 5-procents-niveau. Forskellen er statistisk signifikant.

Kilde: Ældredatabasens 5. bølge (2017).

Der er også statistisk signifikante forskelle på tværs af aldersgrupper, jf. Figur 3.8. Det er oftest blandt respondenter i den ældste aldersgruppe, de 82-97-årige, at man finder dem, der synes, at deres helbred er bedre sammenlignet med andre på deres alder. Det gælder således 52 pct. af de 82-97-årige mod 32 og 41 pct. blandt henholdsvis de 52-62-årige og 67-77-årige. Samtidig er det blandt de 82-97-årige, at man sjældnest finder dem, der synes, at deres helbred er dårligere sammenlignet med andre på deres alder (8 pct. mod 16 og 11 pct. blandt henholdsvis de 52-62-årige og 67-77-årige). En forklaring på dette mønster, som læner sig op ad forklaringen tidligere i afsnittet, skal givetvis findes i, at respondenterne i den ældste aldersgruppe sandsynligvis er mere positivt selekterede. Det vil sige, at de er uforholdsmæssigt mere ressourcestærke sammenlignet med befolkningen i samme aldersgruppe, end tilfældet er blandt respondenterne i de øvrige aldersgrupper, hvorfor de naturligt nok oftere mener at have det relativt bedre end de fleste inden for aldersgruppen i befolkningen i øvrigt.

Stigningen over de tre aldersgrupper findes både for kvinder og mænd (ej vist).

**Figur 3.8** Hvordan synes du, at dit helbred er sammenlignet med andre på din alder? Særskilt for aldersgrupper. 2017. Procent.



Anm.: 52-62-årige: N = 4.721; 67-77-årige: N = 4.303; 82-97-årige: N = 1.036.

Forskellen i fordelingen på spørgsmålet: "Hvordan synes du, at dit helbred er sammenlignet med andre på din alder?" mellem aldersgrupper er testet parvis med en  $\chi^2$ -test. Der er anvendt en grænse for statistisk signifikans på et 5-procents-niveau. Alle tre parvise forskelle er statistisk signifikante.

Kilde: Ældredatabasens 5. bølge (2017).

### 3.3 Forekomst af sygdomme

Respondenterne er, ud over spørgsmålene om vurderingen af eget helbred, blevet stillet følgende spørgsmål: "Har en læge fortalt dig, at du har – eller inden for det sidste år har haft ..." efterfulgt af en række sygdomme:

- Knogleskørhed/afkalkning af knogler?
- Rygsygdom?
- Et hjerteanfald, blodprop i hjertet eller andet hjerteproblem inkl. hjertesvigt?
- For højt blodtryk?
- For højt kolesteroltal?
- Et slagtilfælde, hjerneblødning eller blodprop i hjernen?
- Sukkersyge/diabetes?
- Kronisk lungesygdom, fx kronisk bronkitis eller rygerlunger?
- Kræft eller ondartet svulst, inkl. leukæmi eller lymfekræft, men ekskl. mindre alvorlige hudkræfttyper?
- Mavesår eller sår på tolvfingertarmen?
- Parkinsons sygdom?
- Grå stær?
- Hoftebrud?
- Andre brud?
- Alzheimers eller anden demenssygdom?
- Anden psykisk sygdom (skizofreni, psykose, angst, neurose, bipolar lidelse, depression)?
- Kronisk leddegigt?
- Slidgigt?
- Andre sygdomme?

Hver respondent har kunnet angive mere end én sygdom. Der er ikke tale om en udtømmende liste af sygdomme, hvorfor kategorien 'Andre sygdomme?' figurerer som en svarmulighed. Der er desuden kun tale om, at en læge har opdaget tilfælde af en sygdom. Ikke opdagede tilfælde af en sygdom indgår således ikke i denne opgørelse. Besvarelserne på dette spørgsmål i Ældredatabasen kan dog alligevel give et godt indblik i, hvilke sygdomme der i særlig grad konstateres hos ældre.

Figur 3.9 viser, at den mest udbredte sygdom blandt respondenterne i 2017 er for højt blodtryk, da det vedrører hver tredje respondent (34 pct.). Dernæst følger slidgigt (29 pct.), for højt kolesteroltal (25 pct.), rygsygdom (17 pct.) og grå stær (11 pct.). 14 pct. oplyser desuden, at de har andre sygdomme end de i spørgeskemaet oplistede. Det fremgår samtidig, at 26 pct. af respondenterne har svaret nej til inden for det seneste år at have haft nogen af de nævnte sygdomme.

**Figur 3.9** Har en læge fortalt dig, at du har – eller inden for det sidste år har haft ...? 2017. Procent.



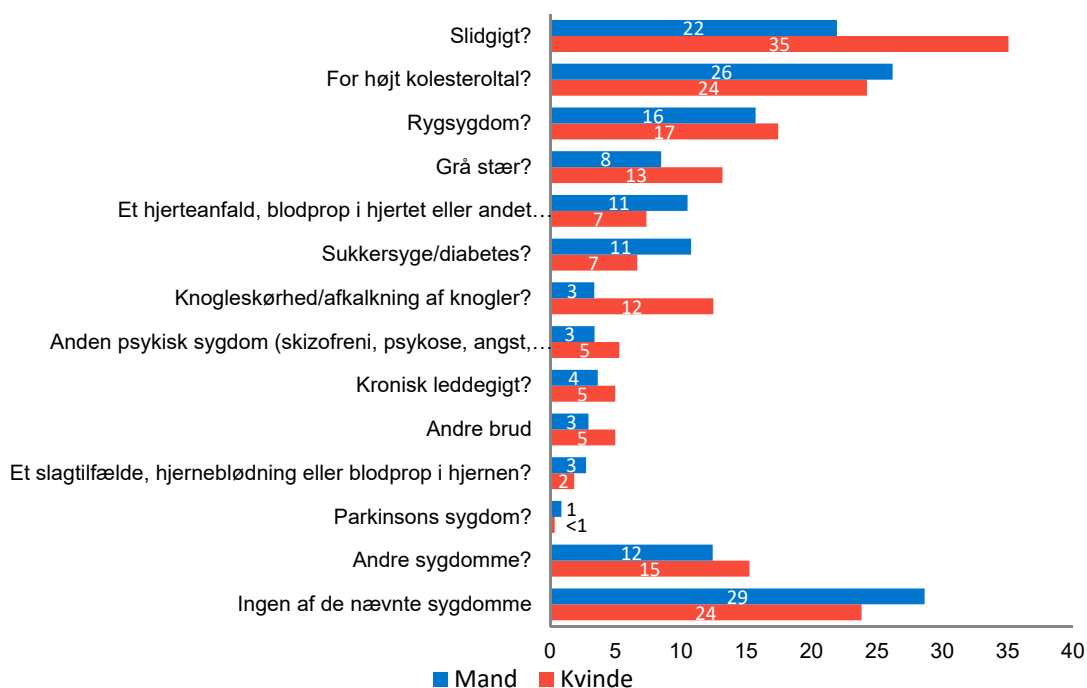
Anm.: N = 10.062.

Hver respondent har kunnet angive mere end én sygdom, hvorfor procentandelene summer til mere end 100.

Kilde: Ældredatabasens 5. bølge (2017).

Som det fremgår af Figur 3.10, adskiller sygdomsbilledet sig mellem kvinder og mænd. Kvinder oplyser for det første typisk oftere at have de nævnte sygdomme end mænd. Det fremgår således også nederst i figuren, at en statistisk signifikant større andel blandt mænd (29 pct. mod 24 pct. blandt kvinder) har oplyst, at de ikke har haft nogen af de nævnte sygdomme inden for det seneste år. Kvinder lider fx noget oftere af slidgigt (35 mod 22 pct. blandt mænd), knogleskørhed/afkalkning af knogler (12 mod 3 pct. blandt mænd) og grå stær (13 mod 8 pct. blandt mænd), altså en række kroniske sygdomme. Det er omvendt mere udbredt blandt mænd dels at have (haft) et hjerteanfald, en blodprop i hjertet eller et andet hjerteproblem inkl. hjertesvigt, dels at have sukkersyge/diabetes (i begge tilfælde 11 pct. mod 7 pct. blandt kvinder). Sygdomme, hvor der ikke er statistisk signifikant forskel mellem kvinder og mænd, er udeladt i figuren.

**Figur 3.10** Har en læge fortalt dig, at du har – eller inden for det sidste år har haft ...? Særskit for køn. 2017. Procent.



Anm.: Kvinder: N = 5.275; Mænd: N = 4.787.

Hver respondent har kunnet angive mere end én sygdom, hvorfor procentandelene summer til mere end 100.

Kun sygdomme, hvor der er statistisk signifikant forskel mellem kvinder og mænd, er vist i figuren.

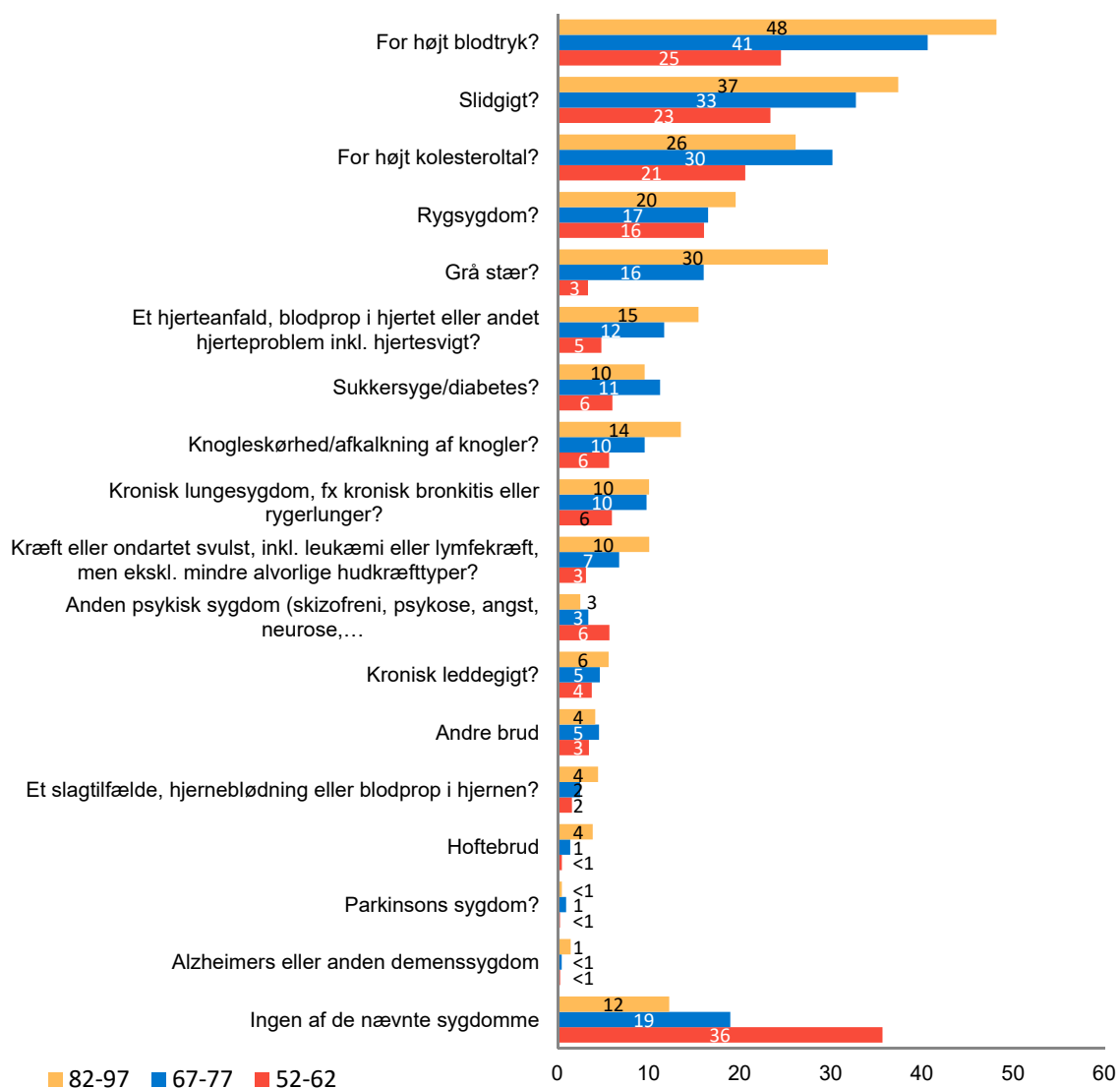
Forskellen i fordelingen på spørgsmålet "Har en læge fortalt dig, at du har – eller inden for det sidste år har haft ...?" mellem kvinder og mænd er testet med en  $\chi^2$ -test for hver enkelt sygdom. Der er anvendt en grænse for statistisk signifikans på et 5-procents-niveau.

Kilde: Ældredatabasens 5. bølge (2017).

Der tegner sig ligeledes et forskelligt sygdomsbillede på tværs af aldersgrupper, jf. Figur 3.11. Den ældste aldersgruppe, de 82-97-årige, er således oftere ramt af de fleste sygdomme end tilfældet er blandt de 67-77-årige, som igen oftere er ramt end de 62-52-årige. Det fremgår derfor også af figuren, at andelen, der har oplyst, at de ikke har haft nogen af de nævnte sygdomme inden for det seneste år, falder kontinuerligt med alderen: 36 pct. blandt de 52-62-årige, 19 pct. blandt de 67-77-årige og 12 pct. blandt de 82-97-årige. De 82-97-årige har således bl.a. noget oftere grå stær (30 mod 3 og 16 pct. blandt henholdsvis de 52-62-årige og 67-77-årige), for højt blodtryk (48 mod 25 og 41 pct.) og knogleskørhed/afkalkning af knogler (14 pct. mod 6 og 10 pct.). Der er to undtagelser fra denne regel. For det første kategorien 'Kronisk lungesygdom, fx kronisk bronkitis eller rygerlunger?', som omfatter 10 pct. blandt både de 67-77-årige og 82-97-årige. Den anden undtagelse er kategorien 'Anden psykisk sygdom (skizofreni, psykose, angst, neurose, bipolar lidelse, depression)?', hvor den yngste aldersgruppe, de 52-62-årige, er dobbelt så ofte ramt som de øvrige aldersgrupper (6 mod 3 pct. blandt både de 52-62-årige og 67-77-årige). Det er i øvrigt kun kategorierne 'Mavesår eller sår på tolvfingertarmen?' og 'Andre sygdomme', hvor der ikke er statistisk signifikant forskel på andelen på tværs af de tre aldersgrupper. Disse to kategorier er udeladt i figuren.



**Figur 3.11** Har en læge fortalt dig, at du har – eller inden for det sidste år har haft ...? Særskit for aldersgrupper. 2017. Procent.



Anm.: 52-62-årige: N = 4.722; 67-77-årige: N = 4.304; 82-97-årige: N = 1.036.

Hver respondent har kunnet angive mere end én sygdom, hvorfor procentandelene summer til mere end 100.

Kun sygdomme, hvor der er statistisk signifikant forskel på tværs af de tre aldersgrupper, er vist i figuren.

Forskellen i fordelingen på spørgsmålet "Har en læge fortalt dig, at du har – eller inden for det sidste år har haft ...?" på tværs af aldersgrupper er testet med en chi<sup>2</sup>-test for hver enkelt sygdom. Der er anvendt en grænse for statistisk signifikans på et 5-procents-niveau.

Kilde: Ældredatabasens 5. bølge (2017).

## 4 Fysisk funktionsevne

I dette afsnit undersøger vi ældre voksnes fysiske funktionsevne i 2017. Vi ser desuden på udviklingen over tid, hvad angår den fysiske funktionsevne. Analyserne er afgrænset til personer i alderen 67 år og derover, da det kun er respondenter i dette aldersspænd (67-97-år), der er blevet spurgt herom i spørgeskemaet til Ældredatabasens 5. bølge.

### 4.1 Besvær med dagligdags aktiviteter

Fysisk funktionsevne udtrykker, hvorvidt og i hvilket omfang en person er i stand til at udføre en række aktiviteter og gøremål i hjemmet, på arbejdet og i fritiden, der er nødvendige for at kunne fungere i dagligdagen. Disse betegnes ofte 'Activities of Daily Living' eller på dansk 'Almindelig Daglig Livsførelse' (ADL). I lighed med tidligere rapporter baseret på Ældredatabasen (Lauritzen, 2014; Lauritzen m.fl., 2012) undersøger vi her alene ældres funktionsevne i forhold til de personlige aktiviteter og gøremål, der er nødvendige at udføre for alle mennesker uanset alder, køn, kultur osv. Disse betegnes 'Personlig Almen Daglig Livsførelse (PADL). Vi operationaliserer i lighed med de tidligere rapporter PADL med afsæt i Shanas' indeks over funktionsevne (Shanas m.fl., 1968). Indekset giver et samlet mål for ældres evne til at klare seks personlige dagligdags aktiviteter. Respondenterne er således i alle Ældredatabasens bølger blevet stillet følgende seks spørgsmål:

Hvordan klarer du følgende opgaver? Har du normalt besvær med:

- At klippe tånegle?
- At gå på trapper?
- At gå udendørs?
- At gå omkring i hjemmet?<sup>10</sup>
- At vaske dig (gå i bad)?<sup>11</sup>
- At tage tøj eller sko af og på?<sup>12,13</sup>

Det har været muligt at svare 'kan alene uden besvær', 'kan alene dog med besvær' og 'kan ikke uden hjælp'. Spørgsmål, der er besvaret med 'kan alene uden besvær', er tildelt værdien 0, spørgsmål, der er besvaret med 'kan alene dog med besvær', er tildelt værdien 1, og endelig er spørgsmål, der er besvaret med 'kan ikke uden hjælp', tildelt værdien 2. Værdien for hver af de seks spørgsmål har vi dernæst summeret til et indeks, som går fra 0-12. En score på 0 indikerer, at den ældre ingen problemer har med sin funktionsevne og kan udføre alle seks personlige dagligdags aktiviteter alene og uden besvær, hvorimod en score på 12 er ensbetydende med, at den ældre har en væsentligt nedsat funktionsevne og har behov for hjælp til at udføre samtlige seks personlige dagligdags aktiviteter. Idet det kun er en mindre andel af de ældre, som scorer højt på indekset, har vi valgt at reducere indekset til at omfatte følgende intervaller: 0, 1-2, 3-4, 5-6 og 7-12. Ældre, som scorer 7-12, har således besvær med flere af aktiviteterne og skal have hjælp til mindst én af dem. Det er værd at bemærke, at

---

<sup>10</sup> Dette spørgsmål er i Ældredatabasens 1. bølge (1997) ikke blevet stillet til respondenter, der har svaret "kan alene uden besvær" til spørgsmålet "Har du normalt besvær med ... At gå udendørs?". For at kunne følge udviklingen over tid tilbage til 1997 er de respondenter, som således er filteret fra i 1997, her blevet tildelt koden "Kan alene uden besvær" på dette spørgsmål.

<sup>11</sup> Jf. fodnote 10.

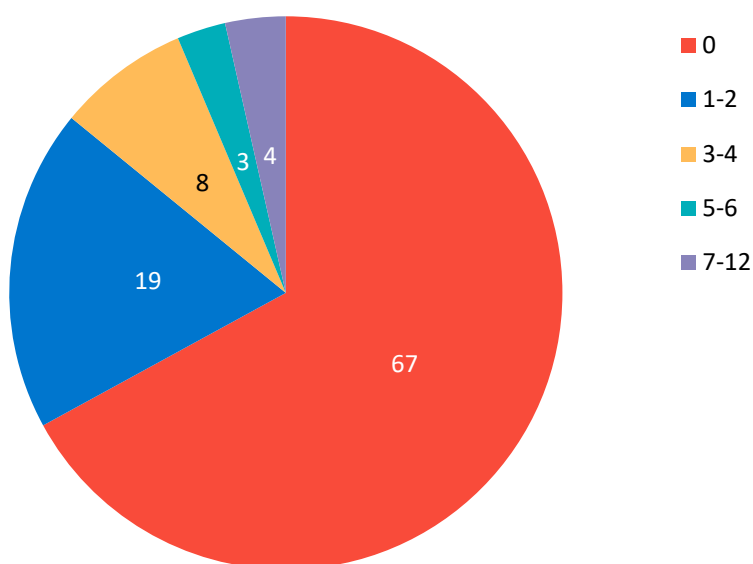
<sup>12</sup> Jf. fodnote 10.

<sup>13</sup> Dette spørgsmål er i Ældredatabasens 1. bølge (1997) delt i to, dvs. i henholdsvis "Har du normalt besvær med ... At tage tøj af og på?" og "Har du normalt besvær med ... At tage sko af og på?". For at kunne følge udviklingen over tid tilbage til 1997 er disse to spørgsmål her kodet sammen til ét samlet spørgsmål i 1997, således at værdien på det samlede spørgsmål er tildelt den dårligste værdi på de to separate spørgsmål.

der i forbindelse med analyserne ikke er taget højde for respondenternes eventuelle brug af hjælpemidler til at klare aktiviteterne, det til trods for at udbredelsen og udviklingen i brugen af hjælpemidler formentlig kan påvirke ældres angivelser af deres fysiske formåen (over tid).<sup>14</sup>

Vi undersøger først den fysiske funktionsevne blandt respondenterne i alderen 67 år og derover i 2017 på baggrund af Ældredatabasens 5. bølge. Figur 4.1 viser, at hele to tredjedele (67 pct.) af disse respondenter vurderer, at de ingen problemer har med deres funktionsevne og kan udføre alle seks personlige dagligdags aktiviteter alene og uden besvær (sumindeksscore = 0). Yderligere vurderer hver femte respondent (19 pct.), at de kun har besvær med enkelte aktiviteter eller har behov for hjælp med en enkelt aktivitet (sumindeksscore = 1-2). Kun 4 pct. af respondenterne vurderer, at de har besvær med flere af aktiviteterne og skal have hjælp til mindst én af dem (sumindeks: 7-12).

**Figur 4.1** Sumindeks over besvær med en række dagligdags aktiviteter. Respondenter i alderen 67-97 år. 2017. Procent.



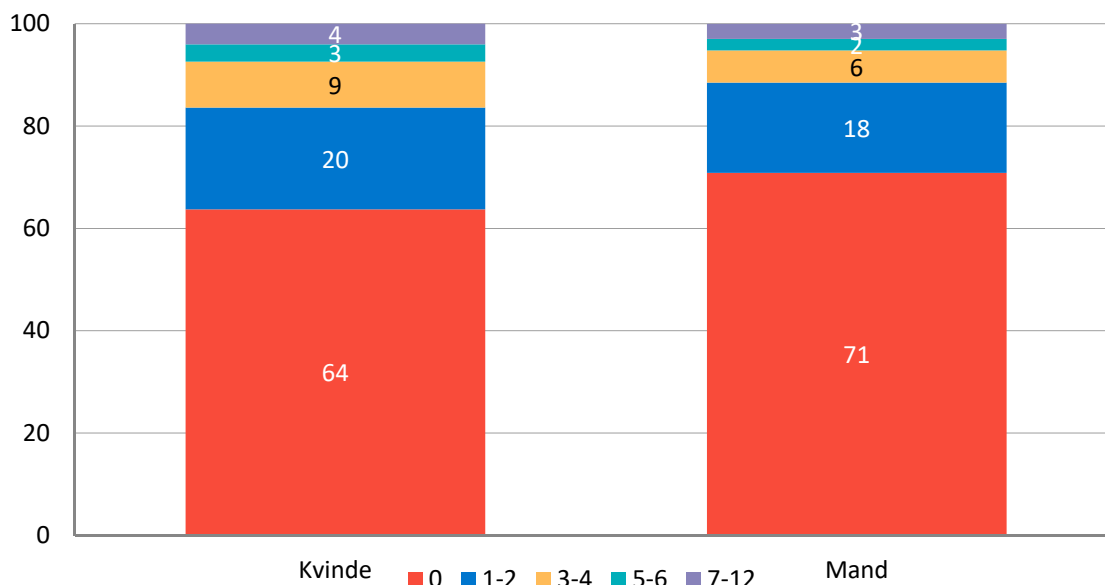
Anm.: N = 5.268.

Kilde: Ældredatabasens 5. bølge (2017).

Mænd vurderer i større omfang end kvinder, at de ingen problemer har med deres fysiske funktionsevne og kan udføre alle seks personlige dagligdags aktiviteter alene og uden besvær. Således har 71 pct. blandt mænd en sumindeksscore på 0 (mod 64 pct. blandt kvinder), jf. Figur 4.2. Blandt kvinder har 16 pct. derimod en sumindeksscore på 3 eller højere, mens andelen blandt mænd er 11 pct. Kvinder lever med andre ord oftere med nedsat fysisk funktionsevne i større eller mindre grad. Forskellen i fordelingen på sumindekset er statistisk signifikant. Denne kønsmæssige forskel i fysisk funktionsevne stemmer umiddelbart overens med ældre voksnes generelle helbredssituation, hvor vi ovenfor fandt, at mænd har en lidt større tendens til at vurdere deres helbred som godt end kvinder. En nærliggende forklaring på kønsforskellen er, at kvinderne i gennemsnit er ældre og lever, som ovenfor beskrevet, oftere med en kronisk sygdom, som går ud over funktionsevnen.

<sup>14</sup> Det er med oplysningerne i Ældredatabasen ikke muligt at give et udtømmende billede af ældres brug af hjælpemidler, herunder udviklingen i disse over tid.

**Figur 4.2** Sumindeks over besvær med en række dagligdags aktiviteter. Respondenter i alderen 67-97 år. Særskilt for køn. 2017. Procent.



Anm.: Kvinder: N = 2.808; Mænd: N = 2.460.

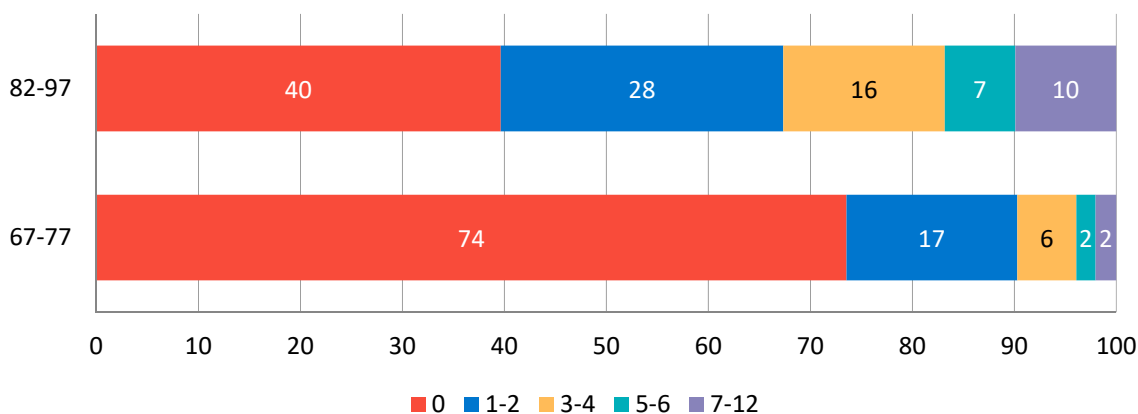
Note: Forskellen i fordelingen på sumindekset over fysisk funktionsevne mellem kvinder og mænd er testet med en  $\chi^2$ -test. Der er anvendt en grænse for statistisk signifikans på et 5-procents-niveau. Forskellen er statistisk signifikant.

Kilde: Ældredatabasens 5. bølge (2017).

Andelen af ældre, der lever uden nedsat funktionsevne, falder ikke overraskende med alderen, jf. Figur 4.3. Blandt de 67-77-årige drejer det sig således om hele 74 pct., mens andelen er på 40 pct. blandt de 82-97-årige. Omvendt er det kun 2 pct. blandt de 67-77-årige, der scorer 7-12 på sumindekset, og som dermed har besvær med flere af aktiviteterne og skal have hjælp til minimum én af dem, mens den tilsvarende andel er 10 pct. blandt de 82-97-årige. Forskellen i fordelingen på sumindekset mellem de to aldersgrupper er statistisk signifikant.

At vi ovenfor fandt, at kvinder i alderen 67 år og derover oftere end mænd lever med nedsat funktionsevne, kan således bl.a. skyldes, at kvinderne i gennemsnit er ældre end mændene.

**Figur 4.3** Sumindeks over besvær med en række dagligdags aktiviteter. Respondenter i alderen 67-97 år. Særskilt for aldersgrupper. 2017. Procent.



Anm.: 67-77-årige: N = 2.457; 82-97-årige: N = 1.011.

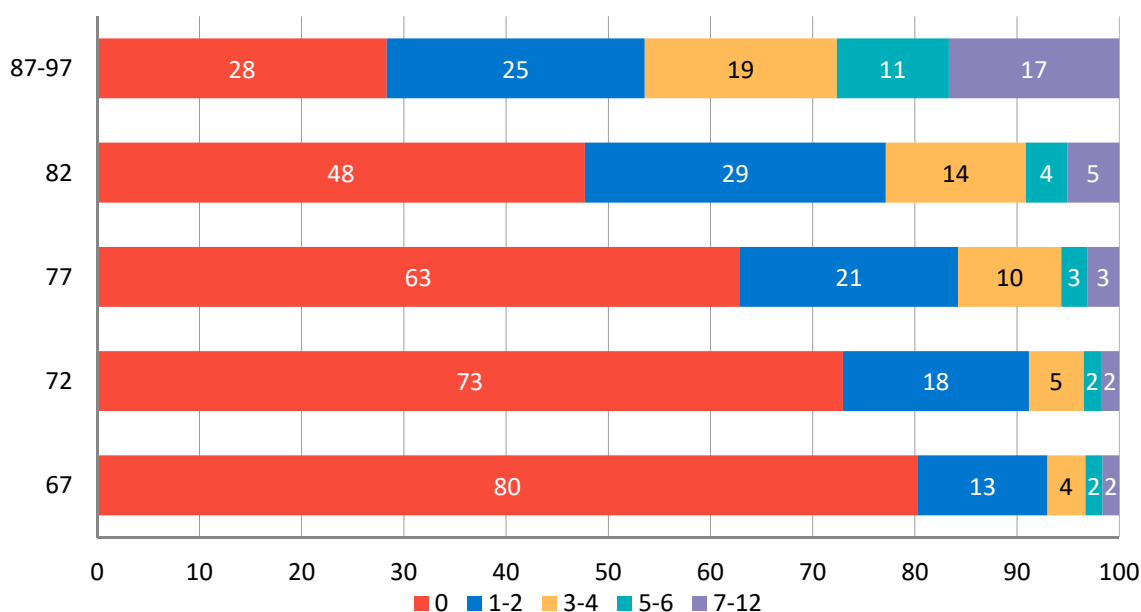
Forskellen i fordelingen på sumindekset over fysisk funktionsevne mellem de to aldersgrupper er testet med en  $\chi^2$ -test. Der er anvendt en grænse for statistisk signifikans på et 5-procents-niveau. Forskellen er statistisk signifikant.

Kilde: Ældredatabasens 5. bølge (2017).

Tendensen med faldende fysisk funktionsevne med alderen er i øvrigt kontinuerlig, hvilket viser sig, når vi ser på hver alder for sig (dog med de 87-97-årige som én samlet aldersgruppe grundet et spinkelt datagrundlag for de ældste ældre), jf. Figur 4.4. Andelen af ældre, der lever uden nedsat funktionsevne, falder med øget styrke med alderen – fra 80 pct. blandt de 67-årige til 28 pct. blandt de 87-97-årige. Omvendt stiger andelen, der har besvær med flere af aktiviteterne og skal have hjælp til minimum én af dem, med øget styrke med alderen. Andelen er således 2, 2, 3, 5 og 17 pct. blandt de henholdsvis 67-, 72-, 77-, 82- og 87-97-årige. Alle parvise forskelle i fordelingen mellem aldre er statistisk signifikante.

Mønsteret på tværs af aldre genfindes blandt både kvinder og mænd (ej vist).

**Figur 4.4** Sumindeks over besvær med en række dagligdags aktiviteter. Respondenter i alderen 67-97 år. Særskilt for aldre og aldersgruppe. 2017. Procent.



Anm.: 67-årige: N = 1.667; 72-årige: N = 1.620; 77-årige: N = 970; 82-årige: N = 591; 87-97-årige: N = 420.

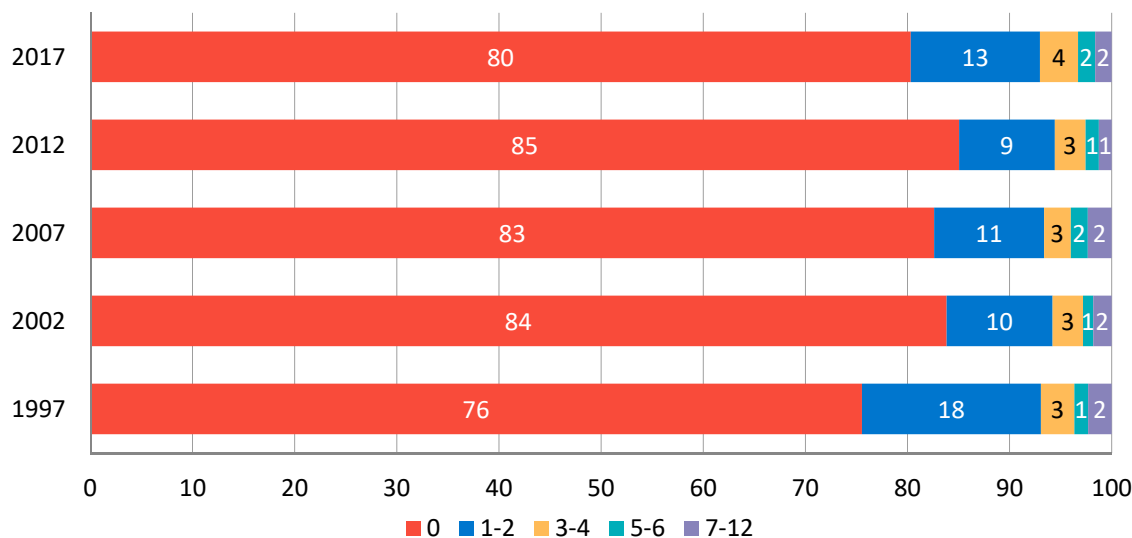
Forskellen i fordelingen på sumindekset over fysisk funktionsevne på tværs af aldre er testet parvis med en  $\chi^2$ -test. Der er anvendt en grænse for statistisk signifikans på et 5-procents-niveau. Alle parvise forskelle er statistisk signifikante.

Kilde: Ældredatabasens 5. bølge (2017).

Vi undersøger endvidere udviklingen i fysisk funktionsevne over tid. Vi fokuserer her på kohorteforskelle som følge af, at alderssammensætningen ændrer sig mellem Ældredatabasens bølger, jf. problematikken i afsnit 2.2. Vi undersøger således fysisk funktionsevne for specifikke aldre for sig henover Ældredatabasens bølger, dvs. i henholdsvis 1997, 2002, 2007, 2012 og 2017.

Vi ser i Figur 4.5 først på de 67-årige over tid. Overordnet set er der ikke sket de store fremskridt efter 2002. Som tilfældet var, da vi undersøgte selvvalgt helbred ovenfor, jf. Figur 3.3, viser det sig, at 1997 adskiller sig statistisk signifikant fra alle de senere undersøgelsesår. Andelen af de 67-årige, der i 1997 vurderede, at de ingen problemer havde med deres funktionsevne og kunne udføre alle seks personlige dagligdags aktiviteter alene og uden besvær (sumindeksscore = 0), var lidt mindre (76 pct.) sammenlignet med situationen blandt de 67-årige i henholdsvis 2002, 2007, 2012 og 2017 (mellem 80 og 85 pct.). Andelen af de 67-årige, der har besvær med flere af aktiviteterne og skal have hjælp til minimum én af dem (sumindeksscore = 7-12), har imidlertid ikke ændret sig hen over perioden 1997-2017 (andelen er i alle år 2 pct. med undtagelse af 2012, hvor den er 1 pct.). Der er heller ingen nævneværdige ændringer over perioden i andelen, der scorer henholdsvis 3-4 (mellem 3 og 4 pct.) og 5-6 (mellem 1 og 2 pct.) på sumindekset.

**Figur 4.5** Sumindeks over besvær med en række dagligdags aktiviteter. Respondenter i alderen 67 år. 1997, 2002, 2007, 2012 og 2017. Procent.



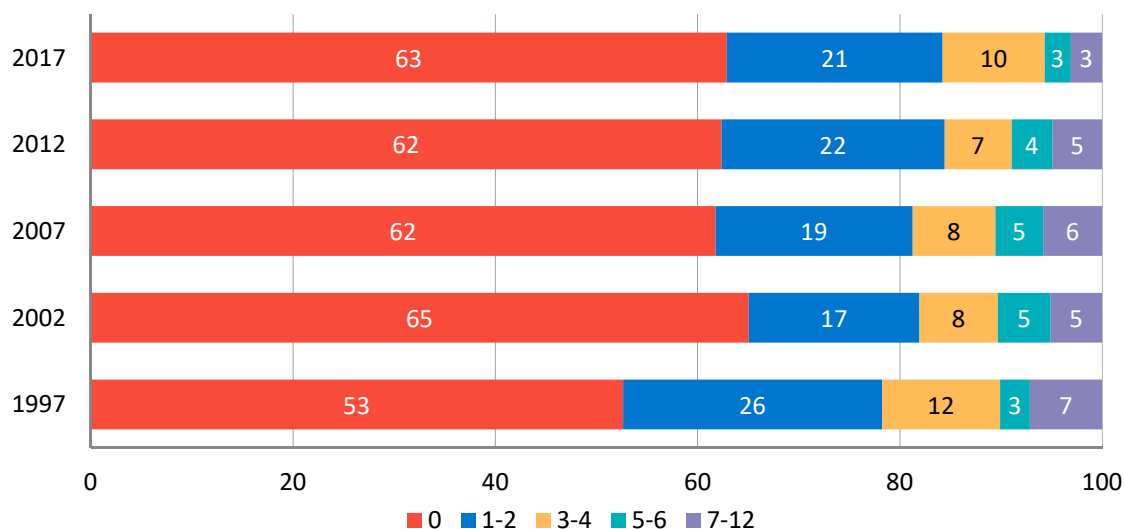
Anm.: 1997: N = 822; 2002: N = 1.108; 2007: N = 1.374; 2012: N = 1.834; 2017: N = 1.667.

Forskellen i fordelingen på sumindekset over fysisk funktionsevne blandt de 67-årige mellem Ældredatabasens bølger er testet parvis med en  $\chi^2$ -test. Der er anvendt en grænse for statistisk signifikans på et 5-procents-niveau. Forskellen mellem 1997 og hhv. 2002, 2007, 2012 og 2017 er statistisk signifikant. Det samme gælder forskellen mellem 2012 og 2017. Ingen af de øvrige parvise forskelle er statistisk signifikante.

Kilde: Ældredatabasens 1.-5. bølge (hhv. 1997, 2002, 2007, 2012 og 2017).

Ser vi dernæst på de 77-årige for sig, gælder det ligeledes, at fordelingen på sumindekset er statistisk signifikant anderledes i 1997 sammenlignet med alle de senere undersøgelsesår. Blandt andet er andelen uden nedsat funktionsevne markant mindre i 1997 (53 mod mellem 62 og 65 pct. i de øvrige undersøgelsesår).

**Figur 4.6** Sumindeks over besvær med en række dagligdags aktiviteter. Respondenter i alderen 77 år. 1997, 2002, 2007, 2012 og 2017. Procent.



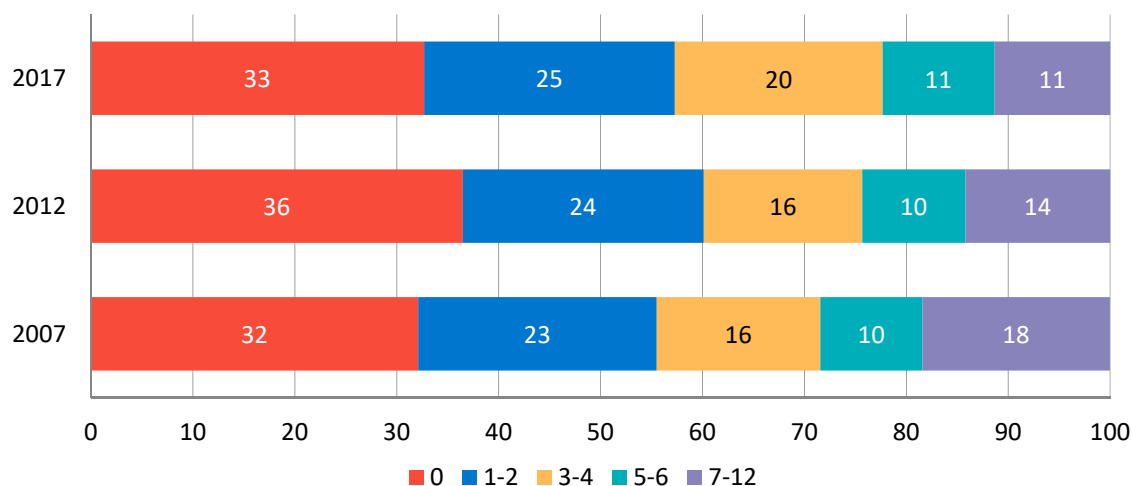
Anm.: 1997: N = 420; 2002: N = 552; 2007: N = 719; 2012: N = 954; 2017: N = 874.

Forskellen i fordelingen på sumindekset over fysisk funktionsevne blandt de 77-årige mellem Ældredatabasens bølger er testet parvis med en  $\chi^2$ -test. Der er anvendt en grænse for statistisk signifikans på et 5-procents-niveau. Forskellen mellem 1997 og hhv. 2002, 2007, 2012 og 2017 er statistisk signifikant. Det samme gælder forskellen mellem 2017 og hhv. 2002, 2007 og 2012. Ingen af de øvrige parvise forskelle er statistisk signifikante.

Kilde: Ældredatabasens 1.-5. bølge (hhv. 1997, 2002, 2007, 2012 og 2017).

For de 87-årige kan vi kun se tilbage til og med 2007, jf. afsnit 2.2. Det fremgår af Figur 4.7, at de dårligste, hvad angår fysisk funktionsevne, ser ud til at udgøre en mindre andel af de 87-årige i 2017 end i 2007 og 2012. Andelen af de 87-årige, der har besvær med flere af aktiviteterne og skal have hjælp til minimum én af dem (sumindeksscore = 7-12), er således jævnt mindsket mellem de tre undersøgelsesår: fra 18 pct. i 2007 over 14 pct. i 2012 til 11 pct. i 2017. Andelen af de 87-årige, der omvendt vurderer, at de ikke har nedsat funktionsevne, er imidlertid ganske stabil hen over perioden 2007-2017. Det drejer sig i alle tre undersøgelsesår om ca. hver tredje (32-36 pct.) af de 87-årige.<sup>15</sup>

**Figur 4.7** Sumindeks over besvær med en række dagligdags aktiviteter. Respondenter i alderen 87 år. 2007, 2012 og 2017. Procent.



Anm.: 2007: N = 299; 2012: N = 296; 2017: N = 309.

Forskellen i fordelingen på sumindekset over fysisk funktionsevne blandt de 87-årige mellem Ældredatabasens bølger er testet parvis med en chi<sup>2</sup>-test. Der er anvendt en grænse for statistisk signifikans på et 5-procents-niveau. Ingen af de parvise forskelle er statistisk signifikante.

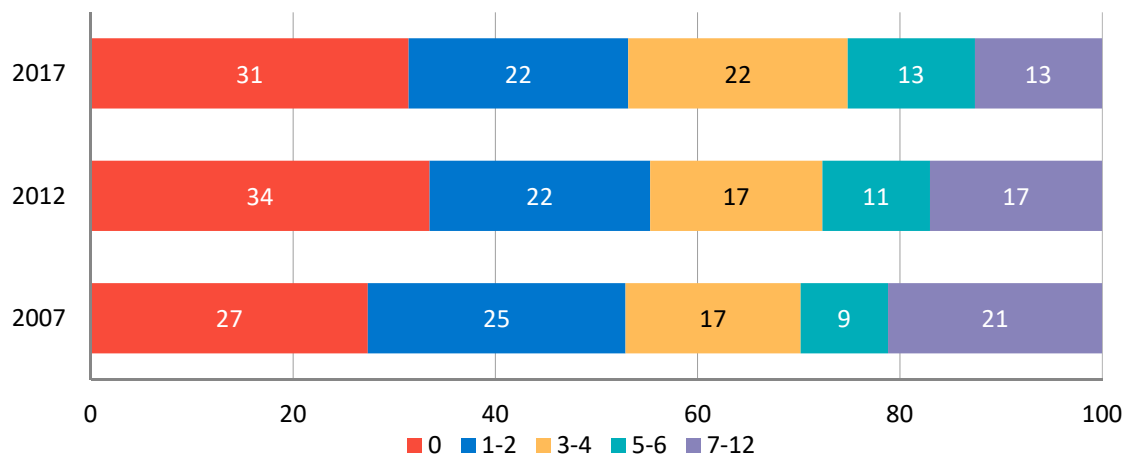
Kilde: Ældredatabasens 3.-5. bølge (hhv. 2007, 2012 og 2017).

Sidstnævnte udvikling blandt de 87-årige er drevet af situationen blandt kvinder: Andelen af de 87-årige kvinder, der har besvær med flere af aktiviteterne og skal have hjælp til minimum én af dem, er mindsket mellem de tre undersøgelsesår: fra 21 pct. i 2007 over 17 pct. i 2012 til 13 pct. i 2017, jf. Figur 4.8. Den samme reduktion ses ikke blandt mænd, jf. Figur 4.9. Samtidig er der blandt mænd et forholdsvis markant fald i andelen uden funktionsnedsættelse fra 2007/2012 til 2017 (fra 42-43 pct. i 2007/2012 til 34 pct. i 2017). Blandt kvinder ses omvendt en lidt større andel uden funktionsnedsættelse i 2012/2017 sammenlignet med 2007.<sup>16</sup>

<sup>15</sup> Der er ikke statistisk signifikante forskelle i fordelingen på sumindekset mellem de 3 undersøgelsesår, hvilket til dels skyldes et mindre datagrundlag i alle 3 år.

<sup>16</sup> Forskellen i fordelingen på sumindekset mellem de 3 undersøgelsesår er dog ikke statistisk signifikant, hvilket i høj grad skyldes det forholdsvis lille datagrundlag i alle 3 undersøgelsesår.

**Figur 4.8** Sumindeks over besvær med en række dagligdags aktiviteter. Kvindelige respondenter i alderen 87 år. 2007, 2012 og 2017. Procent.

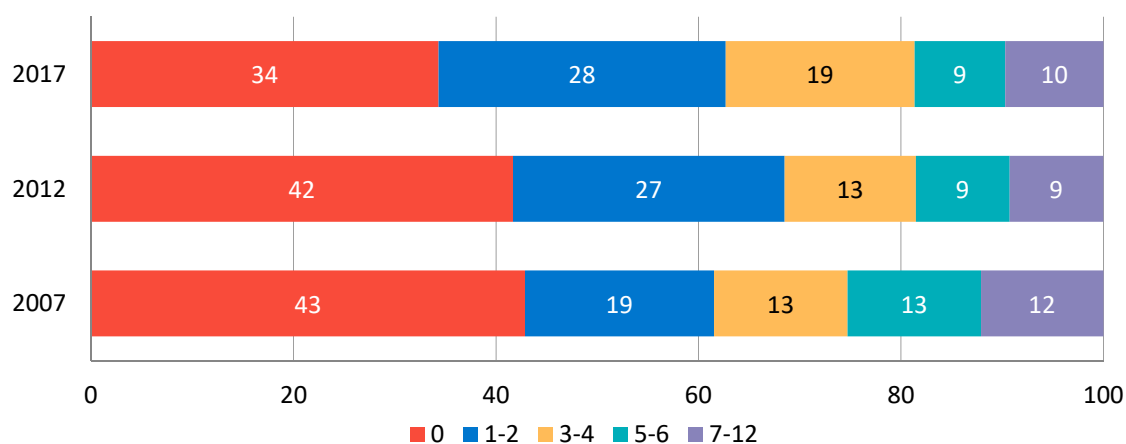


Anm.: 2007: N = 208; 2012: N = 188; 2017: N = 175.

Forskellen i fordelingen på sumindekset over fysisk funktionsevne blandt de 87-årige kvinder mellem Ældredatabasens bølger er testet parvis med en  $\chi^2$ -test. Der er anvendt en grænse for statistisk signifikans på et 5-procents-niveau. Ingen af de parvise forskelle er statistisk signifikante.

Kilde: Ældredatabasens 3.-5. bølge (hhv. 2007, 2012 og 2017).

**Figur 4.9** Sumindeks over besvær med en række dagligdags aktiviteter. Mandlige respondenter i alderen 87 år. 2007, 2012 og 2017. Procent.



Anm.: 2007: N = 91; 2012: N = 108; 2017: N = 134.

Forskellen i fordelingen på sumindekset over fysisk funktionsevne blandt de 87-årige mænd mellem Ældredatabasens bølger er testet parvis med en  $\chi^2$ -test. Der er anvendt en grænse for statistisk signifikans på et 5-procents-niveau. Ingen af de parvise forskelle er statistisk signifikante.

Kilde: Ældredatabasens 3.-5. bølge (hhv. 2007, 2012 og 2017).



## 5 Psykisk funktionsevne

I forrige afsnit undersøgte vi ældres funktionsevne som et udtryk for deres fysiske formåen og deres evne til at udføre en række personlige dagligdags aktiviteter. Fysisk funktionsevne belyser imidlertid kun én side af sagen, hvad angår ældres funktionsevne. En anden side vedrører ældres psykiske funktionsevne. Sidstnævnte undersøger vi i dette afsnit på baggrund af dels spørgsmål, der omhandler kognitive evner, dels en række spørgsmål, der omhandler trivsel. Hermed får vi et mere helhedsorienteret og nuanceret billede af ældres dagligdag og deres muligheder for at opretholde et almindeligt hverdagsliv, end beskrivelser af den fysiske funktionsevne kan give i sig selv.

### 5.1 Kognitive evner

Vi ser først på ældres kognitive evner. Det gør vi på baggrund af to spørgsmål i Ældredatabasens 5. bølge, der begge indgår i et større spørgsmålsbatteri, som tilsammen udgør de såkaldte WHODAS 2.0-spørgsmål (WHO Disability Assessment Schedule 2.0; se Üstün m.fl., 2010). De to spørgsmål, der begge er at finde under WHODAS-domænet 'kognition', lyder således: "I løbet af de sidste 30 dage, hvor vanskeligt har du haft ved ...":

- At koncentrere dig om at lave noget i 10 minutter?
- At lære noget nyt, fx at finde vej til et nyt sted?<sup>17</sup>

Respondenterne har haft mulighed for at svare 'slet ikke', 'lidt', 'noget', 'meget' og 'ekstremt/ikke muligt' til begge spørgsmål. Vi har tildelt værdien 0 til spørgsmål, der er besvaret med 'slet ikke (vanskeligt)', værdien 1 til spørgsmål, der er besvaret med 'lidt (vanskeligt)', værdien 2 til spørgsmål, der er besvaret med 'noget (vanskeligt)', værdien 3 til spørgsmål, der er besvaret med 'meget (vanskeligt)' og endelig værdien 4 til spørgsmål, der er besvaret med 'ekstremt (vanskeligt)/ikke muligt'. Værdien for hvert af de to spørgsmål har vi dernæst summeret til et indeks, som går fra 0-8. En score på 0 indikerer, at den ældre slet ikke har haft vanskeligheder med hensyn til at koncentrere sig og lære noget nyt, mens en score på 8 omvendt er udtryk for, at den ældre har haft svære vanskeligheder, idet vedkommende har haft ekstremt vanskeligt ved at koncentrere sig og lære noget nyt eller slet ikke har kunnet. Som følge af at kun en meget lille andel af respondenter scorer højt på indekset, dvs. har store kognitive vanskeligheder, har vi valgt at reducere indekset til at omfatte følgende intervaller: 0, 1-2, 3-4, 5-8.

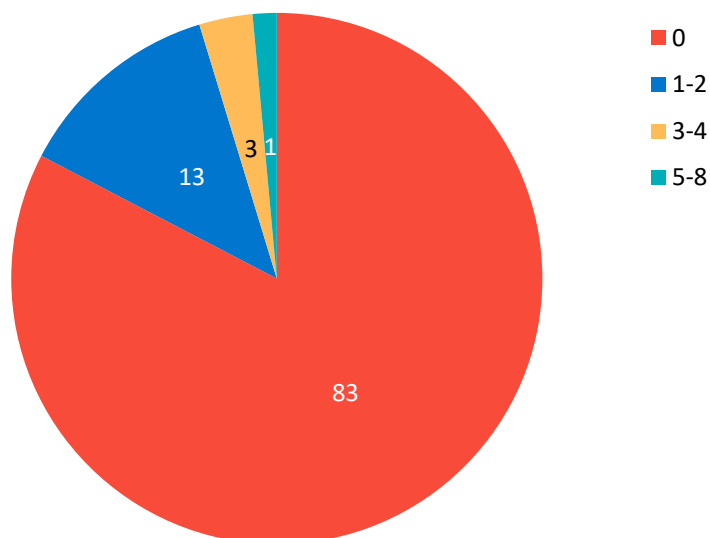
De to spørgsmål vedrørende kognitive evner, og således også sumindekset over kognitive evner, er ligesom spørgsmålene om fysisk funktionsevne afgrænset til personer i alderen 67 år og derover. Det er kun respondenter i dette aldersspænd (67-97-årige), der er blevet spurgt herom i spørgeskemaet til Ældredatabasens 5. bølge.

Af Figur 5.1 fremgår det, at langt hovedparten (83 pct.) af respondenterne i 2017 i alderen 67-97 år har rigtig gode kognitive evner. De har med andre ord slet ikke haft vanskeligheder med hensyn til at koncentrere sig eller lære noget nyt (sumindeksscore = 0) inden for de seneste 30 dage. Yderligere 13 pct. har mindre vanskeligheder (sumindeksscore = 1-2). Omvendt har kun 1 pct. svære vanskeligheder ved enten at koncentrere sig eller lære noget nyt eller har moderate vanskeligheder med begge dele (sumindeksscore = 5-8).

---

<sup>17</sup> Det er kun disse to spørgsmål fra WHODAS 2.0, der er medtaget i spørgeskemaet til Ældredatabasen i 2017. Det er i øvrigt første gang, de er med i Ældredatabasen.

**Figur 5.1** Sumindeks over kognitive evner. Respondenter i alderen 67-97 år. 2017. Procent.

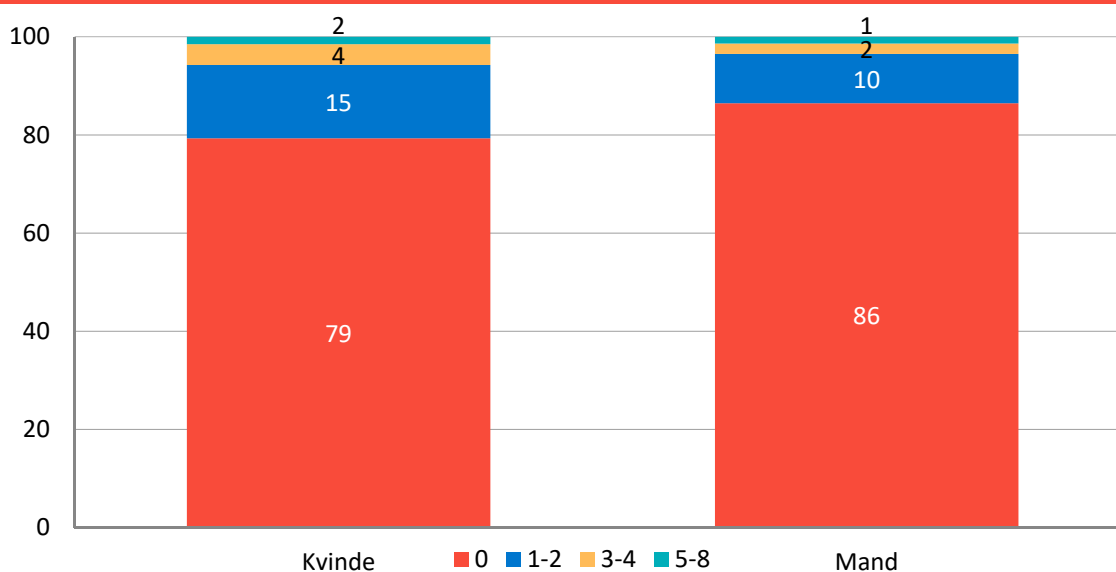


Anm.: N = 5.285.

Kilde: Ældredatabasens 5. bølge (2017).

Vi så i Figur 4.2, at kvinder i mindre grad end mænd vurderer, at de ingen problemer har med deres fysiske funktionsevne. Det samme gør sig gældende med hensyn til kognitive evner, jf. Figur 5.2. De 67-97-årige mænd (86 pct.) har således oftere oplyst end kvinderne (79 pct.), at de slet ikke har haft vanskeligheder med hensyn til at koncentrere sig eller lære noget nyt (sumindeksscore = 0) inden for de seneste 30 dage. En større andel blandt de 67-97-årige kvinder har derimod oplyst at have mindre, moderate eller svære vanskeligheder (sumindeksscore 1-2, 3-4 og 5-8 henholdsvis 15, 4 og 2 pct. mod 10, 2 og 1 pct. blandt mænd). Forskellen i fordelingen på sumindekset mellem kvinder og mænd er statistisk signifikant.

**Figur 5.2** Sumindeks over kognitive evner. Respondenter i alderen 67-97 år. Særskilt for køn. 2017. Procent.



Anm.: Kvinder: N = 2.805; Mænd: N = 2.480.

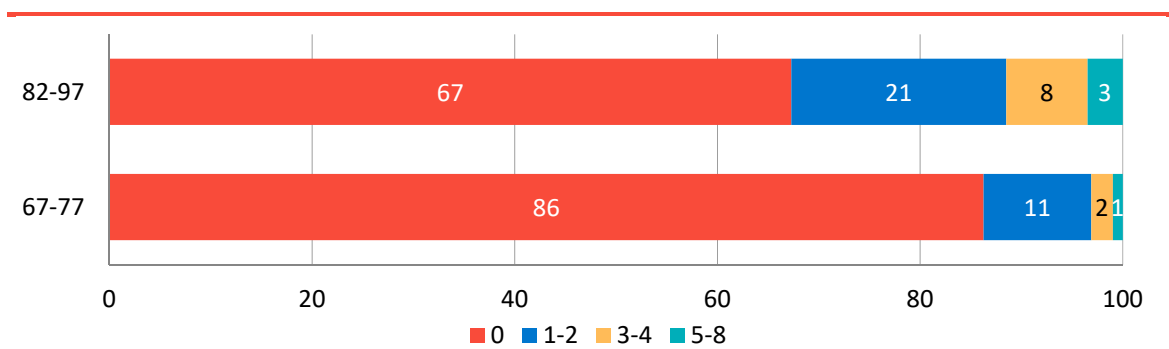
Forskellen i fordelingen på sumindekset over kognitive evner mellem kvinder og mænd er testet med en chi<sup>2</sup>-test. Der er anvendt en grænse for statistisk signifikans på et 5-procents-niveau. Forskellen er statistisk signifikant.

Kilde: Ældredatabasens 5. bølge (2017).

Ligesom tilfældet var med fysisk funktionsevne, falder andelen af ældre, der lever uden kognitive vanskeligheder med alderen. Figur 5.3 viser, at andelen uden kognitive vanskeligheder er 86 pct. blandt de 67-77-årige, mens den er 67 pct. blandt de 82-97-årige. Tilsvarende er det samlet set kun 3 pct. blandt de 67-77-årige, der scorer 3-8 på sumindekset, svarende til at have moderate til svære kognitive vanskeligheder, mens andelen samlet set er 11 pct. blandt de 82-97-årige. Forskellen i fordelingen på sumindekset på tværs af de to aldersgrupper er statistisk signifikant.

Det er nærliggende at formode, at noget af den forskel mellem kvinders og mænds kognitive evner til mænds fordel, som vi fandt ovenfor, skyldes, at kvinderne i gennemsnit er ældre end mændene.

**Figur 5.3** Sumindeks over kognitive evner. Respondenter i alderen 67-97 år. Særskilt for aldersgrupper. 2017. Procent.



Anm.: 67-77-årige: N = 2.476; 82-97-årige: N = 1.009.

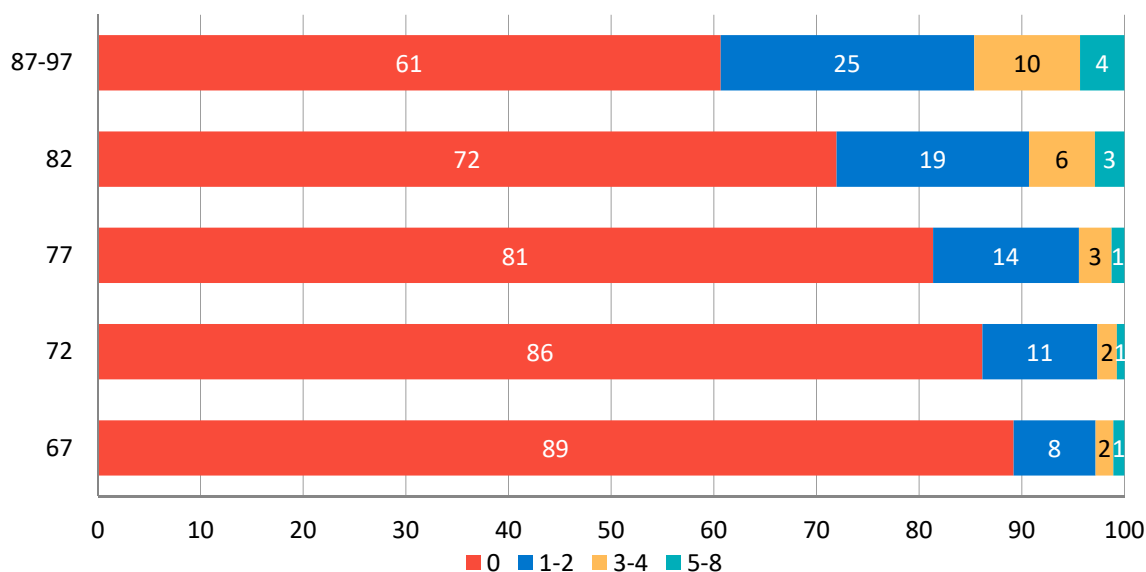
Forskellen i fordelingen på sumindekset over kognitive evner mellem de to aldersgrupper er testet med en  $\chi^2$ -test. Der er anvendt en grænse for statistisk signifikans på et 5-procents-niveau. Forskellen er statistisk signifikant.

Kilde: Ældredatabasens 5. bølge (2017).

De kognitive evner er ligesom den fysiske funktionsevne kontinuerligt faldende med alderen. Figur 5.4 viser for alle aldre for sig (dog med de 87-97-årige som én samlet aldersgruppe grundet et spinkelt datagrundlag for de ældste ældre), at andelen af ældre, der lever uden kognitive vanskeligheder, falder med øget styrke med alderen – fra 89 pct. blandt de 67-årige til 61 pct. blandt de 87-97-årige. Tilsvarende stiger andelen, der har mindre, moderate eller svære vanskeligheder (sumindeksscore 1-2, 3-4 og 5-8), kontinuerligt fra samlet set 11 pct. blandt de 67-årige til samlet set 39 pct. blandt de 87-97-årige. Alle parvise forskelle i fordelingen mellem aldre er statistisk signifikante.

Mønsteret på tværs af aldre genfindes blandt både kvinder og mænd, om end mest udtalt blandt kvinder (ej vist).

**Figur 5.4** Sumindeks over kognitive evner. Respondenter i alderen 67-97 år. Særskilt for aldre og aldersgruppe. 2017. Procent.



Anm.: 67-årige: N = 1.678; 72-årige: N = 1.627; 77-årige: N = 971; 82-årige: N = 592; 87-97-årige: N = 417.

Forskellen i fordelingen på sumindekset over kognitive evner på tværs af aldre er testet parvis med en chi<sup>2</sup>-test. Der er anvendt en grænse for statistisk signifikans på et 5-procents-niveau. Alle parvise forskelle er statistisk signifikante.

Kilde: Ældredatabasens 5. bølge (2017).

## 5.2 Trivsel (WHO-5)

Vi ser dernæst på ældre voksnes trivsel. Til det formål anvender vi fem spørgsmål fra Ældredatabasens 5. bølge. De fem spørgsmål, der alle handler om, hvordan respondenterne har følt sig tilpas i de seneste 2 uger, udgør tilsammen det såkaldte WHO-5, som er et generisk mål for trivsel. WHO-5 måler graden af positive oplevelser og kan anvendes som et mål for en persons generelle trivsel eller velbefindende (Socialstyrelsen, 2018). De fem spørgsmål lyder som følgende: "I løbet af de sidste 2 uger ...":

- Har du været glad og i godt humør?
- Har du følt dig rolig og afslappet?
- Har du følt dig aktiv og energisk?
- Er du vågnet frisk og udhvilet?
- Har din dagligdag været fyldt med ting, der interesserer dig?<sup>18</sup>

Det har været muligt for respondenterne at svare 'hele tiden', 'det meste af tiden', 'lidt mere end halvdelen af tiden', 'lidt mindre end halvdelen af tiden', 'lidt af tiden' og 'på intet tidspunkt' til hvert af de fem spørgsmål. Vi har tildelt værdien 5 til spørgsmål, der er besvaret med 'hele tiden', værdien 4 til spørgsmål, der er besvaret med 'det meste af tiden', værdien 3 til spørgsmål, der er besvaret med 'lidt mere end halvdelen af tiden', værdien 2 til spørgsmål, der er besvaret med 'lidt mindre end halvdelen af tiden', værdien 1 til spørgsmål, der er besvaret med 'lidt af tiden' og endelig værdien 0 til spørgsmål, der er besvaret med 'på intet tidspunkt'. Værdien for hvert af de fem spørgsmål har vi dernæst summeret til et indeks, som går fra 0-25. En score på 25 indikerer, at den ældre trives bedst muligt, idet vedkommende i løbet af de seneste 2 uger har følt sig tilpas hele tiden på alle fem

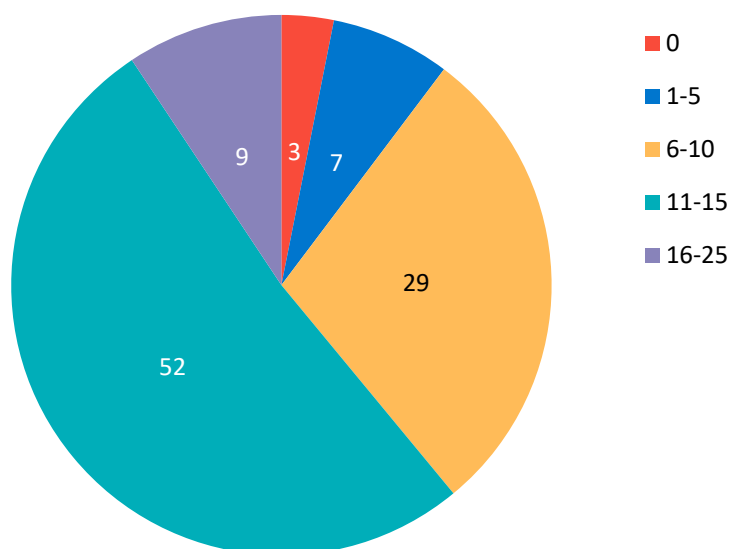
<sup>18</sup> Det er første gang, de fem WHO-5-spørgsmål er med i Ældredatabasen.

dimensioner, mens en score på 0 omvendt er ensbetydende med, at den ældre slet ikke trives, idet vedkommende på intet tidspunkt i de seneste 2 uger har følt sig tilpas på nogen af de fem dimensioner. Vi har efterfølgende reduceret indekset til at omfatte intervallerne: 0, 1-5, 6-10, 11-15 og 16-25, da kun ganske få respondenter scorer lavt på indekset.

De fem spørgsmål vedrørende trivsel, og således også sumindekset over trivsel, er stillet til alle respondenter i Ældredatabasens 5. bølge.

Næsten hver tiende respondent i Ældredatabasens 5. bølge trives rigtig godt: 9 pct. har i løbet af de seneste 2 uger følt sig tilpas hele tiden på alle fem eller de fleste af de fem dimensioner eller har følt sig tilpas det meste af tiden på alle eller de fleste af de fem dimensioner (sumindeksscore = 16-25), jf. Figur 5.5. Yderligere ca. halvdelen af respondenterne (52 pct.) har enten følt sig tilpas det meste af tiden eller hele tiden på flere dimensioner (sumindeksscore = 11-15). Kun 3 pct. af respondenterne har kun lidt af tiden eller på intet tidspunkt følt sig tilpas på enten de fleste eller alle fem dimensioner (sumindeksscore = 0).

**Figur 5.5** Sumindeks over trivsel (WHO-5). 2017. Procent.

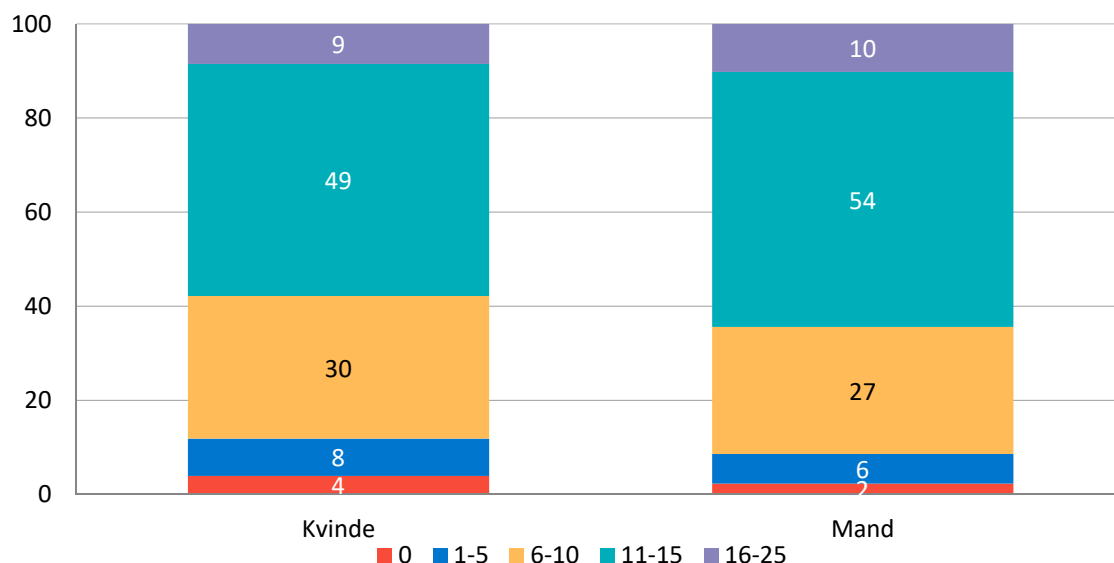


Anm.: N = 10.008.

Kilde: Ældredatabasens 5. bølge (2017).

Kvinder scorer i gennemsnit lavere på sumindekset over trivsel end mænd. Fordelingen på intervaller er vist i Figur 5.6. Mens der ingen nævneværdig forskel er mellem kvinder og mænd, hvad angår andelen, der har følt sig tilpas hele tiden på alle fem eller de fleste af de fem dimensioner eller har følt sig tilpas det meste af tiden på alle eller de fleste af de fem dimensioner (sumindeksscore = 16-25) inden for de seneste 30 dage, har mænd oftere følt sig tilpas enten det meste af tiden eller tilpas hele tiden på flere dimensioner (sumindeksscore = 11-15) (54 pct. mod 49 pct. blandt kvinder). Derimod befinder kvinder sig oftere i intervallerne, der dækker dårligere trivsel (sumindeksscore henholdsvis 0,1-5 og 6-10) (samlet set 42 pct. mod 35 pct. blandt mænd). Forskellen i fordelingen på sumindekset mellem kvinder og mænd er statistisk signifikant.

**Figur 5.6** Sumindeks over trivsel (WHO-5). Særskilt for køn. 2017. Procent.



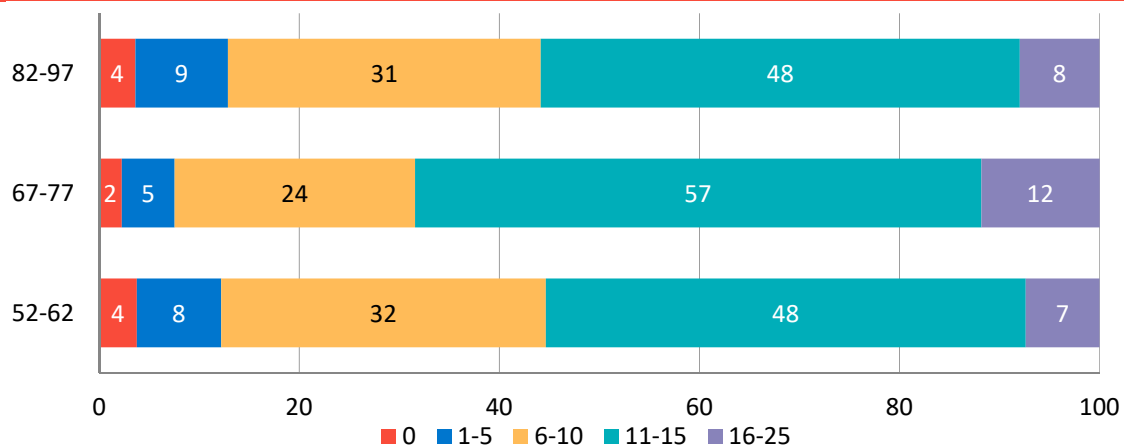
Anm.: Kvinder: N = 5.243; Mænd: N = 4.765.

Forskellen i fordelingen på sumindekset over trivsel mellem kvinder og mænd er testet med en  $\chi^2$ -test. Der er anvendt en grænse for statistisk signifikans på et 5-procents-niveau. Forskellen er statistisk signifikant.

Kilde: Ældredatabasens 5. bølge (2017).

Der viser sig et interessant mønster, når vi ser på trivsel hen over aldersgrupper. Figur 5.7 viser, at de 67-77-årige skiller sig statistisk signifikant og positivt ud derved, at de inden for de seneste 30 dage oftere har følt sig tilpas hele tiden på alle fem eller de fleste af de fem dimensioner eller har følt sig tilpas det meste af tiden på alle eller de fleste af de fem dimensioner (sumindeksscore = 16-25). Det gælder således 12 pct. mod 7 og 8 pct. blandt henholdsvis de 52-62-årige og 82-97-årige. Det er også oftere blandt de 67-77-årige, at vi finder respondenter, der har følt sig tilpas enten det meste af tiden eller tilpas hele tiden på flere dimensioner (sumindeksscore = 11-15). Det gælder 57 pct. mod 48 pct. blandt både de 52-62-årige og 82-97-årige. Tilsvarende befinder de 67-77-årige sig sjældnere i intervallerne, der dækker dårligere trivsel (sumindeksscore henholdsvis 0, 1-5 og 6-10, 11-15) (samlet set 31 pct. mod 44 pct. blandt både de 52-62-årige og 82-97-årige). At det er den midterste aldersgruppe blandt de ældre, der skiller sig positivt ud, er nyt i forhold til, hvad vi fandt for fysisk funktionsevne og kognitive evner, hvor begge dele svækkes med alderen. Man kan spekulere i årsagerne til dette anderledes mønster, hvad angår trivsel. En mulig forklaring kan være, at trivslen stiger – der er mere tid og rum til det – når man er nået ind i pensionsalderen sammenlignet med, når man endnu befinder sig i den arbejdsdygtige alder, og mange dermed stadig har arbejdsrelaterede forpligtelser. Og hvis man (alligevel) er på arbejdsmarkedet som 67-77-årig, er man det typisk efter eget valg (Larsen, Bach & Liversage, 2012). Omvendt, når man når en vis alder, kan trivslen meget vel svækkes som følge af naturlige aldersbetingede ændringer i den generelle livssituation, herunder fx helbredsmæssige forandringer i form af bl.a. fysisk og kognitiv svækkelse. Det viser sig, når vi ser på specifikke aldre (ej vist), at trivslen stiger markant mellem respondenter i alderen 62 og 67 år, og at den topper blandt respondenter i 72-årsalderen, hvorefter den kontinuerligt bliver mindre hen over de efterfølgende aldre og er dårligst blandt de allerældste. Mønsteret på tværs af aldersgrupper genfindes for både kvinder og mænd særskilt (ej vist).

**Figur 5.7** Sumindeks over trivsel (WHO-5). Særskilt for aldersgrupper. 2017. Procent.



Anm.: 52-62-årige: N = 4.709; 67-77-årige: N = 4.282; 82-97-årige: N = 1.017.

Forskellen i fordelingen på sumindekset over trivsel mellem aldersgrupper er testet parvis med en  $\chi^2$ -test. Der er anvendt en grænse for statistisk signifikans på et 5-procents-niveau. Forskellen mellem de 67-77-årige og hhv. de 52-62-årige og 82-97-årige er statistisk signifikant. Forskellen mellem de 52-62-årige og 82-97-årige er ikke statistisk signifikant.

Kilde: Ældredatabasens 5. bølge (2017).

## 6 Sundhedsrelateret livsstil

I dette afsnit beskæftiger vi os med ældres livsstil ud fra en række livsstilsindikatorer så som over/undervægt, omfanget af rygning, alkoholindtag samt fysiske fritidsaktiviteter/motion blandt de ældre voksne i Danmark i 2017. Sidstnævnte undersøger vi desuden over tid.

### 6.1 BMI

I Ældredatabasens 5. bølge er respondenterne blevet spurgt til deres højde og vægt. Ud fra disse oplysninger er det muligt at beregne det såkaldte kropsmasseindeks (BMI) på følgende måde:

$$\text{BMI} = \text{vægt (kg)} / \text{højde}^2 \text{ (m}^2\text{)}$$

BMI sætter altså kropsvægten i forhold til højden og er et internationalt mål for kroppens fedmegrad. WHO (WHO, 1998) har følgende inddeling i vægtklasser på baggrund af BMI:

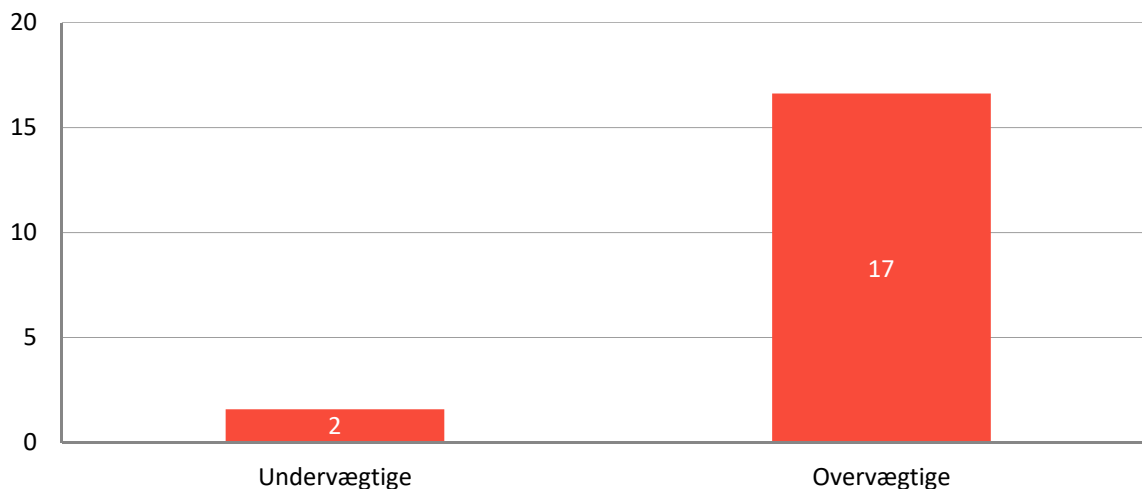
- BMI < 18,5: undervægt
- BMI 18,5-24,9: normalvægt
- BMI 25-30: overvægt
- BMI > 30: fedme.

Højde og vægt og dermed BMI ændrer sig med alderen, idet både højde og vægt mindskes. BMI er imidlertid ikke udviklet til ældre. Man mangler særligt referenceværdier for ældre over 80 år (Ernæringsrådet, 2002). Ernæringsrådet (ibid.) diskuterer i nævnte publikation det "ideelle BMI" for ældre. Det fremgår bl.a., at en afgørende forskel, når man skal vurdere størrelsen af BMI hos ældre, er, at man hos raske ældre til forskel fra yngre ikke finder en øget risiko for sygdom og død hos "BMI-overvægtige" ældre. Hos ældre er et BMI mellem 24 og 29 således forbundet med en lang levetid, hvorimod det hos yngre er et BMI i størrelsesordenen 18,5-24,9. Dette mønster gælder ligeledes hos ældre på sygehus, idet det "ideelle BMI" synes at være højere end for unge, når det gælder muligheden for at overleve sin sygdom. Derudover har ældre med vellykket aldring tilsyneladende et højere BMI end ældre med fremskyndet aldring. Ernæringsrådet skriver endvidere, at et højt BMI tilsyneladende er gunstigt, når det er udtryk for et højt indhold af muskelmasse og dermed god funktionsevne, men at det "ideelle" BMI i relation til fysisk, psykisk og social funktionsevne er utilstrækkeligt undersøgt. Grænserne, for hvornår ældre skal betragtes som fede, mangler ligeledes at blive fastlagt.

Respondenterne i Ældredatabasens 5. bølge har i gennemsnit et BMI på 26,0 (ej vist), dvs. et BMI i det man normalt betragter som 'overvægt'-området, hvilket imidlertid kan være positivt i relation til levetid, jf. betragtningerne ovenfor. Figur 6.1 viser desuden, at andelen af respondenterne, der ifølge BMI ligger i 'overvægt'-området, er 17 pct., mens kun 2 pct. ligger i 'undervægt'-området.



**Figur 6.1** Andelen, der ifølge BMI, er under- og overvægtige. 2017. Procent.

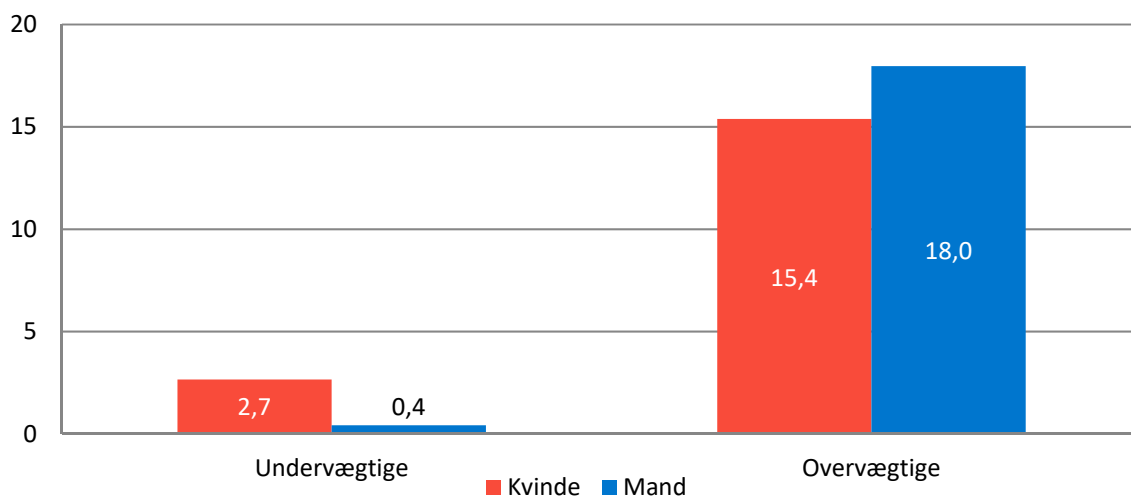


Anm.: N = 9.909.

Kilde: Ældredatabasens 5. bølge (2017).

Mænd har i gennemsnit et statistisk signifikant højere BMI (26,8) end kvinder (25,4) (ej vist). Der er således også en lidt større andel blandt mænd, der ifølge BMI kan betragtes som overvægtige, nemlig 18 pct. mod 15 pct. blandt kvinder, jf. Figur 6.2. Tilsvarende er kun ganske få mænd undervægtige ifølge BMI (< 1 pct.), mens det gælder relativt set lidt flere, nemlig 3 pct., blandt kvinder. Også denne forskel er statistisk signifikant.

**Figur 6.2** Andelen, der ifølge BMI, er under- og overvægtige. Særskilt for køn. 2017. Procent.



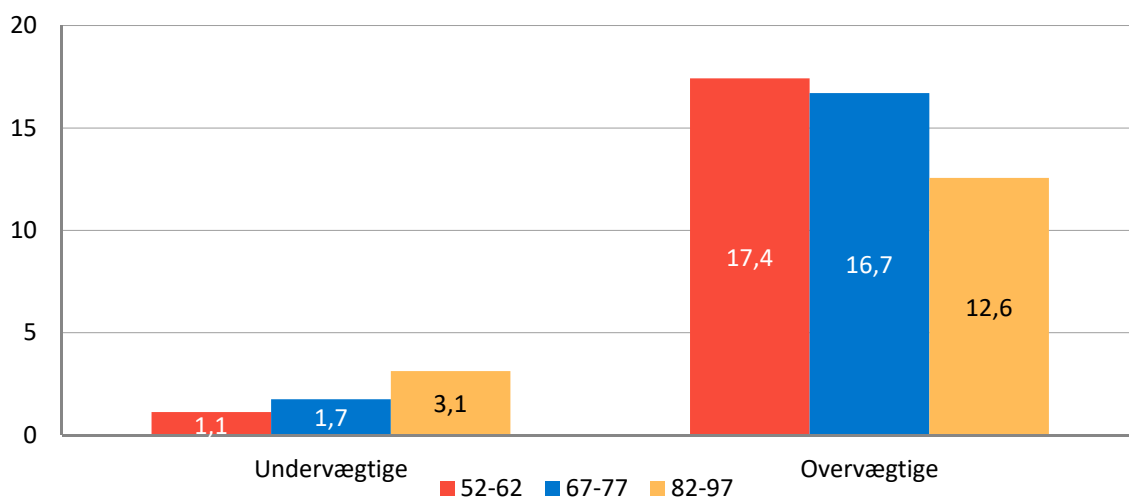
Anm.: Kvinder: N = 5.144; Mænd: N = 4.765.

Forskellen i andelen, der er hhv. undervægtig og overvægtig ifølge BMI, mellem kvinder og mænd er testet med en  $\chi^2$ -test. Forskellen er i begge tilfælde statistisk signifikant på et 5-procents-niveau.

Kilde: Ældredatabasens 5. bølge (2017).

De ældste ældre, de 82-97-årige, har i gennemsnit et statistisk signifikant lavere BMI (25,3) end de to øvrige aldersgrupper (26,1-26,2) (ej vist). Dette viser sig også derved, at andelen, der ifølge BMI kan betragtes som undervægtige (3 pct.), er statistisk signifikant større end for de to øvrige aldersgrupper (1-2 pct.), hvilket fremgår af Figur 6.3. Tilsvarende er andelen, der ifølge BMI kan betragtes som overvægtig, noget – og statistisk signifikant – mindre blandt de 82-97-årige (13 pct. mod 17 pct. blandt både de 52-62-årige og de 67-77-årige).

**Figur 6.3** Andelen, der ifølge BMI, er under- og overvægtige. Særskilt for aldersgrupper. 2017. Procent.



Anm.: 52-62-årige: N = 4.656; 67-77-årige: N = 4.258; 82-97-årige: N = 995.

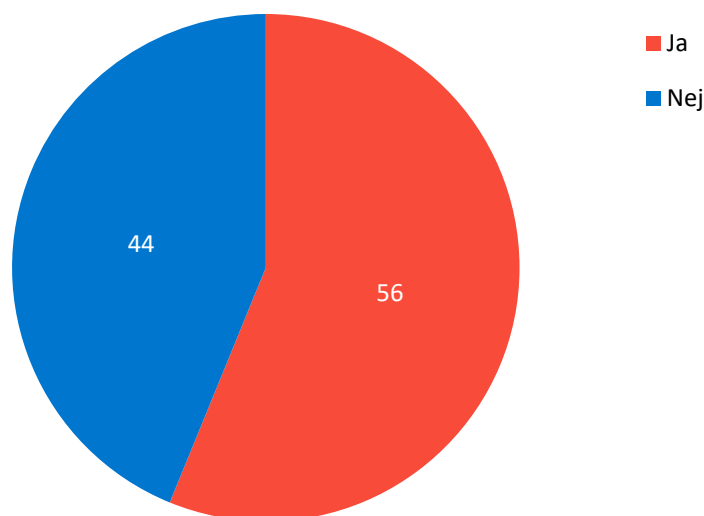
Forskellen i andelen, der er hhv. undervægtig og overvægtig ifølge BMI, mellem aldersgrupper er testet parvis med en  $\chi^2$ -test. Der er anvendt en grænse for statistisk signifikans på et 5-procents-niveau. Hvad angår andelen, der er undervægtig, er alle tre parvise forskelle statistisk signifikante. Hvad angår andelen, der er overvægtig, er forskellen mellem de 82-97-årige og hhv. de 52-62-årige og 67-77-årige statistisk signifikant.

Kilde: Ældredatabasens 5. bølge (2017).

## 6.2 Rygning

Respondenterne i Ældredatabasens 5. bølge er blevet stillet et par spørgsmål om rygning. Alle respondenter er blevet spurgt: "Har du nogensinde dagligt røget cigaretter, cigarer, cerutter eller pipe i en periode på mindst et år?". Mere end halvdelen (56 pct.) har svaret "ja", jf. Figur 6.4.

**Figur 6.4** Har du nogensinde dagligt røget cigaretter, cigarer, cerutter eller pipe i en periode på mindst et år? 2017. Procent.

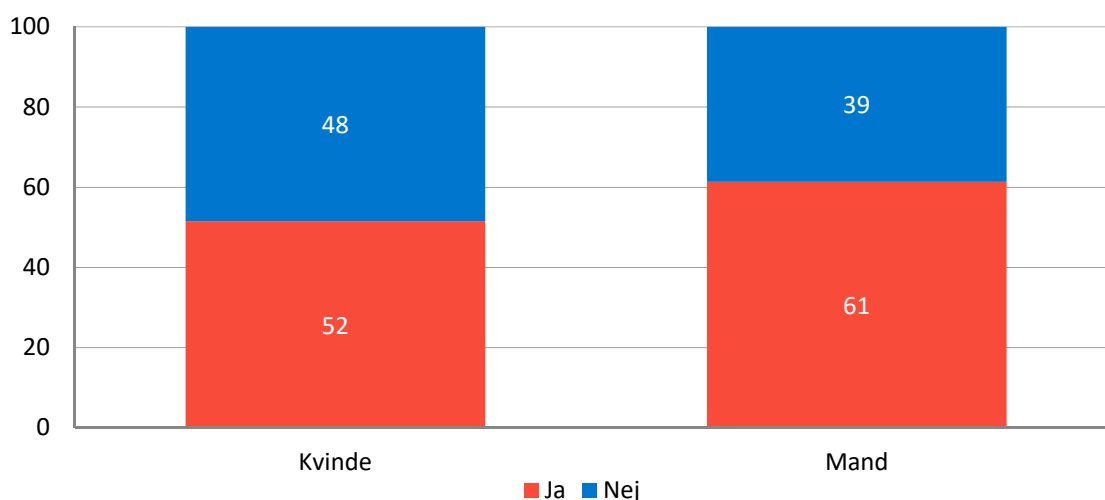


Anm.: N = 10.059.

Kilde: Ældredatabasens 5. bølge (2017).

Mænd har i større omfang end kvinder været rygere (61 pct. mod 52 pct. blandt kvinder), hvilket fremgår af Figur 6.5. Forskellen er statistisk signifikant.

**Figur 6.5** Har du nogensinde dagligt røget cigaretter, cigarer, cerutter eller pipe i en periode på mindst et år? Særskilt for køn. 2017. Procent.



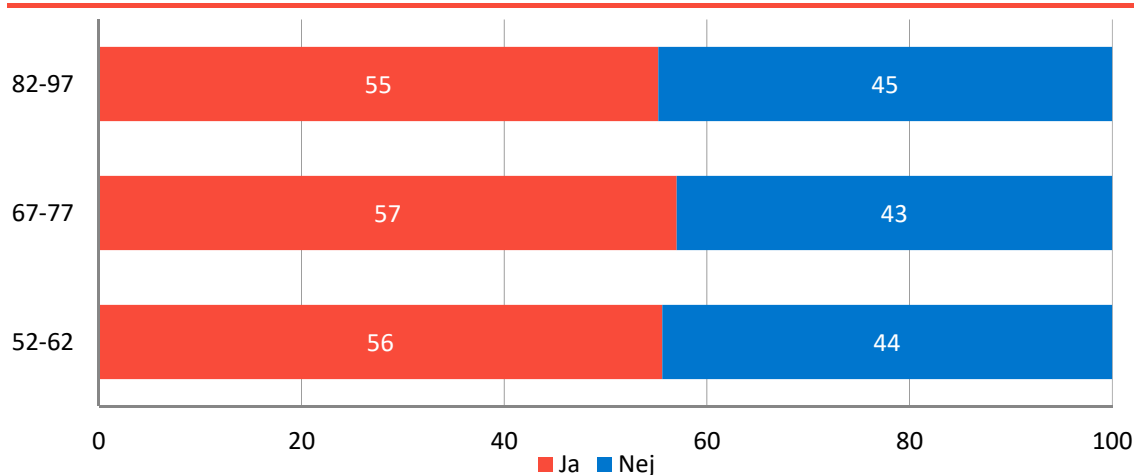
Anm.: Kvinder: N = 5.274; Mænd: N = 4.785.

Forskellen i fordelingen på spørgsmålet "Har du nogensinde dagligt røget cigaretter, cigarer, cerutter eller pipe i en periode på mindst et år?" mellem kvinder og mænd er testet med en  $\chi^2$ -test. Der er anvendt en grænse for statistisk signifikans på et 5-procents-niveau. Forskellen er statistisk signifikant.

Kilde: Ældredatabasens 5. bølge (2017).

Man kunne forestille sig, at rygning har været/er mere udbredt i nogle aldersgrupper end i andre. Denne formodning skyldes, at den generelle holdning til rygning i befolkningen er skiftet over tid bl.a. på baggrund af befolkningens øgede viden om de skadelige konsekvenser for fx helbredet af længelevende rygning. Vi ser imidlertid i Figur 6.6, at der ikke umiddelbart er nogen forskel i andelen, der nogensinde har røget dagligt i en periode på mindst et år, på tværs af de tre aldersgrupper.

**Figur 6.6** Har du nogensinde dagligt røget cigaretter, cigarer, cerutter eller pipe i en periode på mindst et år? Særskilt for aldersgrupper. 2017. Procent.



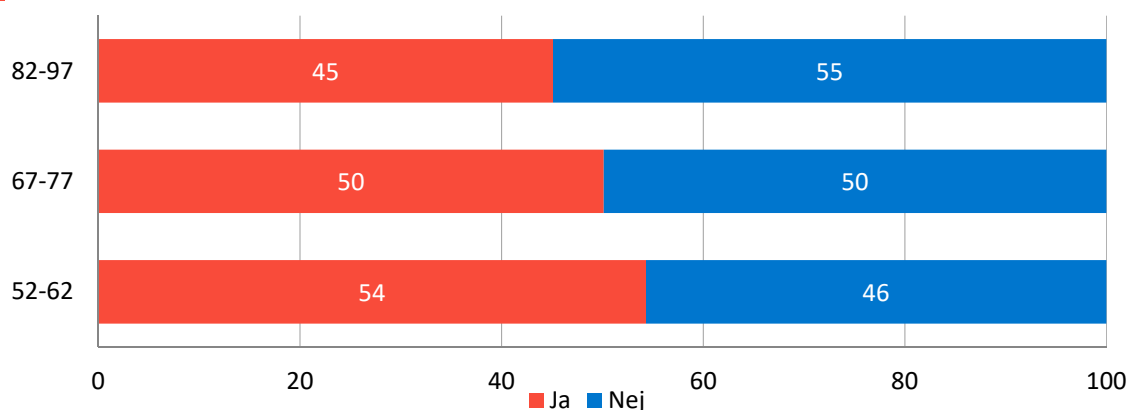
Anm.: 52-62-årige: N = 4.709; 67-77-årige: N = 4.282; 82-97-årige: N = 1.017.

Forskellen i fordelingen på spørgsmålet "Har du nogensinde dagligt røget cigaretter, cigarer, cerutter eller pipe i en periode på mindst et år?" mellem aldersgrupper er testet parvis med en  $\chi^2$ -test. Der er anvendt en grænse for statistisk signifikans på et 5-procents-niveau. Ingen af de parvise forskelle er statistisk signifikante.

Kilde: Ældredatabasens 5. bølge (2017).

Det viser sig dog, når vi ser nærmere på udbredelsen over aldersgrupper særskilt for kvinder og mænd, at stabiliteten i Figur 6.6 dækker over to modsatrettede tendenser: For kvinder finder vi, jf. Figur 6.7, at forekomsten af nogensinde at have røget dagligt i en periode på mindst et år er faldende med stigende alder. Blandt de 52-62-årige er andelen 54 pct., blandt de 67-77-årige er den 50 pct., mens den blandt de ældste ældre, de 82-97-årige, er 45 pct. Forskellene på tværs af de tre aldersgrupper blandt kvinder er statistisk signifikante. For mænd gælder omvendt, jf. Figur 6.8, at forekomsten af nogensinde dagligt at have røget i en periode på mindst et år er stigende med stigende alder. Andelen stiger statistisk signifikant fra 57 pct. blandt de 52-62-årige til 65 pct. blandt de 67-77-årige. Andelen stiger yderligere til 68 pct. blandt de ældste ældre mænd. Sidstnævnte stigning er dog ikke statistisk signifikant.

**Figur 6.7** Har du nogensinde dagligt røget cigaretter, cigarer, cerutter eller pibe i en periode på mindst et år? Kvindelige respondenter særskilt for aldersgrupper. 2017. Procent.

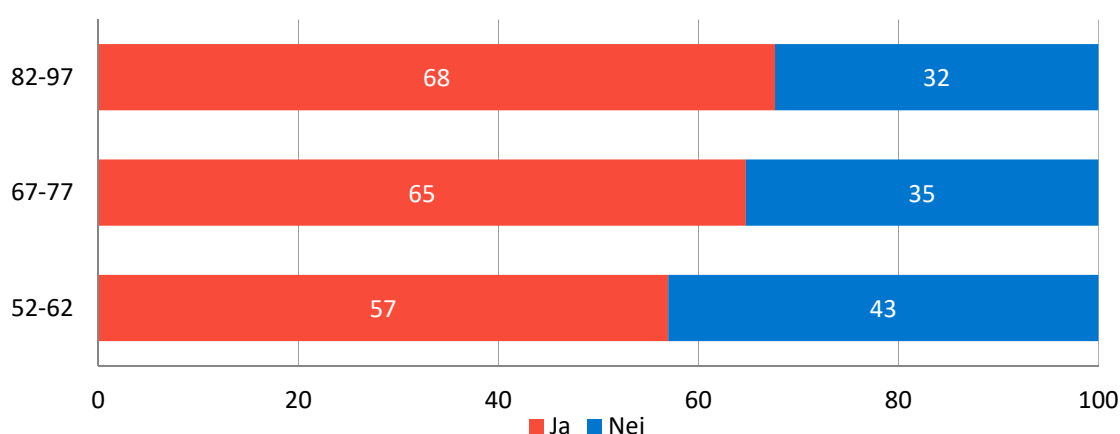


Anm.: 52-62-årige: N = 2.432; 67-77-årige: N = 2.270; 82-97-årige: N = 572.

Forskellen i fordelingen på spørgsmålet "Har du nogensinde dagligt røget cigaretter, cigarer, cerutter eller pibe i en periode på mindst et år?" mellem aldersgrupper blandt kvinder er testet parvis med en  $\chi^2$ -test. Der er anvendt en grænse for statistisk signifikans på et 5-procents-niveau. Alle tre parvise forskelle er statistisk signifikante.

Kilde: Ældredatabasens 5. bølge (2017).

**Figur 6.8** Har du nogensinde dagligt røget cigaretter, cigarer, cerutter eller pibe i en periode på mindst et år? Mandlige respondenter særskilt for aldersgrupper. 2017. Procent.



Anm.: 52-62-årige: N = 2.290; 67-77-årige: N = 2.031; 82-97-årige: N = 464.

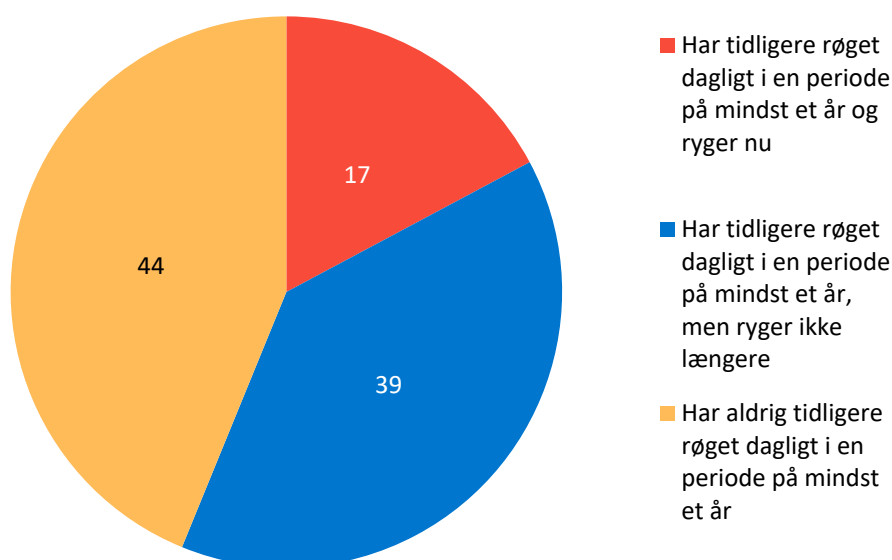
Forskellen i fordelingen på spørgsmålet "Har du nogensinde dagligt røget cigaretter, cigarer, cerutter eller pibe i en periode på mindst et år?" mellem aldersgrupper blandt mænd er testet parvis med en  $\chi^2$ -test. Der er anvendt en grænse for statistisk signifikans på et 5-procents-niveau. Forskellen mellem de 52-62-årige og hhv. de 67-77-årige og 82-97-årige er statistisk signifikant. Forskellen mellem de 67-77-årige og 82-97-årige er ikke statistisk signifikant.

Kilde: Ældredatabasens 5. bølge (2017).

Respondenterne er også blevet spurgt, om de ryger nu. På baggrund heraf har vi inddelt respondenterne i følgende tre grupper: 1) dem, der tidligere har røget dagligt (røget cigaretter, cigarer, cerutter eller pipe) i mindst ét år, og som ryger nu, 2) dem, der tidligere har røget dagligt i en periode på mindst ét år, men som ikke ryger længere og 3) dem, der aldrig tidligere har røget dagligt i en periode på mindst ét år. Det skal bemærkes, at sidstnævnte gruppe ikke er blevet spurgt til, om de ryger nu. Det kan derfor ikke udelukkes, at der i sidstnævnte gruppe kan være respondenter, der ryger nu, og/eller respondenter, der tidligere har røget mindre end dagligt i en periode på mindst ét år.

Vi finder, jf. Figur 6.9, at 17 pct. af respondenterne tidligere har røget dagligt i en periode på mindst ét år og ryger stadig. 4 ud af 10 respondenter (39 pct.) har tidligere røget dagligt i en periode på mindst ét år, men ryger ikke længere. De resterende 44 pct. har, som vi så i Figur 6.4, aldrig (tidligere) røget dagligt i en periode på mindst ét år.

**Figur 6.9** Respondenterne fordelt efter rygning nu og tidligere. 2017. Procent.

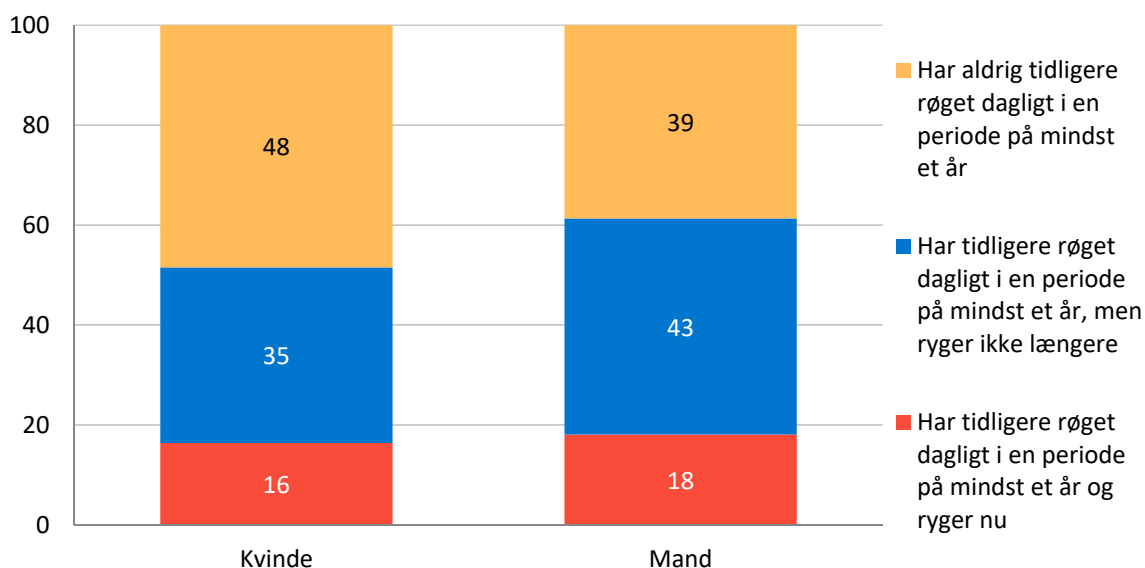


Anm.: N = 10.059.

Kilde: Ældredatabasens 5. bølge (2017).

Figur 6.10 viser, at fordelingen adskiller sig statistisk signifikant mellem kvinder og mænd. En lidt mindre andel blandt kvinder har tidligere røget dagligt i en periode på mindst ét år og ryger stadig (16 pct.) sammenlignet med mænd (18 pct.). Samtidig har kvinder sjældnere end mænd tidligere røget dagligt i en periode på mindst ét år, men gør det ikke længere (35 pct. mod 43 pct. blandt mænd). Som vi fandt i Figur 6.5, har næsten halvdelen (48 pct.) af kvinderne aldrig (tidligere) røget dagligt i en periode på mindst ét år mod 39 pct. blandt mænd.

**Figur 6.10** Respondenterne fordelt efter rygning nu og tidligere. Særskilt for køn. 2017. Procent.



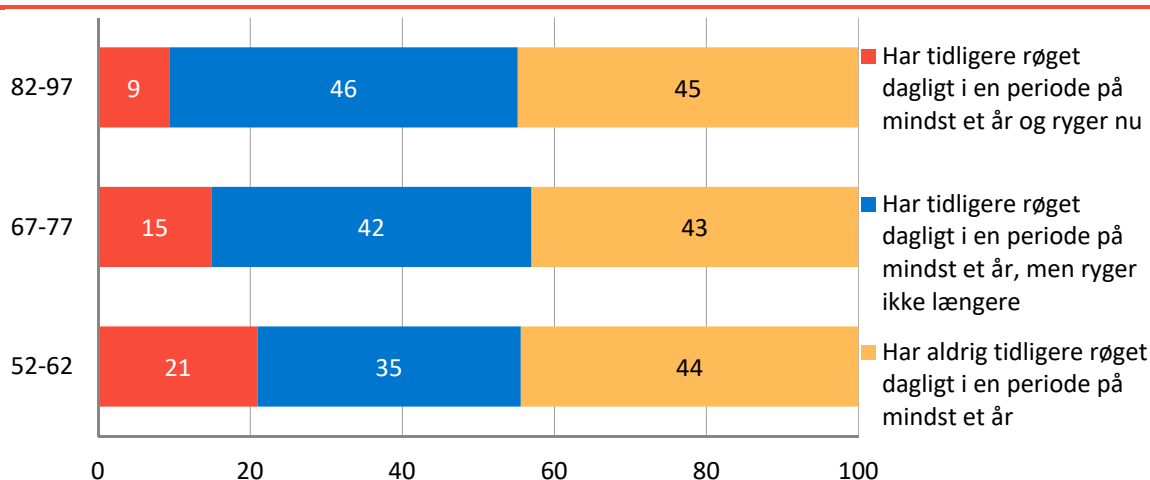
Anm.: Kvinder: N = 5.274; Mænd: N = 4.785.

Forskellen i fordelingen på rygning tidligere og nu mellem kvinder og mænd er testet med en chi<sup>2</sup>-test. Der er anvendt en grænse for statistisk signifikans på et 5-procents-niveau. Forskellen er ikke statistisk signifikant.

Kilde: Ældredatabasens 5. bølge (2017).

Ser vi på aldersgrupper, finder vi, at andelen, der tidligere har røget dagligt i en periode på mindst ét år og som stadig ryger, falder med alderen. Andelen er således 21 pct. blandt de 52-62-årige, 15 pct. blandt de 67-77-årige og kun 9 pct. blandt de ældste ældre, de 82-97-årige, jf. Figur 6.11. Derimod har en større andel blandt de 82-97-årige oplyst, at de har røget dagligt i en periode på mindst ét år, men gør det ikke længere (46 pct. mod henholdsvis 35 og 42 pct. blandt de 52-62-årige og 67-77-årige). Alle tre parvise forskelle i fordelingen er statistisk signifikante.

**Figur 6.11** Respondenterne fordelt efter rygning nu og tidligere. Særskilt for aldersgrupper. 2017. Procent.



Anm.: 52-62-årige: N = 4.722; 67-77-årige: N = 4.301; 82-97-årige: N = 1.036.

Forskellen i fordelingen på rygning tidligere og nu mellem aldersgrupper er testet parvis med en chi<sup>2</sup>-test. Der er anvendt en grænse for statistisk signifikans på et 5-procents-niveau. Alle parvise forskelle er statistisk signifikante.

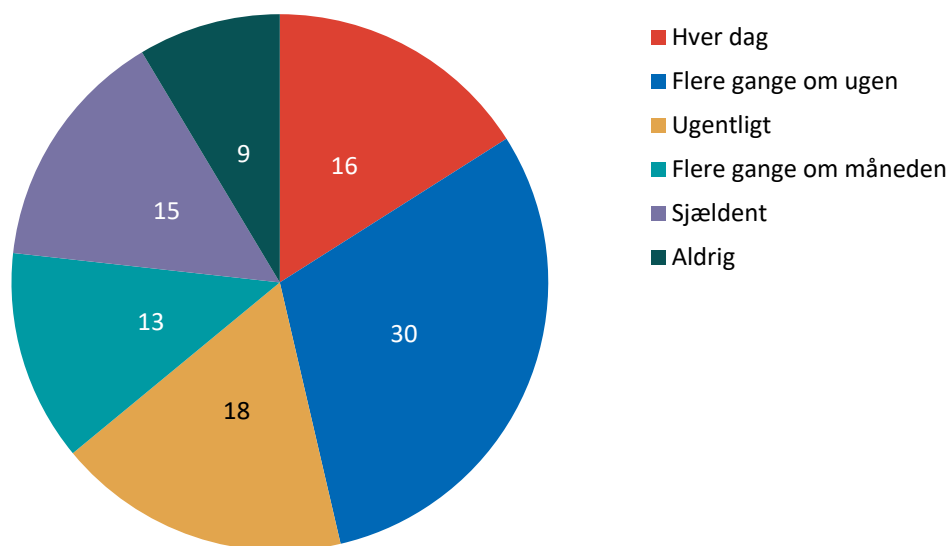
Kilde: Ældredatabasens 5. bølge (2017).

## 6.3 Alkoholforbrug

### 6.3.1 Hvor ofte?

Respondenterne i Ældredatabasens 5. bølge er efterfølgende blevet stillet et par spørgsmål om alkoholforbrug. Alle respondenter er blevet spurgt: "I de seneste 3 måneder, hvor ofte har du indtaget drikkevarer med alkohol i, fx øl, vin, hedvin, spiritus eller cocktails?". Respondenterne har oftest svaret 'flere gange om ugen' (30 pct.), mens de resterende respondenter fordeler sig nogenlunde ligeligt på de øvrige svarmuligheder: 'hver dag' (16 pct.), 'ugentligt' (18 pct.), 'flere gange om måneden' (13 pct.) og 'sjældent' (15 pct.). De sidste 9 pct. af respondenterne har svaret 'aldrig'. Det er således en forholdsvis stor andel af ældre, knap to tredjedele (64 pct.), der har mindst et ugentligt alkoholindtag.

**Figur 6.12** I de seneste 3 måneder, hvor ofte har du indtaget drikkevarer med alkohol i, fx øl, vin, hedvin, spiritus eller cocktails? 2017. Procent.

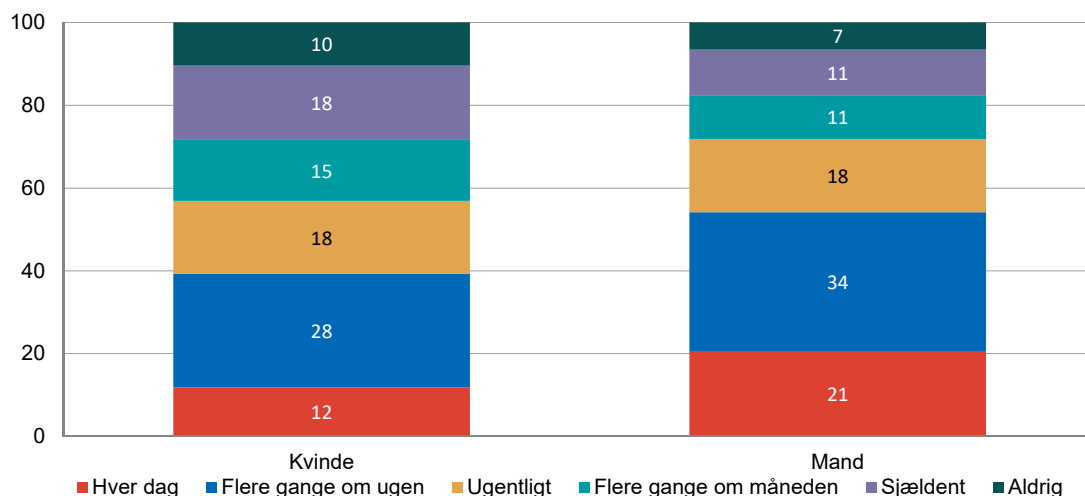


Anm.: N = 10.058.

Kilde: Ældredatabasens 5. bølge (2017).

Det fremgår af Figur 6.13, at kvinder og mænd placerer sig statistisk signifikant forskelligt på alkoholindtaget over de seneste 3 måneder. Mænd er overrepræsenteret i kategorierne med det største alkoholindtag, dvs. i kategorierne 'hver dag' (21 mod 12 pct. blandt kvinder) og 'flere gange om ugen' (34 mod 28 pct. blandt kvinder). Tilsvarende er kvinder overrepræsenteret i kategorierne med det mindste alkoholindtag, nemlig i kategorierne 'sjældent' (18 mod 11 pct. blandt mænd) og 'aldrig' (10 mod 7 pct. blandt mænd). De ældre mænd drikker altså hyppigere alkohol end de ældre kvinder.

**Figur 6.13** I de seneste 3 måneder, hvor ofte har du indtaget drikkevarer med alkohol i, fx øl, vin, hedvin, spiritus eller cocktails? Særskilt for køn. 2017. Procent.



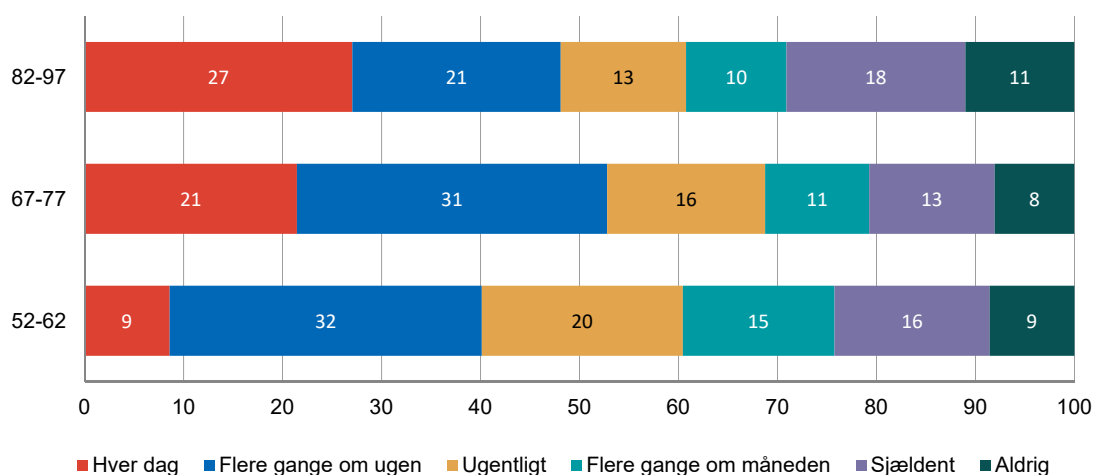
Anm.: Kvinder: N = 5.273; Mænd: N = 4.785.

Forskellen i fordelingen på spørgsmålet "I de seneste 3 måneder, hvor ofte har du indtaget drikkevarer med alkohol i, fx øl, vin, hedvin, spiritus eller cocktails?" mellem kvinder og mænd er testet med en  $\chi^2$ -test. Der er anvendt en grænse for statistisk signifikans på et 5-procents-niveau. Forskellen er statistisk signifikant.

Kilde: Ældredatabasens 5. bølge (2017).

Andelen med et dagligt alkoholindtag øges med alderen blandt ældre voksne, fremgår det af Figur 6.14. Andelen er 9 pct. blandt de 52-62-årige, 21 pct. blandt de 67-77-årige og hele 27 pct. blandt de 82-97-årige. Lægges andelen, der drikker alkohol flere gange om ugen, til, er det blandt de 67-97-årige, at der oftest drikkes alkohol mindst et par gange om ugen (samlet set ca. halvdelen, nemlig 48-52 pct. mod 41 pct. blandt de 52-62-årige). Respondenter, der derimod aldrig har drukket alkohol inden for de seneste 3 måneder, udgør en nogenlunde lige stor andel inden for hver af de tre aldersgrupper (8-11 pct.). Forskellen i fordelingen på tværs af aldersgrupper er i alle tilfælde statistisk signifikant.

**Figur 6.14** I de seneste 3 måneder, hvor ofte har du indtaget drikkevarer med alkohol i, fx øl, vin, hedvin, spiritus eller cocktails? Særskilt for aldersgrupper. 2017. Procent.



Anm.: 52-62-årige: N = 4.722; 67-77-årige: N = 4.301; 82-97-årige: N = 1.035.

Forskellen i fordelingen på spørgsmålet "I de seneste 3 måneder, hvor ofte har du indtaget drikkevarer med alkohol i, fx øl, vin, hedvin, spiritus eller cocktails?" mellem aldersgrupper er testet parvis med en  $\chi^2$ -test. Der er anvendt en grænse for statistisk signifikans på et 5-procents-niveau. Alle parvise forskelle er statistisk signifikante.

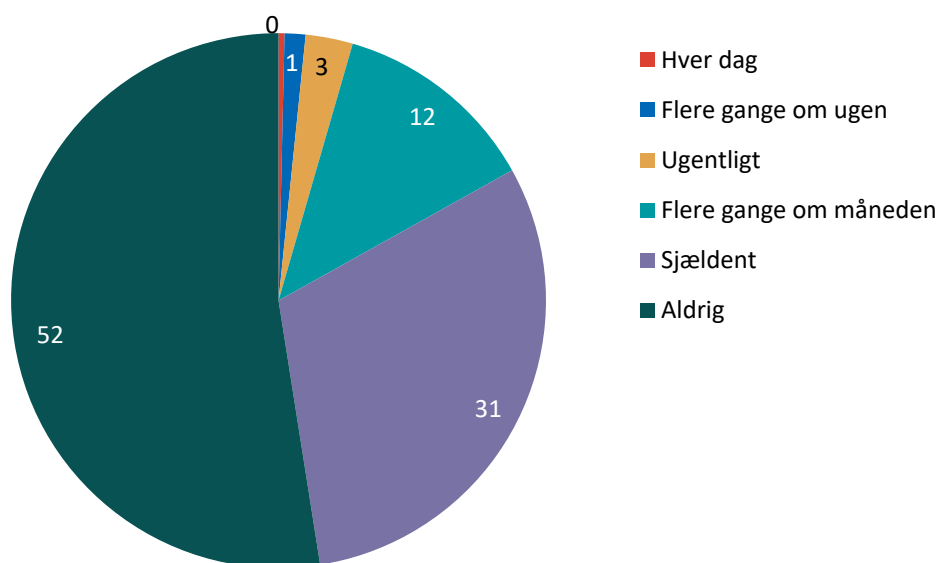
Kilde: Ældredatabasens 5. bølge (2017).



### 6.3.2 At drikke større mængder ved samme lejlighed ("Binge-drinking")

Alle respondenter, der i de seneste 3 måneder har indtaget drikkevarer med alkohol i, er desuden blevet spurgt om følgende: "I de seneste 3 måneder, hvor ofte har du fået seks genstande eller mere ved en given lejlighed?". Cirka halvdelen (52 pct.) har svaret 'aldrig', knap en tredjedel (31 pct.) har svaret 'sjældent' og endnu 12 pct. har svaret 'flere gange om måneden', jf. Figur 6.15. Det er således kun et lille mindretal (4 pct.), der på ugebasis eller oftere har indtaget seks genstande eller flere ved en given lejlighed, mens langt hovedparten af de ældre har et lille eller moderat alkoholindtag, når de drikker alkohol.

**Figur 6.15** I de seneste 3 måneder, hvor ofte har du fået 6 genstande eller mere ved en given lejlighed? Respondenter, der *ikke* har svaret "aldrig" til, at de i de seneste 3 måneder, har indtaget drikkevarer med alkohol i, fx øl, vin, hvidvin, spiritus eller cocktails. 2017. Procent.

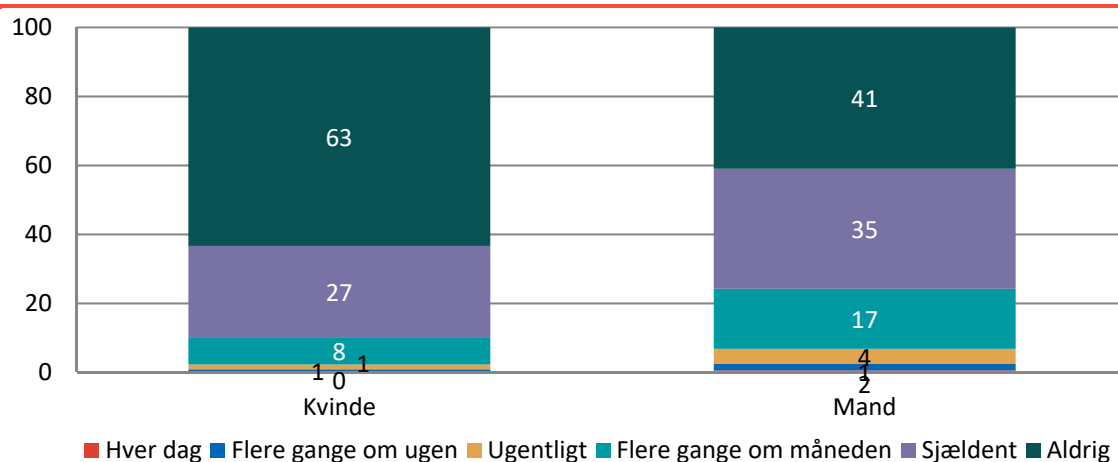


Anm.: N = 9.187.

Kilde: Ældredatabasens 5. bølge (2017).

Ældre kvinder har langt oftere end ældre mænd svaret, at de aldrig har indtaget seks genstande eller mere ved en given lejlighed inden for de seneste 3 måneder. Det gælder således hele 63 pct. af kvinderne, mens det gælder 41 pct. af mændene, jf. Figur 6.16. Derimod finder vi ingen nævneværdige forskelle i andelen, der enten 'hver dag' eller 'flere gange om ugen' har indtaget seks genstande eller mere ved en given lejlighed inden for de seneste 3 måneder. Mænd har lidt oftere svaret, at de ugentligt har indtaget seks genstande eller mere ved en given lejlighed (4 mod 1 pct. blandt kvinder), men der er altså for begge køns vedkommende tale om meget små andele. Mænd har også oftere svaret, at dette er sket henholdsvis 'flere gange om måneden' og 'sjældent' (henholdsvis 17 og 35 mod 8 og 27 pct. blandt kvinder). Forskellen i fordelingen på spørgsmålet mellem kvinder og mænd er statistisk signifikant.

**Figur 6.16** I de seneste 3 måneder, hvor ofte har du fået 6 genstande eller mere ved en given lejlighed? Respondenter, der ikke har svaret "aldrig" til, at de i de seneste 3 måneder har indtaget drikkevarer med alkohol i, fx øl, vin, hedvin, spiritus eller cocktails. Særskilt for køn. 2017. Procent.



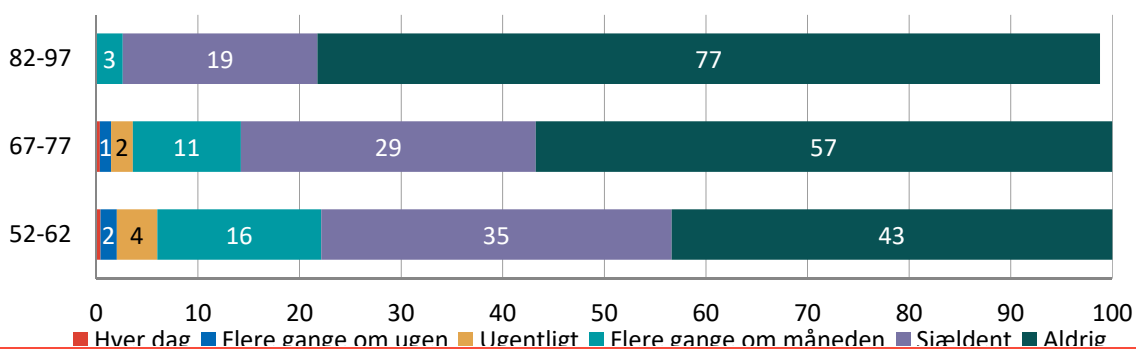
Anm.: Kvinder: N = 4.718; Mænd: N = 4.469.

Forskellen i fordelingen på spørgsmålet "I de seneste 3 måneder, hvor ofte har du fået 6 genstande eller mere ved en given lejlighed?" mellem kvinder og mænd er testet med en  $\chi^2$ -test. Der er anvendt en grænse for statistisk signifikans på et 5-procents-niveau. Forskellen er statistisk signifikant.

Kilde: Ældredatabasens 5. bølge (2017).

Vi fandt i Figur 6.14, at et dagligt alkoholindtag er mest udbredt blandt de ældste ældre, nemlig de 82-97-årige. Det fremgår imidlertid af Figur 6.17, at det blandt de 82-97-årige, når de indtager alkohol, oftere sker, at de aldrig drikker seks genstande eller mere ved en given lejlighed (77 pct.) sammenlignet med de øvrige aldersgrupper (43 pct. blandt de 52-62-årige og 57 pct. blandt de 67-77-årige). Andelen, der har indtaget seks genstande eller mere ved en given lejlighed flere gange om måneden eller oftere, er størst blandt de 52-62-årige (samlet set 22 pct. mod samlet set 14 pct. blandt de 67-77-årige og 4 pct. blandt de 82-97-årige). De ældste ældre drikker altså oftere dagligt, men i små eller moderate mængder, hvorimod de yngste ældre, de 52-62-årige, sjældnere har et hyppigt alkoholindtag, men når de drikker, har de oftere et større alkoholindtag. Forskellen i fordelingen på tværs af aldersgrupper er i alle tilfælde statistisk signifikant.

**Figur 6.17** I de seneste 3 måneder, hvor ofte har du fået 6 genstande eller mere ved en given lejlighed? Respondenter, der ikke har svaret "aldrig" til, at de i de seneste 3 måneder har indtaget drikkevarer med alkohol i, fx øl, vin, hedvin, spiritus eller cocktails. Særskilt for aldersgrupper. 2017. Procent.



Anm.: 52-62-årige: N = 4.722; 67-77-årige: N = 4.301; 82-97-årige: N = 1.035.

Kategorieme 'hver dag', 'flere gange om ugen' og 'ugentligt' for de 82-97-årige er ikke vist af diskretionshensyn.

Forskellen i fordelingen på spørgsmålet "I de seneste 3 måneder, hvor ofte har du fået 6 genstande eller mere, ved en given lejlighed?" mellem aldersgrupper er testet parvis med en  $\chi^2$ -test. Der er anvendt en grænse for statistisk signifikans på et 5-procents-niveau. Alle parvise forskelle er statistisk signifikante.

Kilde: Ældredatabasens 5. bølge (2017).

## 6.4 Fysisk aktivitet

Sammenlignet med andre aldersgrupper er dagligdagen for ældre i højere grad fyldt ud af fritid, det gælder særligt gruppen af ældre efter den erhvervsaktive alder. Aktiviteter i fritiden betragtes som gøremål, der er fri af forpligtelser, og som ikke er nødvendige for at klare sig økonomisk. Der er med andre ord tale om aktiviteter, som den enkelte engagerer sig i grundet en interesse for og fornøjelse ved at deltage i (Peppers, 1976). Der er omfattende evidens for, at aktiviteter af fysisk karakter gennem hele livet har en positiv effekt i forhold til at forebygge aldersbetinget svækkelse (Avlund, 2012; Pedersen & Andersen, 2011; Vass, 2010) og forbedre funktionsevnen (Ernæringsrådet, 2002). Fysisk aktivitet af enhver art reducerer således sygelighed og dødelighed (fx Beyer, 2003), og ældre, der er fysiske aktive, kan næsten fordoble deres chancer for at forblive selvhjulpne hele livet (Christensen m.fl., 2006). I dette afsnit undersøger vi derfor ældres fysiske aktivitet/motionsvaner. Det gør vi via en række spørgsmål i Ældredatabasens 5. bølge om fritidsaktiviteter. Vi ser nærmere på, i hvilket omfang ældre deltager i/dyrker en række mere eller mindre fysisk betonedede fritidsaktiviteter.

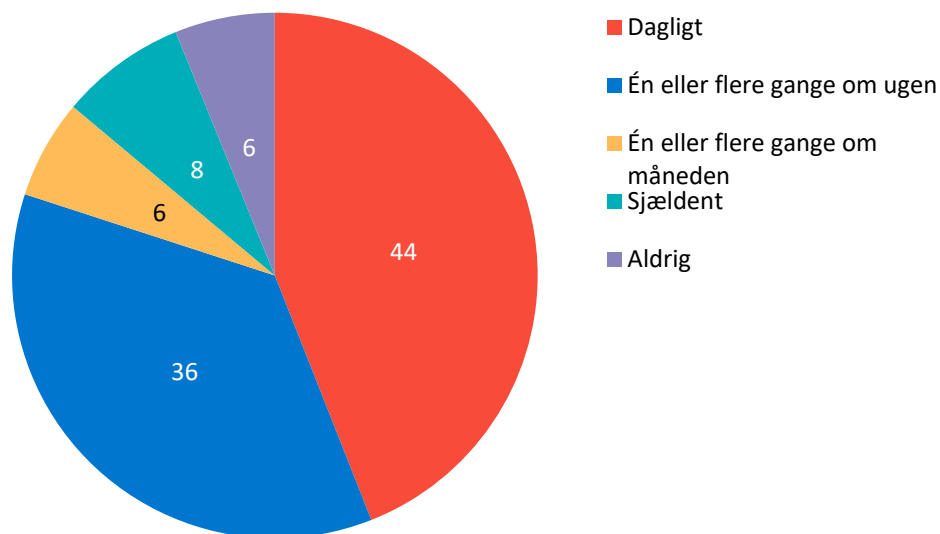
### 6.4.1 Dagligdagsmotion

Vi undersøger først en række mindre fysisk betonedede fritidsaktiviteter, dvs. aktiviteter, der mere eller mindre kan indgå i almindelige dagligdags rutiner uden større planlægning eller udstyr. Respondenterne i Ældredatabasens 5. bølge er blevet spurgt om følgende: "Jeg nævner nu nogle måder, man kan anvende sin fritid på, og vil bede dig svare på, hvor ofte du normalt gør følgende: Hvor ofte spadserer, går, traver, cykler du (min. en halv time)?"

Respondenterne har kunnet svare 'dagligt', 'én eller flere gange om ugen', 'én eller flere gange om måneden', 'sjældent' eller 'aldrig' til spørgsmålet. Som det fremgår af spørgsmålsformuleringen, er der blevet spurgt til flere forskellige aktiviteter på én gang. Det betyder, at en person, der fx både spadserer og cykler ugentligt, og en person, der fx kun spadserer ugentligt, vil blive kategoriseret som værende lige fysisk aktive. Eftersom denne problemstilling gør sig gældende for både mænd og kvinder såvel som på tværs af aldersgrupper, vil resultaterne alligevel kunne anvendes til at belyse de generelle tendenser for ældres aktivitetsniveau.

Det fremgår af Figur 6.18, at hele 8 ud af 10 (80 pct.) af respondenterne mindst én gang ugentligt (dvs. enten dagligt eller én eller flere gange om ugen) spadserer, går, traver og/eller cykler mindst en halv time. Hele 44 pct. har således svaret, at de dagligt gør dette, mens 36 pct. har svaret, at de gør dette én eller flere gange om ugen. De resterende 20 pct. fordeler sig stort set ligeligt på kategorierne 'én eller flere gange om måneden', 'sjældent' eller 'aldrig'.

**Figur 6.18** Hvor ofte spadserer, går, traver, cykler du (min. en halv time)? 2017. Procent.

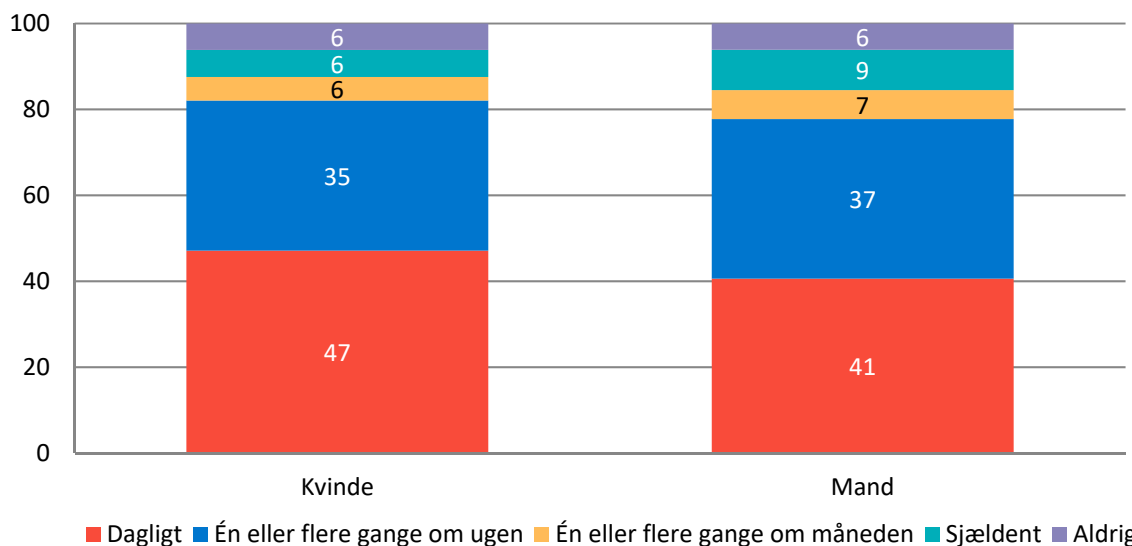


Anm.: N = 10.062.

Kilde: Ældredatabasens 5. bølge (2017).

Det viser sig, at kvinder er lidt mere aktive dagligt end mænd, hvad angår det at spadsere, gå, trave og/eller cykle mindst en halv time, jf. Figur 6.19. Det gælder 47 pct. blandt kvinder og 41 pct. blandt mænd. Kvinder og mænd fordeler sig nogenlunde ligeligt, hvad angår de øvrige kategorier, men forskellen i fordelingen på spørgsmålet mellem kvinder og mænd er samlet set statistisk signifikant.

**Figur 6.19** Hvor ofte spadserer, går, traver, cykler du (min. en halv time)? Særskilt for køn. 2017. Procent.



Anm.: Kvinder: N = 5.275; Mænd: N = 4.787.

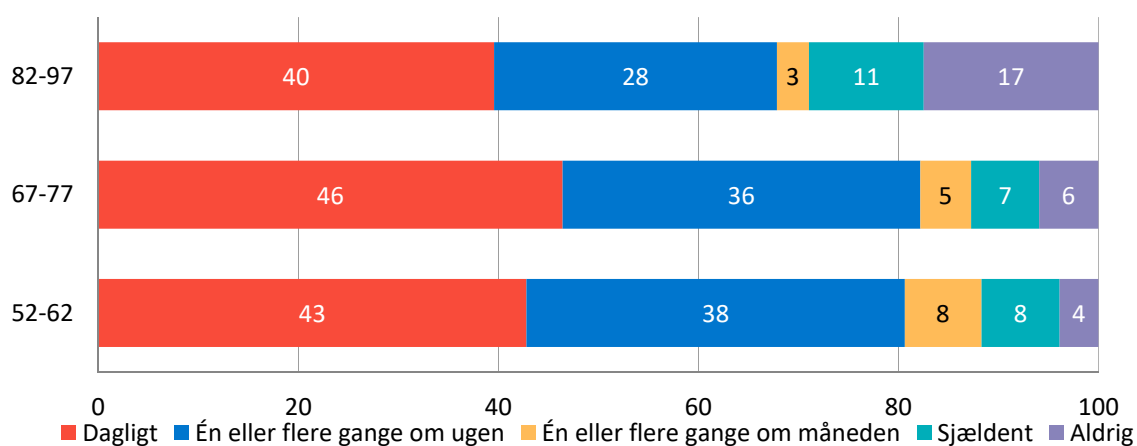
Forskellen i fordelingen på spørgsmålet "Hvor ofte spadserer, går, traver, cykler du (min. en halv time)?" mellem kvinder og mænd er testet med en  $\chi^2$ -test. Der er anvendt en grænse for statistisk signifikans på et 5-procents-niveau. Forskellen er statistisk signifikant.

Kilde: Ældredatabasens 5. bølge (2017).

Der er også visse (og statistisk signifikante) forskelle på tværs af aldersgrupper, hvilket fremgår af Figur 6.20. Det viser sig, at det er den midterste aldersgruppe, de 67-77-årige, der sammen med den yngste aldersgruppe, de 52-62-årige, oftest spadserer, går, traver og/eller cykler mindst en halv

time. Andelen, der gør dette mindst én gang om ugen (dvs. enten dagligt eller én eller flere gange om ugen), er således samlet set henholdsvis 82 og 81 pct. mod 68 pct. blandt de 82-97-årige. Ser vi alene på andelen, der gør dette dagligt, er den dog en smule større blandt de 67-77-årige (46 mod 43 pct. blandt de 52-62-årige og 40 pct. blandt de 82-97-årige). Andelen, der aldrig spadserer, går, traver og/eller cykler mindst en halv time, er derimod noget større (17 pct.) blandt de 82-97-årige (mod 4-6 pct. blandt de øvrige aldersgrupper). Sidstnævnte er ikke overraskende, idet det i stort omfang formodes at være en naturlig følge af aldersbetingede ændringer i den generelle livssituation, herunder fx helbredsmæssige forandringer i form af fysisk svækkelse.

**Figur 6.20** Hvor ofte spadserer, går, traver, cykler du (min. en halv time)? Særskilt for aldersgrupper. 2017. Procent.



Anm.: 52-62-årige: N = 4.722; 67-77-årige: N = 4.304; 82-97-årige: N = 1.036.

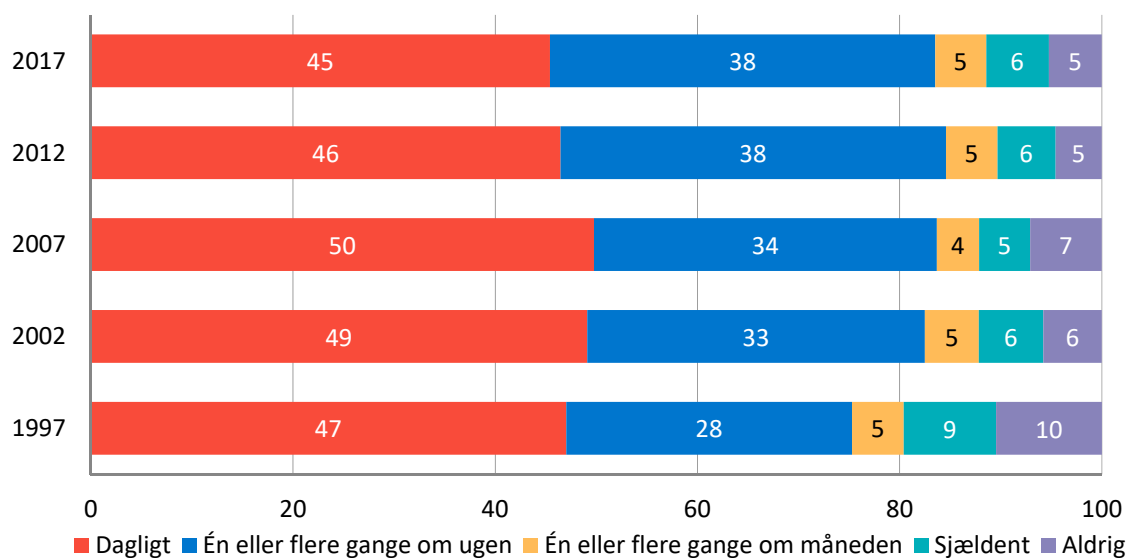
Forskellen i fordelingen på spørgsmålet "Hvor ofte spadserer, går, traver, cykler du (min. en halv time)?" mellem aldersgrupper er testet parvis med en  $\chi^2$ -test. Der er anvendt en grænse for statistisk signifikans på et 5-procents-niveau. Alle parvise forskelle er statistisk signifikante.

Kilde: Ældredatabasens 5. bølge (2017).

Spørgsmålet om, hvor ofte man normalt spadserer, går, traver og/eller cykler mindst en halv time, er blevet stillet på samme måde i alle Ældredatabasens tidligere bølger. Vi kan derfor undersøge udviklingen over tid. Vi fokuserer på kohorteforskelle, dvs. forskelle mellem mennesker, der er på samme alderstrin, men på forskellige tidspunkter. Figur 6.21 viser således for en specifik alder, nemlig de 67-årige, fordelingen på spørgsmålet for hver af Ældredatabasens bølger, dvs. i henholdsvis 1997, 2002, 2007, 2012 og 2017.

Figuren viser, at de 67-årige i 1997 skiller sig statistisk signifikant ud fra de 67-årige i alle de senere undersøgelsesår ved generelt at være mindre aktive, hvad angår disse former for mindre fysisk betonedede fritidsaktiviteter. Blandt de 67-årige er der således sket en kontinuerlig stigning i andelen, der har svaret, at de én eller flere gange om ugen (men ikke dagligt), spadserer, går, traver og/eller cykler mindst en halv time. Andelen var 28 pct. i 1997, 33-34 pct. i 2002 og 2007 og 38 pct. i både 2012 og 2017. Samtidig er der sket en halvering i andelen, der har svaret, at de aldrig spadserer, går, traver og/eller cykler mindst en halv time fra 10 pct. i 1997 til 5 pct. i 2017.

**Figur 6.21** Hvor ofte spadserer, går, traver, cykler du (min. en halv time)? Respondenter i alderen 67 år. 1997, 2002, 2007, 2012 og 2017. Procent.



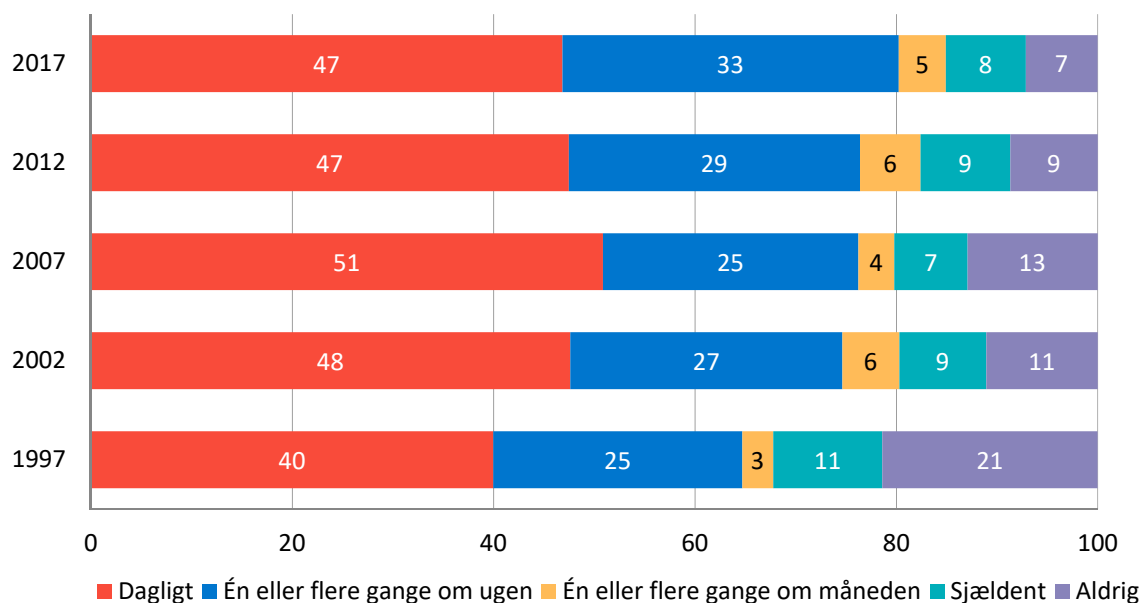
Anm.: 1997: N = 842; 2002: N = 1.126; 2007: N = 1.386; 2012: N = 1.842; 2017: N = 1.682.

Forskellen i fordelingen på spørgsmålet: "Hvor ofte spadserer, går, traver, cykler du (min. en halv time)?" blandt de 67-årige mellem Ældredatabasens bølger er testet parvis med en  $\chi^2$ -test. Der er anvendt en grænse for statistisk signifikans på et 5-procents-niveau. Forskellen mellem 1997 og hhv. 2002, 2007, 2012 og 2017 er statistisk signifikant. Det samme gælder forskellen mellem 2007 og hhv. 2012 og 2017. Ingen af de øvrige parvise forskelle er statistisk signifikante.

Kilde: Ældredatabasens 1.-5. bølge (hhv. 1997, 2002, 2007, 2012 og 2017).

Også blandt de 77-årige skiller 1997 sig statistisk signifikant ud sammenlignet med alle de senere undersøgelsesår, jf. Figur 6.22. De 77-årige var således mindre aktive i 1997, hvor 40 pct. dagligt spadserede, gik, travede og/eller cyklede mindst en halv time, sammenlignet med de 77-årige i perioden 2002-2017, hvor andelen med sådanne daglige aktiviteter har ligget mellem 47 og 51 pct. Som tilfældet var blandt de 67-årige, er der blandt de 77-årige desuden sket en næsten kontinuerlig stigning i andelen, der har svaret, at de én eller flere gange om ugen (men ikke dagligt) spadserer, går, traver og/eller cykler mindst en halv time. Andelen var fx 25 pct. i 1997, 29 pct. i 2012 og 33 pct. i 2017. Samtidig ses mere end en halvering i andelen, der har svaret, at de aldrig spadserer, går, traver og/eller cykler mindst en halv time. Fra 21 pct. i 1997 til 7 pct. i 2017.

**Figur 6.22** Hvor ofte spadserer, går, traver, cykler du (min. en halv time)? Respondenter i alderen 77 år. 1997, 2002, 2007, 2012 og 2017. Procent.



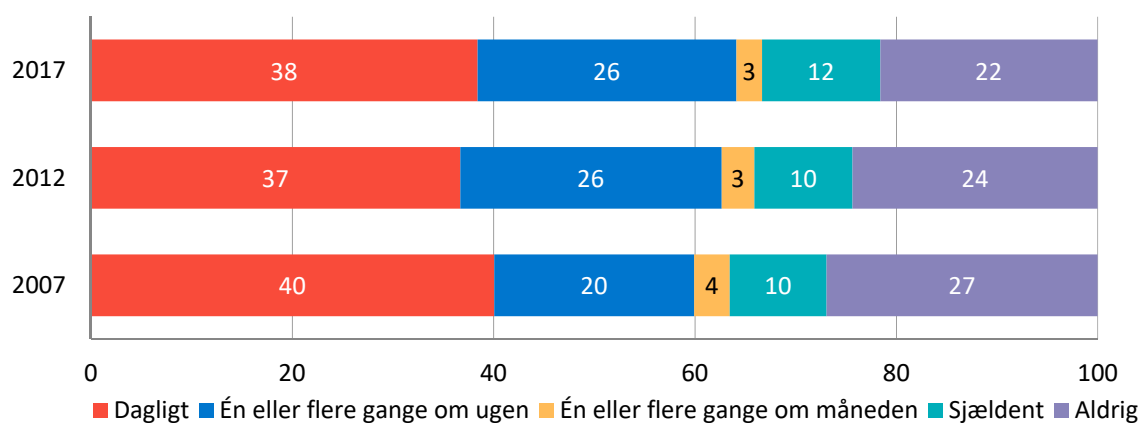
Anm.: 1997: N = 683; 2002: N = 777; 2007: N = 812; 2012: N = 830; 2017: N = 982.

Forskellen i fordelingen på spørgsmålet: "Hvor ofte spadserer, går, traver, cykler du (min. en halv time)?" blandt de 77-årige mellem Ældredatabasens bølger er testet parvis med en  $\chi^2$ -test. Der er anvendt en grænse for statistisk signifikans på et 5-procents-niveau. Forskellen mellem 1997 og hhv. 2002, 2007, 2012 og 2017 er statistisk signifikant. Det samme gælder forskellen mellem 2002 og 2017 samt mellem 2007 og hhv. 2012 og 2017. Ingen af de øvrige parvise forskelle er statistisk signifikante.

Kilde: Ældredatabasens 1.-5. bølge (hhv. 1997, 2002, 2007, 2012 og 2017).

Ser vi endelig på de 87-årige hen over undersøgelsesperioden (kun perioden 2007-2017), finder vi kun mindre (og ikke statistisk signifikante) forskelle, jf. Figur 6.23.

**Figur 6.23** Hvor ofte spadserer, går, traver, cykler du (min. en halv time)? Respondenter i alderen 87 år. 2007, 2012 og 2017. Procent.



Anm.: 2007: N = 312; 2012: N = 308; 2017: N = 315.

Forskellen i fordelingen på spørgsmålet: "Hvor ofte spadserer, går, traver, cykler du (min. en halv time)?" blandt de 87-årige mellem Ældredatabasens bølger er testet parvis med en  $\chi^2$ -test. Der er anvendt en grænse for statistisk signifikans på et 5-procents-niveau. Ingen af de parvise forskelle er statistisk signifikante.

Kilde: Ældredatabasens 3.-5. bølge (hhv. 2007, 2012 og 2017).

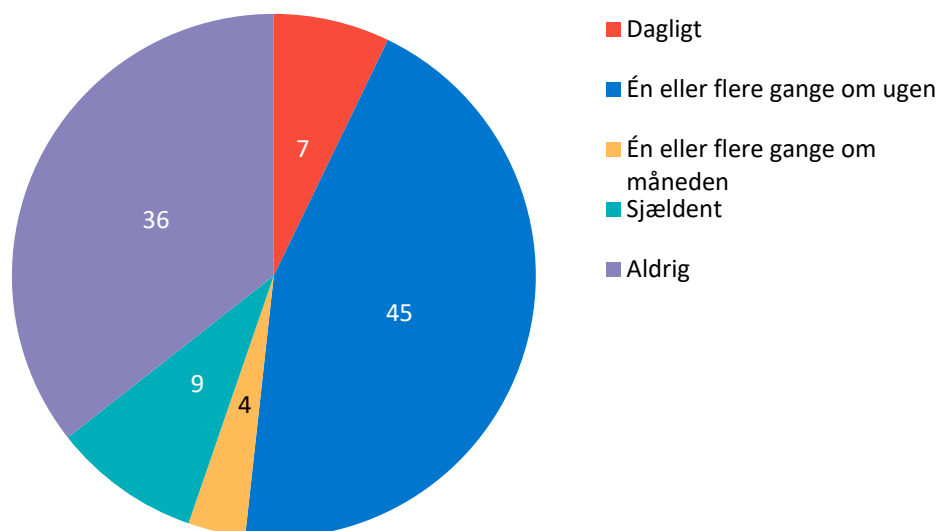
## 6.4.2 Motion og sport

Vi ser nu på en række mere fysisk betonedede fritidsaktiviteter blandt ældre. Respondenterne i Ældre-databasens 5. bølge er således også spurgt om følgende: "Jeg nævner nu nogle måder, man kan anvende sin fritid på, og vil bede dig svare på, hvor ofte du normalt gør følgende: Hvor ofte gør du gymnastik, dyrker sport, motionerer, går til dans?"

Også til dette spørgsmål har respondenterne kunnet svare 'dagligt', 'én eller flere gange om ugen', 'én eller flere gange om måneden', 'sjældent' eller 'aldrig'. Igen er der altså blevet spurgt til flere forskellige aktiviteter på én gang, hvilket betyder, at en person, der fx både gør gymnastik og går til dans ugentligt, og en person, der fx kun går til dans ugentligt, vil blive kategoriseret som værende lige fysisk aktive. Denne problemstilling gør sig imidlertid gældende for både mænd og kvinder såvel som på tværs af aldersgrupper, hvorfor resultaterne alligevel kunne anvendes til at belyse de generelle tendenser for ældres aktivitetsniveau.

Lige godt halvdelen (samlet set 52 pct.) af respondenterne har svaret, at de mindst én gang ugentligt (dvs. enten dagligt eller én eller flere gange om ugen) gør gymnastik, dyrker sport, motionerer og/eller går til dans, jf. Figur 6.24. Det er dog kun 7 pct., der har svaret, at de dagligt gør dette. Samtidig er der også en betydelig andel, nemlig hele 36 pct., der svarer, at de aldrig gør gymnastik, dyrker sport, motionerer og/eller går til dans.

**Figur 6.24** Hvor ofte gør du gymnastik, dyrker sport, motionerer, går til dans? 2017. Procent.



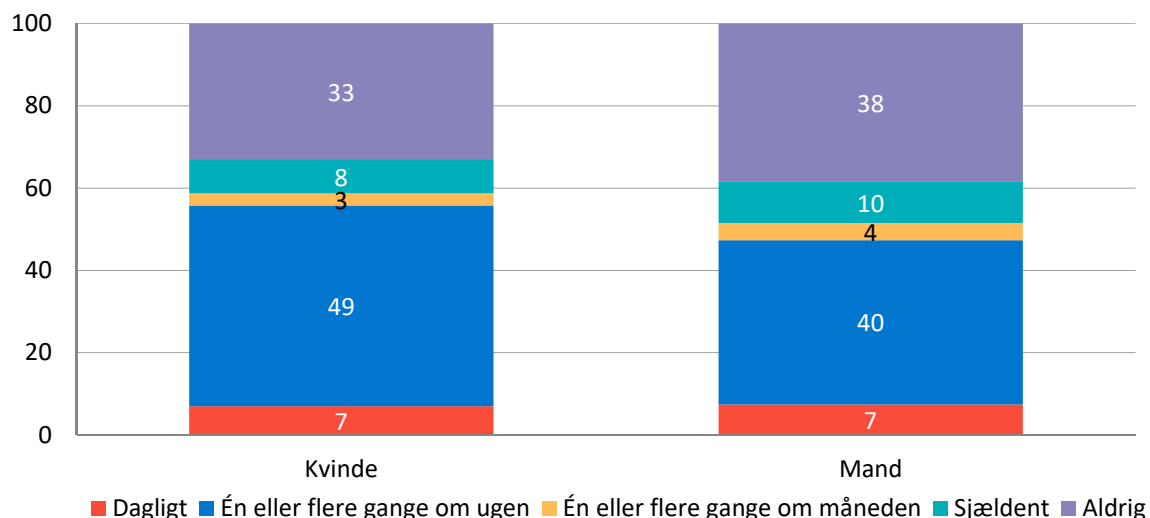
Anm.: N = 10.061.

Kilde: Ældredatabasens 5. bølge (2017).

Som tilfældet var med de mindre fysisk betonedede fritidsaktiviteter, viser Figur 6.25, at kvinder er mere aktive end mænd, hvad angår det at gøre gymnastik, dyrke sport, motionere og/eller gå til dans. Mens 7 pct. blandt både kvinder og mænd dagligt foretager sig en eller flere af disse aktiviteter, er det næsten 5 ud af 10 (49 pct.) kvinder, der én eller flere gange om ugen gør dette, mens det kun gælder 4 ud af 10 (40 pct.) mænd. Derimod finder man oftere blandt mænd dem, der aldrig gør gymnastik, dyrker sport, motionerer og/eller går til dans (38 pct. mod 33 pct. blandt kvinder). Forskellen i fordelingen på spørgsmålet mellem kvinder og mænd er samlet set statistisk signifikant.



**Figur 6.25** Hvor ofte gør du gymnastik, dyrker sport, motionerer, går til dans? Særskilt for køn. 2017. Procent.



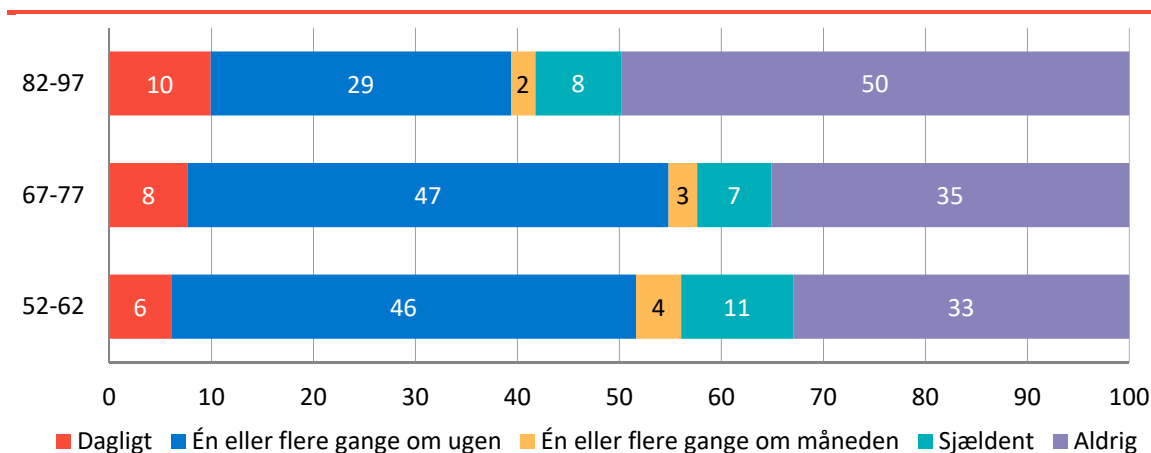
Anm.: Kvinder: N = 5.274; Mænd: N = 4.787.

Forskellen i fordelingen på spørgsmålet "Hvor ofte gør du gymnastik, dyrker sport, motionerer, går til dans?" mellem kvinder og mænd er testet med en  $\chi^2$ -test. Der er anvendt en grænse for statistisk signifikans på et 5-procents-niveau. Forskellen er statistisk signifikant.

Kilde: Ældredatabasens 5. bølge (2017).

Vi finder samme mønster på tværs af aldersgrupper, når det gælder det at gøre gymnastik, dyrke sport, motionere og/eller gå til dans, som vi ovenfor fandt for det at spadserere, gå, trave og/eller cykle mindst en halv time: Det er den midterste aldersgruppe, de 67-77-årige, der er mest aktive. Det fremgår således af Figur 6.26, at det samlet set er 55 pct. blandt de 67-77-årige, der har svaret, at de mindst én gang om ugen (dvs. enten dagligt eller én eller flere gange om ugen) gør gymnastik, dyrker sport, motionerer og/eller går til dans, mod 52 pct. blandt de 52-62-årige og 39 pct. blandt de 82-97-årige. Ser vi alene på andelen, der foretager sig en eller flere af disse aktiviteter dagligt, er det imidlertid lidt overraskende de 82-97-årige, der skiller sig positivt ud derved, at lidt flere, nemlig 10 pct., dagligt foretager sig én eller flere af disse aktiviteter (mod 6-8 pct. blandt de to yngre aldersgrupper). Én mulig forklaring er den positive selektion, dvs. at fysisk aktivitet og sandsynligheden for at nå en høj alder hænger positivt sammen. Det kan også være, at en del af de ældste respondenter bor på plejehjem eller en anden institution med fast tilknyttet personale, hvor mulighederne for daglig motion er til stede og bliver givet som et fast tilbud, de ikke selv aktivt skal opsøge, hvilket gør daglig motion lettere tilgængeligt for denne gruppe. De 82-97-årige udgør dog modsat også den aldersgruppe, hvor den største andel aldrig gør gymnastik, dyrker sport, motionerer og/eller går til dans. Det gælder halvdelen (50 pct.) af de 82-97-årige mod omkring en tredjedel (33-35 pct.) blandt de øvrige aldersgrupper. Forskellen i fordelingen på tværs af aldersgrupper er i alle tilfælde statistisk signifikant.

**Figur 6.26** Hvor ofte gør du gymnastik, dyrker sport, motionerer, går til dans? Særskilt for aldersgrupper. 2017. Procent.



Anm.: 52-62-årige: N = 4.721; 67-77-årige: N = 4.304; 82-97-årige: N = 1.036.

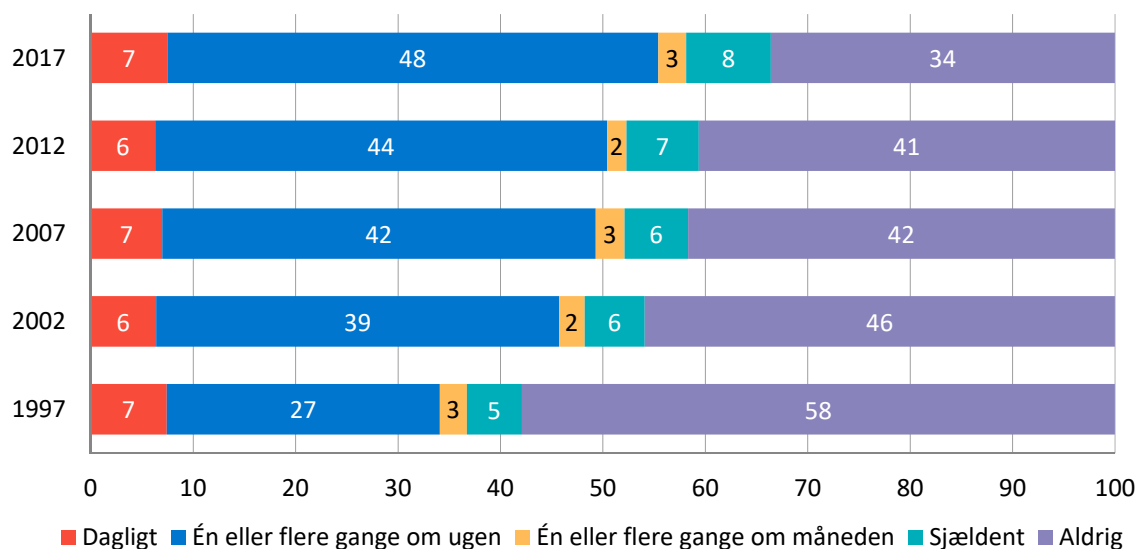
Forskellen i fordelingen på spørgsmålet "Hvor ofte gør du gymnastik, dyrker sport, motionerer, går til dans?" mellem aldersgrupper er testet parvis med en  $\chi^2$ -test. Der er anvendt en grænse for statistisk signifikans på et 5-procents-niveau. Alle parvise forskelle er statistisk signifikante.

Kilde: Ældredatabasens 5. bølge (2017).

Spørgsmålet om, hvor ofte man normalt gør gymnastik, dyrker sport, motionerer og/eller går til dans, er blevet stillet på samme måde i alle Ældredatabasens tidligere bølger. Vi kan derfor også for disse mere fysisk betonedede fritidsaktiviteter undersøge udviklingen over tid. Vi fokuserer på kohorteforskelle, dvs. forskelle mellem mennesker, der er på samme alderstrin, men på forskellige tidspunkter. Figur 6.27 viser således for en specifik alder, nemlig de 67-årige, fordelingen på spørgsmålet for hver af Ældredatabasens bølger, dvs. i henholdsvis 1997, 2002, 2007, 2012 og 2017.

Der er tre ting, som er værd at hæfte sig ved i figuren. For det første viser det sig, at der blandt de 67-årige ikke er sket nogen udvikling hen over undersøgelsesperioden i forekomsten af dagligt at gøre gymnastik, dyrke sport, motionere og/eller gå til dans. Andelen, der har svaret, at de dagligt gør dette, har i alle undersøgelsesår ligget på 6-7 pct. For det andet ses en kontinuerlig stigning blandt de 67-årige i andelen, der har svaret, at de gør dette én eller flere gange om ugen (men ikke dagligt). Andelen var 27 pct. i 1997, steget til hele 39 pct. i 2002, 42 pct. i 2007, 44 pct. i 2012 og endelig til 48 pct. i 2017. For det tredje er der blandt de 67-årige sket et kontinuerligt fald i andelen, der har svaret, at de aldrig gør gymnastik, dyrker sport, motionerer og/eller går til dans, hen over undersøgelsesperioden svarende til knap en halvering mellem 1997 og 2017, fra 58 pct. i 1997 til 34 pct. i 2017. De 67-årige i 1997 skiller sig statistisk signifikant ud fra de 67-årige i alle de senere undersøgelsesår ved generelt at være mindre aktive, hvad angår disse former for mindre fysisk betonedede fritidsaktiviteter. På nær forskellen mellem 2007 og henholdsvis 2002 og 2012 er alle parvise forskelle i fordelingen på spørgsmålet mellem undersøgelsesår statistisk signifikante.

**Figur 6.27** Hvor ofte gør du gymnastik, dyrker sport, motionerer, går til dans? Respondenter i alderen 67 år. 1997, 2002, 2007, 2012 og 2017. Procent.



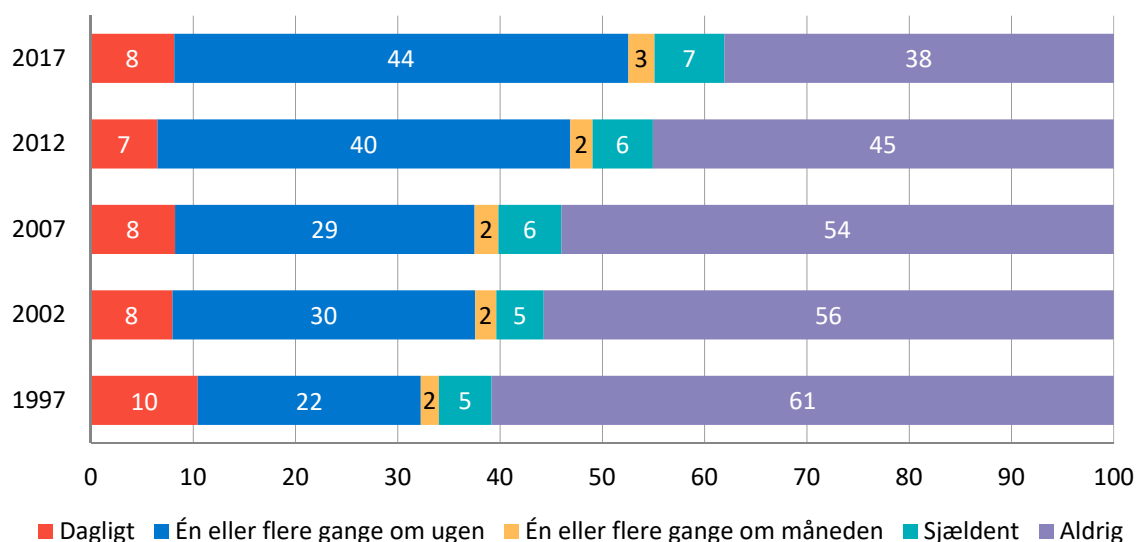
Anm.: 1997: N = 836; 2002: N = 1.126; 2007: N = 1.387; 2012: N = 1.841; 2017: N = 1.682.

Forskellen i fordelingen på spørgsmålet: "Hvor ofte gør du gymnastik, dyrker sport, motionerer, går til dans?" blandt de 67-årige mellem Ældredatabasens bølger er testet parvis med en  $\chi^2$ -test. Der er anvendt en grænse for statistisk signifikans på et 5-procents-niveau. Alle parvise forskelle er statistisk signifikante på nær forskellen mellem 2007 og hhv. 2002 og 2012, som ikke er statistisk signifikant.

Kilde: Ældredatabasens 1.-5. bølge (hhv. 1997, 2002, 2007, 2012 og 2017).

Mønstrene i Figur 6.27 for de 67-årige går igen for de 77-årige, jf. Figur 6.28, om end de 77-årige generelt er lidt mindre aktive, hvad angår det at gøre gymnastik, dyrke sport, motionere og/eller gå til dans. Også blandt de 77-årige er alle parvise forskelle i fordelingen på spørgsmålet mellem undersøgelsesår statistisk signifikante på nær forskellen mellem 2002 og 2007.

**Figur 6.28** Hvor ofte gør du gymnastik, dyrker sport, motionerer, går til dans? Respondenter i alderen 77 år. 1997, 2002, 2007, 2012 og 2017. Procent.



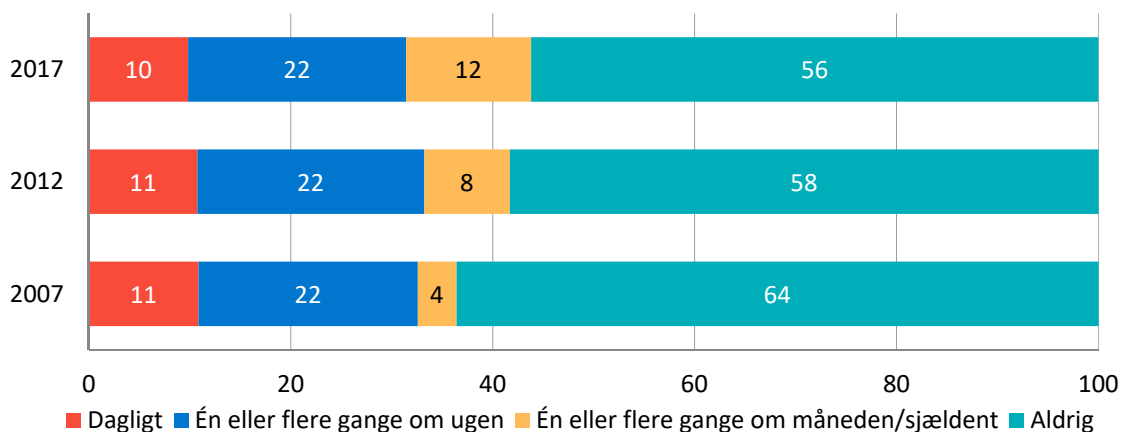
Anm.: 1997: N = 679; 2002: N = 777; 2007: N = 813; 2012: N = 830; 2017: N = 982.

Forskellen i fordelingen på spørgsmålet: "Hvor ofte gør du gymnastik, dyrker sport, motionerer, går til dans?" blandt de 77-årige mellem Ældredatabasens bølger er testet parvis med en  $\chi^2$ -test. Der er anvendt en grænse for statistisk signifikans på et 5-procents-niveau. Alle parvise forskelle er statistisk signifikante på nær forskellen mellem 2002 og 2007, som ikke er statistisk signifikant.

Kilde: Ældredatabasens 1.-5. bølge (hhv. 1997, 2002, 2007, 2012 og 2017).

De 87-årige er blevet lidt mindre inaktive, hvad angår mere fysisk betonedede former for fritidsaktiviteter hen over den seneste 10-årige periode. Vi finder således, jf. Figur 6.29, at andelen, der aldrig gør gymnastik, dyrker sport, motionerer og/eller går til dans, er faldet hen over undersøgelsesperioden fra 64 pct. i 2007 over 58 pct. i 2012 til 56 pct. i 2017. Andelen af de 87-årige, der mindst én gang om ugen (dvs. enten dagligt eller én eller flere gange om ugen) gør gymnastik, dyrker sport, motionerer og/eller går til dans, har imidlertid ligget stabilt på 32-33 pct. i alle 3 undersøgelsesår.

**Figur 6.29** Hvor ofte gør du gymnastik, dyrker sport, motionerer, går til dans? Respondenter i alderen 87 år. 2007, 2012 og 2017. Procent.



Anm.: 2007: N = 313; 2012: N = 307; 2017: N = 315.

Kategorierne 'én eller flere gange om måneden' og 'sjældent' er lagt sammen af diskretionshensyn.

Forskellen i fordelingen på spørgsmålet: "Hvor ofte gør du gymnastik, dyrker sport, motionerer, går til dans?" blandt de 87-årige mellem Ældredatabasens bølger er testet parvis med en  $\chi^2$ -test. Der er anvendt en grænse for statistisk signifikans på et 5-procents-niveau. Forskellen mellem 2007 og 2017 er statistisk signifikant. Ingen af de øvrige parvise forskelle er statistisk signifikante.

Kilde: Ældredatabasens 3.-5. bølge (hvv. 2007, 2012 og 2017).

## 7 Opsamling og konklusion

I denne rapport har vi analyseret og beskrevet helbred, funktionsevne og livsstil blandt den del af den danske befolkning, som er 52 år og derover. I analyserne har vi taget udgangspunkt i data fra Ældredatabasens 5. bølge indsamlet i 2017, men, hvor det er muligt, desuden undersøgt udviklingen mellem 1997 og 2017 på baggrund af alle Ældredatabasens fem bølger.

Størstedelen af befolkningen på 52 år og derover vurderer deres helbred som godt, og dette gælder også de ældste aldersgrupper. De fleste har heller ikke funktionsnedsættelser, som gør, at folk oplever besvær med daglige aktiviteter, dog stiger andelen med funktionsnedsættelser med alderen. Ligeledes har de allerfleste 52-årige og derover en god kognitiv funktion, dog er der tendens til at opleve flere problemer med kognition med højere alder.

Ser man på udviklingen 1997-2017, er den positiv, dvs. at der over tid er flere, der oplever at have et godt helbred. Ligeledes er der færre med funktionsnedsættelser. Der er dog ikke sket store forandringer i de ældre voksnes, især i de yngre ældres, helbredsforhold i de seneste 10-15 år. De største positive forandringer er sket før 2002 for de yngste aldersgrupper (de 52-62-årige) og før 2007 for de mellemste aldersgrupper (de 67-77-årige). For de ældste aldersgrupper (de 82-97-årige) er der sket en mere kontinuert positiv udvikling, som er drevet af andelen af ældre kvinder, der oplever færre funktionsnedsættelser end tidligere. Dog er det især ældre mænd, hvis gennemsnitlige levetid er steget. Dette er formodentlig som konsekvens af en sundere livsstil, der har været med til at forebygge især de sygdomme, som mænd oftere lider af og dør af (hjerte-kar-sygdomme, lungecancer).

De fleste ældre voksne trives godt, især i "den tredje alder", dvs. efter pensionsalderen og inden de oplever de mere negative aspekter af alderdommen såsom flere fysiske skavanker og det at miste sin partner.

Selvom en stor del af de ældre voksne, det gælder særligt mænd, har røget på et tidspunkt i deres liv, er det mindre end hver femte (17 pct.), der ryger på nuværende tidspunkt. En stor del af de danske ældre har mindst et ugentligt alkoholforbrug, især efter pensionsalderen, men det er sjældent med "binge-drinking", dvs. et stort alkoholforbrug på én gang. Mænd har større alkoholforbrug end kvinder i alle aldersgrupper. De ældre voksne har ofte en fysisk aktiv livsstil, og i de flestes liv indgår hyppigt dagligdags motion såsom gåture og cykling. Der er også en voksende andel, der dyrker sport og motionerer aktivt. Der er sket en markant stigning i perioden 1997-2017 i andelen af ældre, der motionerer aktivt.

Hvad betyder resultaterne for fremskrivninger om fremtidens ældre? Alderdommen er under forandring, og en af grundene er, at vi har en stor ældrepopulation, som har et godt helbred, en god fysisk funktionsevne og som trives godt, og udviklingen 1997-2017 har været positiv. Anden nyere dansk forskning har ligeledes konkluderet, at de ældre i fremtiden vil leve længere, og at de ekstra leveår er gode leveår (EHLEIS, 2014), mens antallet af dårlige leveår vil være stort set uændret (Jeune m.fl., 2015). Det forudses imidlertid også, at de ældre i fremtiden vil have flere sygdomme på samme tid (ibid.).

Vores resultater tyder dog på, at alderdommen ikke er blevet betydeligt anderledes i de seneste 10-15 år, hvad angår helbred og fysisk funktion. Dette kan skyldes, at der i 1980'erne og 1990'erne har været en stærk udvikling i forhold til ældre voksnes heldred (Platz, 2007). Dermed er de "nemmeste" gevinster blevet høstet, og udviklingen blevet langsommere. En stor forandring er dog, at mændene lever længere end tidligere. Dette betyder, at der er færre ældre (kvinder), der lever alene i en høj

alder. Dette kan have en positiv betydning for oplevet trivsel, livskvalitet og mindre behov for hjælp udefra.

Vores resultater tyder på, at ældre voksne har fået en mere aktiv og sund livsstil. Det er et mindretal, der ryger dagligt, og motion og fysisk aktivitet er blevet mere udbredt. Dette har uden tvivl (også) en positiv betydning for funktionsevne og trivsel.

Vores analyser er deskriptive, og vi har set på hovedtræk i forhold til køn, alder og kohorter. Det implicerer, at vi ikke har kunnet tolke noget kausalt (om årsag og virkning) ud af de statistisk signifikante sammenhænge, vi har fundet i rapporten. Vi har alene kunnet sige noget om sammenhænge, fx om der er en sammenhæng mellem selv vurderet helbred og alder og i så fald, i hvilken retning sammenhængen går. De deskriptive analyser tillader os ikke at sige noget om, hvorfor sammenhængen ser ud, som den gør. Det er desuden værd at have in mente, at vi i tværsnitsanalyserne som hovedregel har samlet aldrene (fødselskohorterne) i nogle få og forholdsvis brede aldersgrupper, nemlig i følgende tre grupper: 52-62-årige, 67-77-årige og 82-97-årige. Det har vi gjort af hensyn til datamaterialets størrelse. Det implicerer imidlertid, at grupperne internt kan være heterogene. Derudover er der uden tvivl en vis heterogenitet blandt den ældre befolkning, som er knyttet til andre faktorer såsom indkomst, uddannelse, sociale netværk og geografi. Det er vigtigt, at den fremtidige forskning om ældres helbred også ser på årsags- og virkningssammenhænge og belyser de ovennævnte faktoreres betydning for helbred og trivsel og ser på de eventuelle uligheder, der måtte findes.

# Litteratur

- Avlund, K. (2012): *Forebyggelse i alderdommen*. København: Dafolo Forlag.
- Beyer, N. (2003): *Physical Training Reduces Risk Factors for Disability and Falls in Elderly Women*. København: Københavns Universitet.
- Christensen, U., N. Støvring, K. Schultz-Larsen, M. Schroll & K. Avlund (2006): "Functional Ability at Age 75: Is There an Impact of Physical Inactivity from Middle Age to Early Old Age?". *Scand J Med Sci Sports*, 16(6), s. 245-251.
- Ekholm, O., M. Kjølner, U. Hesse, L. Eriksen, A.I. Christensen & M. Grønbaek (2006): *Sundhed og sygelighed i Danmark & udviklingen siden 1987*. København: Statens Institut for Folkesundhed.
- Ernæringsrådet (2002): "Ernæring og aldring: en rapport fra Ernæringsrådet". *Ernæringsrådet*, nr. 28. Downloadet den 08.05.2018 fra: [http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/mer/2002/Ernaering\\_og\\_aldring2002.pdf](http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/mer/2002/Ernaering_og_aldring2002.pdf)
- European Health and Life Expectancy Information System – EHLEIS (2014): *Health Expectancy in Denmark*. Downloadet den 28.08.2018 fra: [http://www.eurohex.eu/pdf/CountryReports\\_Issue7/Denmark\\_Issue7.pdf](http://www.eurohex.eu/pdf/CountryReports_Issue7/Denmark_Issue7.pdf)
- Jeune, B., M.L. Eriksen, K. Andersen-Ranberg & H. Brønnum-Hansen (2015): "Improvement in Health Expectancy at Ages 50 and 65 in Denmark during the Period 2004-2011. *Scandinavian Journal of Public Health*, 43(3), s. 254-259.
- Kjær, A.A., M.H. Poulsen & A. Siren (2016): *Respons og bortfald i ældredatabasen*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (SFI-notat).
- Kristensen, T.S., J.B. Bjørner, L. Smith-Hansen, W. Borg & T. Skov (1998): *Selvurderet helbred og arbejdsmiljø*. København: Arbejdsmiljøinstituttet.
- Larsen, M., H.B. Bach & A. Liversage (2012): *Pensionisters og efterlønsmodtageres arbejdskraftpotentiale*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 12:15 (SFI-rapport).
- Lauritzen, H.H. (2014): *Ældres ressourcer og behov i perioden 1997-2012. Nyeste viden på baggrund af Ældredatabasen*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 14:10 (SFI-rapport).
- Lauritzen, H.L., R.N. Brünner, P. Thomsen & M. Wüst (2012): *Ældres ressourcer og behov. Status og udvikling på baggrund af Ældredatabasen*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 12:25 (SFI-rapport).
- Pedersen, B.K. & L.B. Andersen (2011): *Fysisk aktivitet – en håndbog om forebyggelse og behandling*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Peppers, L.G. (1976): "Patterns of Leisure and Adjustment to Retirement". *The Gerontologist*, 16(5).
- Platz, M. (2011): "Aspekter i ældres levemåder". I Swane, C.E., A.L. Blaakilde & K. Amstrup (red.) *Gerontologi. Livet som gammel*. 2. Udgave. København: Munksgaard.

Schanas, E., P. Townsend, D. Wedderburn, H. Friis & P. Milhoj (1968): *Old People in Three Industrial Societies*. New York: Atherton Press.

Socialstyrelsen (2018): *WHO-5*. Downloadet den 30.04.2018 fra: <https://vidensportal.dk/dokumentation/udsatte-born-og-unge/WHO-5>

Üstün, T.B., N. Kostanjeseck, S. Chatterji, J. Rehm & World Health Organization (2010): *Measuring Health and Disability: Manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0)*. Geneva: World Health Organization. <http://www.who.int/iris/handle/10665/43974>

Vass, M. (2010): "Forebyggelse af funktionsevnetab hos ældre mennesker". *Gerontology*, 26(4), s. 16-18.

WHO (1998): "Obesity, Preventing and Managing the Global Epidemic". *J Nutr Health Aging*, s. 1-276.



**VIDEN I  
VELFÆRD**

DET NATIONALE FORSKNINGS-  
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD