



SUNDHEDSSTYRELSEN

SDU 

Sund aldring



Udvikling i Danmark i løbet af de seneste årtier

2021

Sund aldring

Udvikling i Danmark i løbet af de seneste årtier

Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af
Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk
Universitet ved Heidi Amalie Rosendahl Jensen,
Ida Kyvsgaard, Kaare Christensen og Anne
Illemann Christensen

© Sundhedsstyrelsen, 2021.
Publikationen kan frit refereres
med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Elektronisk ISBN: 978-87-7014-294-6

Sprog: Dansk
Format: pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,
April 2021

Indhold

Sammenfatning	4
1 Baggrund	8
1.1 Afgrænsning af ældre	9
1.2 Definition af sund aldring.....	9
1.3 Operationalisering af sund aldring	12
Opsamling.....	13
2 Centrale indikatorer for sund aldring	15
2.1 Udvælgelse af indikatorer for sund aldring.....	16
2.2 Vægtning af indikatorer for sund aldring	19
2.3 Datakilder til sund aldring.....	20
Opsamling.....	24
3 Udvikling i ældres sundhed	26
3.1 Søgestrategi og inklusionskriterier	26
3.2 Udvikling i gode leveår	30
3.3 Udvikling i prævalens og incidens af helbredsindikatorer.....	33
3.4 Diskussion.....	47
4 Konklusion	52
Referencer	54
Bilag	60

Sammenfatning

Danskernes middellevetid er steget støt de seneste årtier, og også de kommende år forventes ældrebefolkningen at vokse betragteligt. Med sådanne demografiske forandringer rejser der sig spørgsmål om, hvorvidt de ekstra leveår har medført flere gode leveår blandt de ældre, eller om de ekstra leveår derimod er præget af dårligt helbred og begrænset funktionsniveau.

I faglitteraturen benyttes begrebet *sund aldring* som en samlet betegnelse for, at man i takt med stigende alder bevarer en relativt god helbredstilstand og godt funktionsniveau. Men hvordan sund aldring bør defineres og operationaliseres, samt hvordan det måles i befolkningen, er spørgsmål, som gennem mange år har været genstand for omfattende international interesse og forskning. Endvidere har der ikke været foretaget en gennemgang af litteraturen på området i Danmark. Tidligere forskning på området har tydeliggjort, at sund aldring er et komplekst område at belyse og monitorere på befolkningsniveau, da der blandt andet er stor variation i ældrebefolkningen, hvad angår blandt andet alder, funktionsniveau, helbredstilstand og arbejdsmarkedstilknytning.

Denne rapport har til formål at bidrage til en nærmere forståelse af, hvad sund aldring er. I første del af rapporten belyses, hvordan sund aldring kan defineres og operationaliseres, hvilke indikatorer der er centrale i dette arbejde, samt hvilke tilgængelige, danske datakilder der findes til at belyse sund aldring. I anden del af rapporten beskrives på baggrund af en gennemgang af litteraturen udviklingen i ældres sundhed i Danmark i løbet af de seneste årtier.

I faktaboksen herunder er anført i punktform, hvorfor det er svært at belyse og monitorere sund aldring på befolkningsniveau.

Hvorfor er det svært at måle sund aldring?

- Mangel på internationale standarder for, hvordan sund aldring bør defineres og måles i befolkningen.
- Stor variation i gruppen af ældre, blandt andet i forhold til alder, funktionsniveau, helbredstilstand og arbejdsmarkedstilknytning.
- Relevans og vægtning af centrale indikatorer for sund aldring afhænger af, hvilket spørgsmål der ønskes besvaret, og hvilken kontekst der ønskes belyst (for eksempel pensionsalder, plejebehov eller sundhedsudgifter).
- Sund aldring kan beskrives ud fra både subjektive og objektive indikatorer samt ud fra henholdsvis et individperspektiv eller et samfundsmæssigt perspektiv. De forskellige aspekter kan i nogle tilfælde give forskellige resultater.
- Beskrivelsen af udviklingen i sund aldring afhænger af, hvilke relevante datakilder der er til rådighed, blandt andet i forhold til indikatorer og periode.

I det følgende gives en kort sammenfatning af baggrund samt hovedkonklusionerne i både første og anden del af rapporten.

Baggrund

Som følge af den voksende ældrepopulation er der kommet et øget samfundsmæssigt fokus på sund aldring, altså at ældre ikke bare lever længere, men at de ekstra leveår også er med godt helbred. Da gruppen af ældre omfatter en meget bred befolkningsgruppe, både alders- og funktionsmæssigt, findes imidlertid mange forskellige definitioner af sund aldring. Valget af definition har dermed betydning for, hvordan man på befolkningsniveau kan arbejde videre med, måle og sikre sund aldring.

I denne rapport tages der udgangspunkt i WHO's holistiske og brede definition af sund aldring, hvor der lægges vægt på en vedvarende interaktion mellem individets egne ressourcer og det omgivende miljø. Essentielt for sund aldring er ifølge WHO menneskets mulighed for at leve i miljøer, som understøtter og fastholder dets egne ressourcer og funktionsmæssige færdigheder. WHO beskriver imidlertid ikke, hvordan man operationaliserer sund aldring, det vil sige, hvordan man konkret arbejder videre med og måler sund aldring i befolkningen.

Til brug for en videre operationalisering af WHO's definition af sund aldring arbejdes der i denne rapport videre med en modificeret model, som originalt er udarbejdet af Rowe og Kahn. Denne model indeholder standarder for, hvordan sund aldring kan måles i befolkningen, og beskriver sund aldring ud fra tre komponenter: 1) Fravær af sygdom og sygdomsrelateret funktionsnedsættelse, 2) Højt kognitivt og fysisk funktionsniveau, og 3) Aktiv deltagelse i livet. I den modificerede version af modellen er der i denne rapport på baggrund af yderligere forskning på området tilføjet en supplerende komponent om; 4) Mental sundhed. Komponenterne har alle betydning for sund aldring og kan også have et vist overlap, men det er af afgørende betydning, at det videre konkrete arbejde med sund aldring netop har et holistisk sigte, hvor sund aldring således belyses nuanceret.

Centrale indikatorer for sund aldring

Det er ud fra den foreliggende evidens ikke muligt at komme med én enkelt, vægtet universel liste over indikatorer, som er de mest centrale til at belyse og måle sund aldring i befolkningen. Dette skyldes blandt andet den store variation i gruppen af ældre, hvad angår for eksempel alder, helbred, funktionsniveau og livssituation. Graden af variation kan for eksempel sammenlignes med den variation, der ses blandt børn, hvad angår sundhed, helbred og trivsel. Således er en 'sund barndom' ikke det samme for henholdsvis et spædbarn og en teenager, og det vil derfor være forskellige indikatorer, der er centrale og relevante at benytte i målingen og beskrivelsen af de to nævnte grupper. Med udgangspunkt i fundene i et internationalt review på området er det imidlertid muligt at angive de hyppigst anvendte indikatorer for sund aldring, men i reviewet belyses ikke, hvordan disse indikatorer bør vægtes i forhold til hinanden, da vægtningen afhænger af, hvilke forhold eller aspekter af sund aldring det præcis er, man ønsker at belyse og undersøge.

For at fastslå, hvilke indikatorer der er de vigtigste, bør det derfor først afklares, hvad præcist det er, man ønsker at undersøge, og i hvilken gruppe af ældre, periode og kontekst man ønsker spørgsmålet besvaret eller problemstillingen belyst. Yderligere er det afgørende at gøre sig klart, om man ønsker sund aldring belyst ud fra subjektivt eller objektivt målte indikatorer samt ud fra et samfundsmæssigt perspektiv eller et individperspektiv, idet man kan opnå forskellige resultater ved

at anlægge forskellige perspektiver. Disse aspekter har endvidere betydning for, hvordan indikatorerne bør vægtes i forhold til hinanden.

Med udgangspunkt dels i det internationale review om indikatorer for sund aldring, dels i den modificerede model til operationalisering af WHO's definition af sund aldring er der i første del af rapporten redegjort for de fire komponenters indbyrdes forhold og overlap. For hver komponent beskrives eksempler på relevante indikatorer, som dermed i kombination kan benyttes i en holistisk beskrivelse af sund aldring.

Første del af rapporten belyser endvidere, hvordan måling af sund aldring forudsætter tilgængelighed af relevante datakilder. Selvom internationale reviews opsummerer, hvilke indikatorer der hyppigst benyttes til at belyse sund aldring i befolkningen, er det kun muligt i en dansk kontekst at belyse indikatorer, der findes oplysninger om fra relevante datakilder. Overordnet set findes to forskellige typer af kvantitative data i Danmark til belysning af sund aldring, nemlig survey-data og registerdata. Begge typer af data rummer fordele og ulemper, og det vil derfor ofte være fordelagtigt at kombinere de to datatyper for at opnå et samlet og retvisende billede af befolkningens – og dermed også de ældres – sundhedstilstand. I kapitlet er der beskrevet de relevante danske datakilder til belysning af sund aldring.

Udvikling i ældres sundhed

På baggrund af den eksisterende danske litteratur gennemgås i denne rapport udviklingen i udvalgte indikatorer for sund aldring blandt personer på 65 år eller derover i løbet af de seneste årtier. I litteraturgennemgangen belyses udviklingen i ældres helbred ud fra udviklingen i gode leveår samt udviklingen i, hvor mange der har (prævalens) eller udvikler (incidens) en given sygdom eller tilstand. For sygdomme og tilstande er der i litteraturgennemgangen udvalgt relevante indikatorer for kroniske sygdomme, kognitivt og fysisk funktionsniveau, aktiv deltagelse i livet, mental sundhed samt overordnede helbredsindikatorer.

Baseret på litteraturen ses for en række helbredsindikatorer blandt ældre en positiv udvikling i løbet af de seneste årtier. Der er således sket en positiv udvikling i antal gode leveår, defineret som år henholdsvis med godt selv vurderet helbred, uden langvarig sygdom og med godt mentalt helbred. Ser man i stedet på udviklingen i år uden aktivitetsbegrænsninger, er der sket en stagnation. Dertil er der sket en markant forbedring i ældres kognitive funktionsniveau og tandsundhed samt en stigning i andelen af ældre, der deltager i frivilligt arbejde. Derudover er der siden 2003 sket et fald i andelen af en ældreårgang, der årligt diagnosticeres med demens (incidensrate).

Modsat peger en række helbredsindikatorer blandt ældre på, at der er sket en negativ udvikling i løbet af de seneste årtier. Der er således blandt andet sket en stigning i andelen af ældre, der lever med diabetes og iskæmisk hjertesygdom, hvilket dog delvist er betinget af en forbedret overlevelse. Ligeledes er der sket en stigning i andelen, der er svært overvægtige, samt et fald i andelen af ældre, der har en god funktionel hørelse. Derudover er der sket en stigning i incidensraten af blandt andet atrieflimren samt brystkræft og lungekræft blandt kvinder.

For andre helbredsindikatorer blandt ældre peger litteraturen på, at der ikke er sket en mærkbar ændring i løbet af de seneste årtier, hvilket eksempelvis er tilfældet for depressive symptomer og

nakkesmerter samt antal gode leveår defineret som år uden aktivitetsbegrænsninger. Endeligt tyder det for en række helbredsindikatorer på, at udviklingen varierer over tid, i forhold til køn, alder eller datagrundlag. Dette gælder blandt andet for KOL, hvor udviklingen afhænger af den specifikke aldersgruppe, der ses på.

Samlet set konkluderes det på baggrund af resultaterne fra litteraturgennemgangen, at udviklingen i udvalgte indikatorer for sund aldring i løbet af de seneste årtier er meget kompleks, da den afhænger af den enkelte, specifikke helbredsindikator, der tages udgangspunkt i. For en række indikatorer er der således sket en positiv udvikling, mens der for andre er sket en negativ udvikling eller en stagnation. Det er således vigtigt at fortolke udviklingen specifikt for de enkelte helbredsindikatorer.

1 Baggrund

Siden 1990'erne er danskernes middellevetid steget støt [1], og denne udvikling har medført en stigning i både andelen og antallet af ældre i befolkningen [2]. Befolkningsfremskrivninger viser, at der også i fremtiden forventes at komme flere ældre. Således forventer Danmarks Statistik, at antallet af ældre på 65 år eller derover vil stige fra ca. 1,2 mio. i 2020, svarende til 20 % af befolkningen, til ca. 1,6 mio. i 2060, svarende til 25 % af befolkningen [2]. I takt med denne udvikling er det afgørende at følge udviklingen i ældres helbred, således at indsatser på social- og sundhedsområdet kan evalueres og fremtidige tiltag planlægges.

Sund aldring er et begreb, der hyppigt bruges i faglitteraturen som en samlet betegnelse for, at man i takt med stigende alder bevarer et relativt godt funktionsniveau og en god helbredstilstand [3]. Hvad der karakteriserer et godt funktionsniveau og en god helbredstilstand afhænger blandt andet af alder og livssituation. Da ældre er en meget bred gruppe af befolkningen, som eksempelvis spænder fra personer, der stadig er aktive på arbejdsmarkedet, til meget plejkrævende personer, findes der også mange forskellige definitioner af sund aldring (f.eks. [4, 5]). Derfor er der også forskellige indikatorer, som vil være særligt relevante at anvende til belysning af sund aldring i forskellige kontekster. For eksempel vil nogle indikatorer være relevante, hvis man ønsker at belyse arbejdsmarkedsforhold blandt erhvervsaktive ældre, herunder muligheden for, at flere kan blive længere på arbejdsmarkedet. Andre indikatorer vil derimod være relevante, hvis man ønsker at belyse ændringer i plejebestand for de ældste ældre.

Udviklingen i ældres sundhed har stor samfundsmæssig betydning. Af særlig interesse er det, om de ekstra leveår medfører flere år med godt helbred. Dette kan have en betydning i forhold til for eksempel pensionsalder og plejeudgifter, og har endvidere stor betydning for livskvaliteten hos det enkelte individ. Modsat vil ekstra leveår, som resulterer i flere år med dårligt helbred, kunne give anledning til overvejelser omkring prioritering af offentlige midler til eksempelvis behandling, pleje og omsorg blandt de ældre. Hvorvidt udviklingen i ældres helbred generelt har medført flere gode eller flere dårlige leveår er omdiskuteret i faglitteraturen, og tre forskellige scenarier er blevet foreslået til at beskrive mulige retninger i udviklingen.

Det ene scenarie er, at der er sket en ekspansion af sygdomme og år med dårligt helbred (eng. *expansion of morbidity*) [6], altså at vi lever længere, men at det generelt er år med dårligt helbred, der føjes til livet. Det modsatte og mere optimistiske scenarie er derimod, at antallet af år med dårligt helbred er blevet komprimeret (eng. *compression of morbidity* [7]), altså at vi lever flere år med godt helbred. Et tredje scenarie er, at vi som følge af lavere dødelighed og belastningsgrad af sygdomme vil leve længere med sygdommene, men generelt være mindre påvirket af dem, refereret til som et dynamisk ligevægtsscenario (eng. *dynamic equilibrium* [8]). De tre scenarier udelukker ikke nødvendigvis hinanden, da forskellige helbredsindikatorer kan pege i forskellige retninger og dermed understøtte hvert sit scenarie. For eksempel viser et review, at der for størstedelen af sygdomme i Storbritannien er sket en ekspansion, mens der for eksempelvis demens er sket en kompression [9].

Andre undersøgelser viser, at der endvidere kan være geografiske forskelle i udviklingen [10], og endeligt kan der være forskellige udviklinger blandt mænd og kvinder samt i forskellige aldersgrupper og socioøkonomiske grupper.

Formål

Denne rapport har til formål at bidrage til en nærmere forståelse af, hvad sund aldring er, herunder at redegøre for, hvordan sund aldring kan defineres, hvilke indikatorer der er centrale til at belyse sund aldring, samt hvilke danske datakilder der foreligger hertil. Endelig omfatter rapporten en gennemgang af litteraturen om udviklingen i ældres sundhed i Danmark med fokus på de seneste årtier.

1.1 Afgrænsning af ældre

Der eksisterer mange forskellige afgrænsninger af ældre som målgruppe. Socialt kan ældre eksempelvis afgrænses ved folkepensionsalderen, men denne afgrænsning er foranderlig og varierer blandt andet med fødselsår. Der er som udgangspunkt heller ikke en naturlig biologisk afgrænsning af ældregruppen, da de fleste aldersrelaterede forandringer sætter ind allerede ved 30-40-årsalderen og fortsætter livet igennem, dog med relativt stor individuel variation. I denne rapport er det valgt at afgrænse ældregruppen til personer på 65 år eller derover. Denne afgrænsning er valgt, da det er den hyppigst anvendte i andre rapporter [11] og videnskabelige artikler om aldring [12-17] i både Danmark og andre europæiske lande med nogenlunde sammenlignelig middellevetid.

1.2 Definition af sund aldring

De forandringer og transitioner, der optræder i takt med menneskers aldring, er af natur komplekse [18]. Rent biologisk ses der ved aldring en gradvis akkumulering af en række molekulære og cellulære forandringer [19, 20], hvorved der med tiden ses nedgang i funktionsniveau og øget risiko for sygdom [4]. Således optræder der overordnet set fra cirka 60-årsalderen en kraftig stigning i omfanget af funktionsbegrænsninger i forhold til eksempelvis hørelse, syn og bevægelse samt af kroniske sygdomme, såsom hjertekarsygdomme, kroniske luftvejssygdomme, kræft og demens [4]. Imidlertid er det i denne sammenhæng vigtigt at bemærke, at ikke alle ældre rammes af sådanne funktionsbegrænsninger eller sygdomme, og at der med alderen således ses en stigende variation i helbred og funktionsniveau mellem individer født i samme kalenderår. De fysiske funktionsbegrænsninger, som ofte følger med den stigende alder, ledsages derudover også typisk af psykosociale forandringer. Disse forandringer vil generelt set være knyttet til livstransitioner relateret til blandt andet afvikling af arbejdslivet, hvorved den rolle og sociale position, som et menneske har, påvirkes og ændres [4]. Endvidere vil ældre typisk også skulle forholde sig til og lære at leve med tab af nære relationer, enten som følge af den ophørte arbejdsmarkedstilknytning eller på grund af dødsfald blandt familie, venner og øvrige pårørende [4].

Sund aldring er et udtryk for, at en person i takt med stigende alder bevarer et relativt godt funktionsniveau og en god helbredstilstand [3]. Mange forskellige betegnelser benyttes i faglitteraturen til at beskrive sund aldring, herunder blandt andet 'succesfuld aldring', 'aktiv aldring' og 'positiv aldring'. I denne rapport vil betegnelsen 'sund aldring' blive anvendt, da dette er i overensstemmelse med den eksisterende praksis i World Health Organization (WHO) [4].

Ud over forskellige betegnelser findes også flere forskellige definitioner af sund aldring, og blandt de hyppigst anvendte er WHO's definition fra 2015 [4] og Rowe og Kahns definition fra 1997 [5]. Disse to definitioner vil således også være udgangspunktet for nærværende rapport. Det er relevant at introducere begge definitioner af sund aldring, da de typisk anvendes i forskellige sammenhænge. Hvor WHO's definition overordnet set har til formål at bidrage til en forståelse af, hvad der skal til for at udvikle strategier for optimal understøttelse af sund aldring, omfatter Rowe og Kahns definition derimod standarder for, hvordan sund aldring kan måles [21]. Begge definitioner vil blive beskrevet i det følgende.

WHO's definition af sund aldring

Med afsæt i en holistisk tilgang definerer WHO sund aldring som "the process of developing and maintaining the **functional ability** that enables **well-being** in older age" [4]. 'Functional ability' betragtes her som at have funktionsmæssige færdigheder til at leve det liv, den enkelte mener, er meningsfuldt. Dette omfatter et menneskes evne til at:

- Imødekomme egne behov
- Lære, udvikle sig og træffe beslutninger
- Være mobil
- Skabe og bibeholde sociale relationer
- Bidrage til samfundet

WHO beskriver endvidere, hvordan de funktionsmæssige færdigheder kan deles op i henholdsvis individets egne ressourcer og relevante miljømæssige faktorer, men at det særligt er samspillet mellem disse, som er afgørende for at sikre sund aldring.

Individets egne ressourcer indebærer de fysiske og mentale ressourcer, som et menneske kan trække på og anvende. Dette omfatter eksempelvis evnen til at gå, tænke, se, høre og huske. Omfanget af egne ressourcer er påvirket af adskillige forhold, herunder forekomsten af sygdom, skader og aldersrelaterede forandringer [4].

Relevante miljømæssige forhold henviser i WHO's definition til miljøer såsom hjemmet, lokalsamfundet og samfundet generelt samt alle de submiljøer, der er knyttet hertil. Det vedrører både det byggede miljø, andre mennesker og sociale relationer, holdninger og værdier, social- og sundhedspolitikker samt offentlige systemer, strukturer og serviceydelser, der understøtter disse [4].

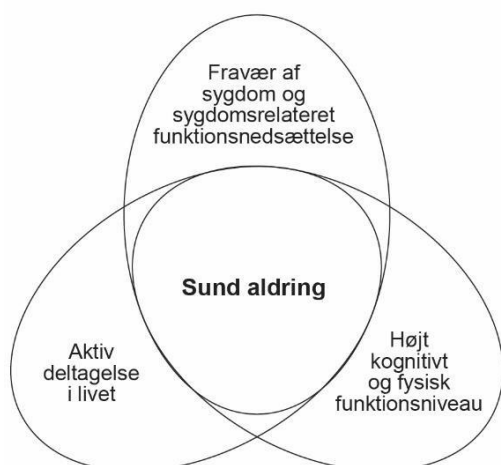
Essentielt for sund aldring er ifølge WHO menneskets mulighed for at leve i miljøer, som understøtter og fastholder individets egne ressourcer og funktionsmæssige færdigheder. Sund aldring kan således ses som en vedvarende interaktion mellem individet og det omgivende miljø [4].

Af WHO's definition af sund aldring fremgår det, at begrebet omfatter en bred beskrivelse af forskellige aspekter af livet, som menes at være afgørende for ældres sundhed, trivsel og livskvalitet. Den brede definition inkluderer derimod ikke klare standarder for, hvordan man konkret måler og monitorerer sund aldring i befolkningen, det vil sige, operationaliserer begrebet. Derfor anvender de fleste studier, der måler sund aldring, kun sjældent WHO's definition alene. Mange

studier tager derimod udgangspunkt i en definition af Rowe og Kahn, som beskrives herunder og netop kommer med konkrete anvisninger til, hvordan sund aldring bør måles i befolkningen. I denne rapport vil WHO's definition af sund aldring således blive suppleret med en definition af sund aldring, som muliggør et egentlig og konkret, videnskabeligt arbejde med emnet.

Rowe og Kahns definition af sund aldring

Den holistiske definition af sund aldring af Rowe og Kahn [5] er blandt de hyppigst anvendte i faglitteraturen. Ifølge Rowe og Kahn kan sund aldring beskrives ud fra tre komponenter: 1) Fravær af sygdom og sygdomsrelateret funktionsnedsættelse, 2) Højt kognitivt og fysisk funktionsniveau, og 3) Aktiv deltagelse i livet (figur 1.1). De tre komponenter er alle relative og korrelerer med hinanden. Eksempelvis kan en svækkelse i fysisk funktionsniveau begrænse en persons aktive deltagelse i andre aktiviteter i livet. De enkelte komponenter er hver især vigtige, men det er kombinationen af alle tre, der resulterer i sund aldring. Sund aldring er således mere end fravær af sygdom og bevarelse af højt kognitivt og fysisk funktionsniveau, da det også forudsætter en aktiv deltagelse i livet [5]. Figur 1.1 herunder viser Rowe og Kahns model, der belyser de tre komponenter, som i kombination vurderes at være afgørende for sund aldring.



Figur 1.1 Model af Rowe og Kahn [5], der belyser relevante komponenter i sund aldring.

Modellen er dog blevet kritiseret på en række områder. Kritikken går blandt andet på, at kun få ældre vil opnå sund aldring ved denne definition [22], fordi kun de færreste vil opfylde indholdet i alle komponenter samtidigt [22], samt at sund aldring ses som en statisk tilstand frem for en livslang proces, der kontinuerligt forandres [23]. Yderligere har kritikere fremhævet, at der er komponenter, som (i højere grad) bør inkorporeres, herunder blandt andet mentale aspekters betydning for sund aldring [24]. En række kvantitative studier har vist, at netop mentale aspekter, såsom livskvalitet og positiv indstilling, er faktorer, som i høj grad forbindes med sund aldring [25, 26].

På baggrund af denne kritik har Kahn (2002) fremhævet, at modellen med fordel kan kombineres med andre modeller for sund aldring, der bør ses som komplementerende frem for konkurrerende [27]. En lang række studier har således foruden komponenterne i Rowe og Kahns model yderligere inkluderet mentale aspekter af sund aldring [21].

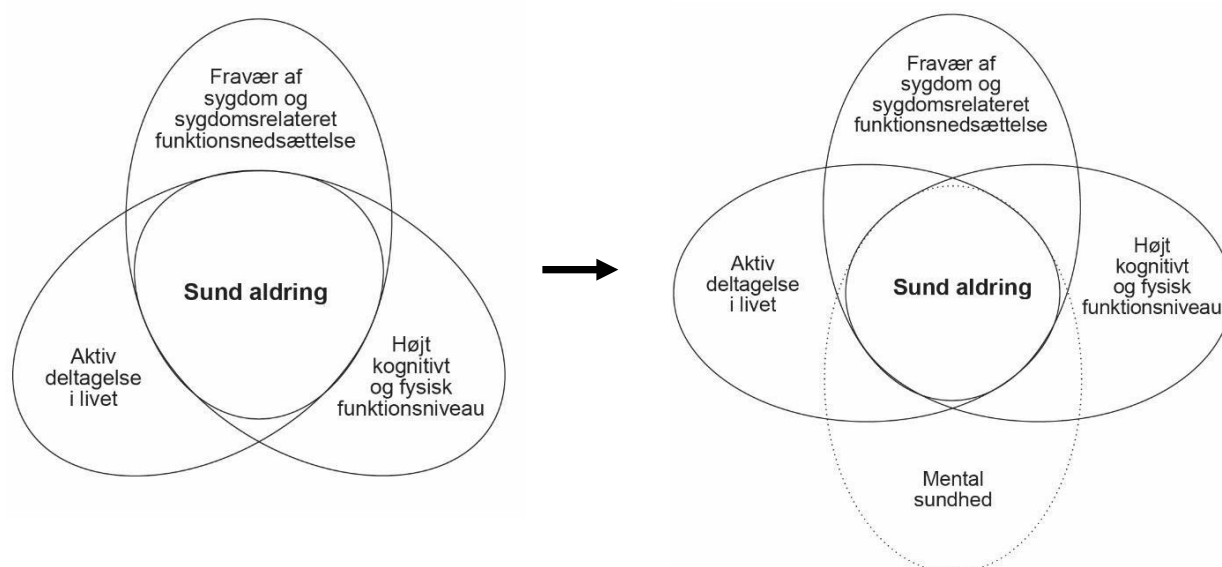
I denne rapport vil vi ligeledes imødekomme kritikken af operationaliseringen af begrebet sund aldring ved at inkludere mental sundhed som komponent (figur 1.2) til belysning af centrale indikatorer for sund aldring, ligesom mental sundhed også vil blive inddraget i gennemgangen af litteraturen om udviklingen i ældres sundhed i Danmark (kapitel 3).

1.3 Operationalisering af sund aldring

Til operationaliseringen af sund aldring tages der i denne rapport udgangspunkt i de tidligere omtalte tre komponenter formuleret i modellen af Rowe og Kahn (1997). Som supplement inkluderes denne rapport modificerede model yderligere én komponent omhandlende mental sundhed som gjort i andre studier også [21, 24]. Følgende fire komponenter indgår derfor i denne rapport operationalisering af sund aldring:

1. Fravær af sygdom og sygdomsrelateret funktionsnedsættelse
2. Højt kognitivt og fysisk funktionsniveau
3. Aktiv deltagelse i livet
4. Mental sundhed

Figur 1.2 viser dels den oprindelige model udarbejdet af Rowe & Kahn, der belyser relevante komponenter for sund aldring, dels den i denne rapport modificerede model, hvori komponenten 'Mental sundhed' er tilføjet. Som det fremgår af figuren, er sund aldring mere end blot fravær af sygdom og mere end blot højt fysisk funktionsniveau, selvom begge komponenter er vigtige aspekter af sund aldring. Imidlertid er en aktiv deltagelse i livet og mental sundhed også afgørende komponenter i forhold til sund aldring. Som det ses af figuren, er den benyttede model i vid udstrækning en holistisk model, hvor de fire komponenter kan have et vist overlap. Den holistiske tilgang til sund aldring genfindes også i andre studier, der undersøger sund aldring. Disse inkluderer typisk flere indikatorer, således at sund aldring ikke kun belyses ud fra én enkelt indikator, men ud fra kombinationen af flere indikatorer [21, 28]. Dette er således i god tråd med bredden og kompleksiteten i blandt andet WHO's definition af sund aldring, som netop kalder på en holistisk tilgang.



Figur 1.2 Oprindelig model af Rowe & Kahn (til venstre), der belyser relevante komponenter i sund aldring [5], samt en modificeret model (til højre) anvendt i denne rapport's operationalisering af sund aldring, hvor der er tilføjet komponenten 'Mental sundhed'.

Hver komponent i sund aldring består ifølge Rowe og Kahn af underkomponenter. Eksempelvis omfatter komponenten 'Fravær af sygdom og sygdomsrelateret funktionsnedsættelse' ikke blot disse elementer, men også fravær, tilstedeværelse og sværhedsgrad af risikofaktorer herfor. Ligeledes indbefatter komponenten 'Højt kognitivt og fysisk funktionsniveau' ikke alene, hvad en person rent faktisk gør, men hvad personen har funktionsniveau til at gøre, altså potentialet for aktivitet. De anerkender dog, at det i praksis ofte kan være vanskeligt at måle potentiale for aktivitet. Mens komponenten 'Aktiv deltagelse i livet' kan komme til udtryk på forskellige vis i livet, vil den primært centrere sig omkring to forhold: sociale relationer og værdiskabende aktiviteter. De sociale relationer involverer kontakt og samspil med andre mennesker, udveksling af informationer, følelsesmæssig støtte og praktisk hjælp. Værdiskabende aktiviteter kan defineres som aktiviteter, som resulterer i samfundsmæssig eller personlig værdi i form af for eksempel lønnet eller frivilligt arbejde, herunder det at yde hjælp til andre [5]. 'Mental sundhed' skal ifølge WHO's definition ses som en tilstand af velbefindende, hvor individet kan udfolde sine evner, håndtere dagligdagsudfordringer og stress samt indgå i fællesskaber med andre mennesker [29]. Mental sundhed kan således ikke ses som fravær af psykisk sygdom eller funktionsnedsættelse, men omfatter med andre ord også generel trivsel og velvære.

Opsamling

I dette kapitel er det blevet belyst, hvordan der som følge af en voksende ældrepopulation er kommet et øget samfundsmæssigt fokus på *sund aldring*, som er et begreb, der dækker over, at personer i takt med stigende alder bevarer et relativt godt funktionsniveau og en god helbredstilstand. I det gruppen af ældre omfatter en meget bred befolkningsgruppe, både i forhold til alder, funktionsniveau og livssituation, findes der mange forskellige definitioner af sund aldring.

I denne rapport afgrænses ældre som målgruppe til at omfatte personer på 65 år eller derover, og der tages udgangspunkt i WHO's holistiske definition af sund aldring, som forudsætter en vedvarende interaktion mellem individ og miljø for at sikre optimal understøttelse og fastholdelse af individets egne ressourcer og funktionsmæssige færdigheder. WHO's definition beskriver imidlertid ikke, hvordan man operationaliserer begrebet, det vil sige konkret måler og monitorerer sund aldring i befolkningen. Definitionen suppleres derfor i denne rapport med Rowe og Kahns definition af og model for sund aldring. Denne model beskriver sund aldring ud fra tre relative, korrelerende komponenter: 1) Fravær af sygdom og sygdomsrelateret funktionsnedsættelse, 2) Højt kognitivt og fysisk funktionsniveau, og 3) Aktiv deltagelse i livet. I overensstemmelse med den i litteraturen fremsatte kritik og yderligere forskning på området er der i denne rapport tilføjet en supplerende komponent om 4) Mental sundhed.

I næste kapitel beskrives, hvilke indikatorer der er centrale til belysning af sund aldring i befolkningen, hvordan indikatorerne kan vægtes i forhold til hinanden, samt hvilke danske datakilder til sund aldring der foreligger til indikatorer om sund aldring. Dette gøres med udgangspunkt i den ovenfor nævnte modificerede model af Rowe og Kahn samt en systematisk litteraturgennemgang.

2 Centrale indikatorer for sund aldring

Ældrebeholdningen omfatter en gruppe af personer med stor variation i alder, helbred og funktionsniveau. Eksempelvis er der stor forskel på erhvervsaktive og raske ældre personer og meget plejkrævende ældre, som kan være i deres sidste livsfase. Det er derfor vanskeligt at definere få og enkle centrale indikatorer for sund aldring, som vil være relevante for hele ældrebeholdningen. Endvidere foreligger der ikke alment accepterede standarder for, hvordan helbred og funktionsniveau defineres og måles, hvilket yderligere komplicerer videnskabelige undersøgelser af sund aldring.

Det er afgørende at have fokus på den store variation, der ses hen over gruppen af ældre. Graden af variation kan for eksempel sammenlignes med den variation, der ses blandt børn, hvad angår sundhed, helbred og trivsel. Således er en 'sund barndom' ikke det samme for henholdsvis et spædbarn og en teenager, og det vil derfor være forskellige indikatorer, der er centrale og relevante at benytte i målingen og beskrivelsen af de to nævnte grupper. Samme overvejelser bør også indgå, når man ønsker at belyse ældres helbredstilstand og dermed finde frem til de mest centrale indikatorer for sund aldring.

Hvilke indikatorer, der er de mest relevante til at belyse sund aldring, vil blandt andet afhænge af:

- *Hvad* man ønsker at undersøge
- *Hvem* blandt de ældre, man ønsker at undersøge
- *Hvilken* kontekst, man ønsker at undersøge
- *Hvilke* tilgængelige data, der forefindes

Når man ønsker at belyse sund aldring, er det endvidere af afgørende betydning, om sund aldring måles ud fra objektive eller subjektive helbredsindikatorer, altså om oplysningerne er selvrapporterede eller anført af sundhedsprofessionelle i officielle registre. Brugen af selvrapporterede data gør det muligt at inkludere information om helbredsforhold, som ikke findes i registre (f.eks. depressive symptomer eller smerter). Ved at inkludere både objektive og subjektive helbredsmål er det muligt at give et mere nuanceret billede af ældres helbred. Det betyder derfor, at det vil være relevant og fordelagtigt at inkludere data fra forskellige typer datakilder, herunder surveys (spørgeskemaundersøgelser) og registre.

En anden overvejelse i forhold til at belyse sund aldring er, om sund aldring ønskes belyst ud fra et samfundsmæssigt perspektiv eller et individperspektiv. Med et samfundsperspektiv menes her, at der fokuseres på forhold, som kan lægges til grund for strukturelle indsatser og sundhedspolitiske beslutninger, mens der med et individperspektiv her menes, at der fokuseres på forhold, som det enkelte individ oplever og påvirkes af. Som det fremgår af WHO's definition af sund aldring, er det

samspelet mellem individ og miljø, som understøtter optimale betingelser for sund aldring, hvorfor begge perspektiver bør tilgodeses.

Hvis man ønsker at arbejde med sund aldring i forhold til planlægning og prioritering inden for områder som arbejdsmarked, plejebenhov og sundhedsøkonomi, vil der primært være tale om et samfundsmæssigt perspektiv. Det samfundsmæssige perspektiv vil således bidrage med viden, som vil kunne benyttes som grundlag for sundhedspolitiske prioriteringer og beslutninger.

Ønsker man derimod at arbejde med sund aldring ud fra et individperspektiv, bør der i stedet tages udgangspunkt i den enkeltes oplevelser af eksempelvis egen sundhed og sygelighed samt individets risiko for at få en given sygdom. Denne tilgang vil dog også have stor samfundsmæssig relevans i arbejdet med blandt andet forebyggelsesindsatser.

Som eksempel på forskellen mellem henholdsvis et samfundsmæssigt og et individbaseret perspektiv i forhold til sund aldring kan nævnes, at der for nogle helbredsindikatorer kan være sket en forbedring over tid på individniveau, eksempelvis en faldende risiko for at få en specifik sygdom for det enkelte menneske, mens der på samfundsniveau kan være sket en forværring, såsom øgede sundhedsøkonomiske omkostninger, fordi flere mennesker lever med sygdommen som følge af sociodemografiske ændringer, herunder store fødselsårgange og en stigende andel, der bliver ældre. Dette er blandt andet tilfældet for demens, hvor et nyere studie har vist, at andelen af en fødselsårgang, der diagnosticeres med demens i en given alder, er faldende, mens antallet af ældre med demens fortsat er stigende [30].

2.1 Udvælgelse af indikatorer for sund aldring

Mens Rowe og Kahns definition af sund aldring, som modellen i denne rapport tager udgangspunkt i, giver en ramme for, hvilke komponenter der er centrale til belysning af sund aldring, beskriver den ikke, *hvilke* indikatorer der kan belyse de enkelte komponenter.

Forskellige reviews [21, 28] har imidlertid belyst, hvordan sund aldring hyppigst operationaliseres og på baggrund af hvilke indikatorer. Det nyeste og til dato mest omfattende review på området er udarbejdet af Lu et al. i 2019, som gennemgår 50 studier om sund aldring. I reviewet er inkluderet i alt ni forskellige komponenter, som hyppigt anvendes til at belyse sund aldring. Listet fra den komponent, der hyppigst er inkluderet, til den mindst hyppige er: fysisk funktionsniveau (37 studier), kognitivt funktionsniveau (33 studier), fysisk helbred (26 studier), mental sundhed (24 studier), sociale relationer (22 studier), overordnede helbredsindikatorer (16 studier), personlig og økonomisk tryghed (5 studier), sundhedsadfærd (3 studier) og øvrige (15 studier) [21]. Tabel 2.1 giver et overblik over eksempler på indikatorer, der er anvendt til at måle hver af disse ni komponenter. Som det fremgår af tabellen, så spænder indikatorerne vidt og omfatter blandt andet både relativt afgrænsede områder, såsom søvn, BMI og rygning, og egentlige spørgsmålsbatterier, såsom Short Form Health Survey med 12 spørgsmål (SF-12) og Mini-Mental State Examination (MMSE), hvor der på baggrund af flere spørgsmål genereres indikatorer til belysning af de pågældende helbredsforhold.

Sammenholdes de fire komponenter i den modificerede model af Rowe og Kahn, der i denne rapport benyttes til operationalisering af sund aldring, med komponenterne fra reviewet af Lu et al. [21], ses et tydeligt sammenfald. Dette styrker argumentet for at udvælge indikatorer, som er relateret til disse fire komponenter, når man ønsker at belyse sund aldring, idet uafhængige, videnskabelige kilder således indkredser samme områder som relevante.

I udvælgelsen af indikatorer for sund aldring i en dansk kontekst er det ligeledes afgørende at afdække, hvilke tilgængelige datakilder der findes, samt om alle indikatorer er relevante at belyse i en dansk kontekst. Derfor kan de i tabel 2.1 nævnte indikatorer ikke uden videre overføres til en dansk undersøgelse af sund aldring, fordi det ikke er sikkert, der findes samme danske data. I afsnit 2.3 gennemgås relevante danske datakilder til indikatorer om sund aldring med udgangspunkt dels i komponenterne i den modificerede model af Rowe og Kahn, dels i reviewet af Lu et al.

Tabel 2.1 Oversigt over eksempler på indikatorer for sund aldring opdelt på ni komponenter [21].

		KOMPONENT							
	Fysisk funktions-niveau	Kognitiv funktionsniveau	Fysisk helbred	Mental sundhed	Sociale relationer	Overordnede helbredsindikatorer	Personlig og økonomisk tryghed	Sundheds- adfærd	Øvrige
Indikatorer	ADL ^a	MMSE ^c	Selvrapporteret langvarig sygdom	Depressions-tests	Sociale aktiviteter	Selvrapporteret helbred	Socioøkonomisk status	Rygning	SF-12 ^d
	IADL ^b	Arbejdshukommelse	Specifikke kroniske sygdomme	Livskvalitet	Sociale relationer	Selvrapporteret aldring	Oplevet økonomisk sikkerhed	Alkohol	SF-36 ^d
	Gribestyrke	Intelligens	Systolisk blodtryk	Tilfredshed med livet	Emotionel støtte	Mortalitet	Oplevet tryghed i nærmiljøet	Kost	Andre helbredsindekser
	Balance	Orientering i tid	Lungefunktion	Optimisme	Ægteskab			Medicin	
	Gå-tempo	Oplisting af ord	BMI	Personlighed	Arbejdsstatus				
	Rejse/sætte sig	Selvrapporteret hukommelse	Smerter	Mestring	Autonomi				
	Hyppighed i aktiviteter		Søvn	Coping	Ensomhed				

ADL^a = Almindelig Daglig Livsførelse inkluderer bl.a. evnen til selv at tage tøj på, gå, vaske sig, spise, komme på toilettet. IADL^b = Instrumental Almindelig Daglig Livsførelse inkluderer bl.a. madlavning, indkøb, håndtering af penge, huske medicin. MMSE^c = Mini-Mental State Examination, kognitiv test inkluderer bl.a. orientering i tid og sted og at huske ord. SF-12/36^d = Short Form-12/36 Health Survey, indeholder hhv. 12 eller 36 spørgsmål vedrørende fysisk og mentalt helbred.

2.2 Vægtning af indikatorer for sund aldring

Hvordan centrale indikatorer for sund aldring bør vægtes i forhold til hinanden, afhænger som tidligere nævnt blandt andet af, hvad man specifikt ønsker at undersøge, hvilken gruppe af ældre man har med at gøre, og i hvilken periode, samt hvilke datakilder man har til rådighed. Det er derfor ikke muligt at komme med et enkelt svar på, hvilke indikatorer som på tværs af gruppen af ældre og kontekst er de vigtigste, når man ønsker at belyse sund aldring.

Som nævnt indledningsvis i dette kapitel kan sund aldring belyses i forhold til en række kontekster, som vil være afgørende for, hvilke indikatorer der vil være særligt relevante at benytte, eksempelvis blandt de i tabel 2.1 nævnte indikatorer. Også den indbyrdes vægtning af indikatorer vil være påvirket af, hvilken kontekst der ønskes belyst. For én given kontekst i forhold til sund aldring, for eksempel pensionsalder, vil der være bestemte indikatorer, som vil være relevante at inkludere, og som dermed ville kunne vægtes efter betydning, relevans og implikationer. For andre kontekster, for eksempel plejebenhov eller sundhedsudgifter, vil det være andre indikatorer, som vil være særligt relevante at inkludere og vægte i forhold til hinanden. Relevansen af indikatorer i forhold til kontekst fremgår imidlertid ikke af tabel 2.1, men må bero på en kulturelt tilpasset vurdering.

Herunder gennemgås tre eksempler på kontekster, som er relevante at fokusere på i arbejdet med sund aldring (arbejdsmarked, plejebenhov og sundhedsudgifter) på grund af den samfundsmæssige relevans samt tilhørende vægtede lister over relevante indikatorer. Indikatorerne kan genfindes i tabel 2.1, dog i enkelte tilfælde i lettere revideret form. De vægtede lister er baseret på en faglig vurdering foretaget af rapportens forfattere.

Arbejdsmarked (pensionsalder)

Flere ældre er i løbet af de seneste årtier forblevet aktive på arbejdsmarkedet [31]. Sammenholdes denne udvikling med den stigende pensionsalder [32], er det væsentligt at afdække sund aldring i forhold til arbejdsmarkedet. Her er det særligt gruppen af de yngre ældre, det vil være relevant at have fokus på. Indikatorer, der er centrale i forhold til sund aldring og arbejdsmarkedet, vil blandt andet omfatte kognition og mentalt helbred, og i visse erhverv vil det endvidere være relevant at fokusere på fysisk funktionsniveau. Forekomsten af visse alvorlige sygdomme eller skader vil yderligere have betydning for personers tilknytning til arbejdsmarkedet. Dog er nogle af de mest hyppige kroniske sygdomme blandt voksne, såsom forhøjet blodtryk og forhøjet kolesterol [33], sygdomme, som i de fleste tilfælde må forventes at have en forholdsvis beskeden indflydelse på arbejdsmarkedstilknytning og i højere grad have betydning for eksempelvis sundhedsudgifter.

Som eksempel kunne en vægtet liste over særligt relevante indikatorer for pensionsalder (i rækkefølge startende med den mest betydningsfulde) være:

- 1) Bevarelse af højt kognitivt funktionsniveau
- 2) Bevarelse af højt fysisk funktionsniveau (i udvalgte erhverv)
- 3) Godt mentalt helbred

Plejebehov

Hvis sund aldring ønskes belyst i forhold til plejebehov, er det derimod ældres fysiske og kognitive funktionsniveau samt deres sociale netværk, som er afgørende. Ligeledes er forekomsten af relevante sygdomme væsentlige at belyse, herunder blandt andet Alzheimers og andre typer demens. Fysisk funktionsniveau måles ofte ud fra indikatorer for Almindelig Daglig Livsførelse (ADL), som blandt andet omfatter evnen til selvstændigt at kunne håndtere påklædning, toiletbesøg og bad, at kunne rejse sig fra seng og stol, at spise osv. I forhold til plejebehov er det generelt set de ældste ældre, det typisk er relevant at fokusere på, da det særligt er i de sidste få leveår, at personer har behov for længerevarende hjælp som hjemmehjælp eller plejehjem [34].

For plejebehov kunne en tilsvarende vægtet liste over særligt relevante indikatorer derimod være:

- 1) Fravær af demens
- 2) Funktionsmæssige færdigheder til at kunne klare dagligdagsaktiviteter, inklusive toiletbesøg
- 3) Godt socialt netværk

Sundhedsudgifter

Hvis formålet er at belyse sund aldring i forhold til sundhedsudgifter, er det relevant at inkludere oplysninger om plejebehov, operationer og medicinudgifter, hvorved også sygdomme og skader som følge af ulykker er relevant at belyse. Her er der stor variation mellem sygdomme, i hvor store udgifter der er forbundet til den enkelte sygdom. Eksempelvis er der store udgifter forbundet med demens, både i forhold til medicin- og plejeudgifter [35], mens en række andre kroniske sygdomme, såsom forhøjet kolesterol og forhøjet blodtryk, alene vil være relateret til mindre omkostninger.

For sundhedsudgifter kunne listen være:

- 1) Forekomst af kroniske sygdomme i befolkningen
- 2) Diagnostisk og behandlingsmæssig intensitet
- 3) Plejebehov

Som belyst herover er der således ikke grundlag for at præsentere en overordnet vægtet liste over indikatorer, som belyser sund aldring, da indikatorerne – og dermed også vægtningen – altså afhænger af, hvad det specifikt er, man ønsker at belyse, og i hvilken gruppe af ældre. Endvidere må der i en sådan udvælgelse af indikatorer tages højde for tilgængeligheden af relevante datakilder, ligesom der må foretages en metodekritisk vurdering af fordele og ulemper ved de valgte data. Sidstnævnte vil blive gennemgået i det følgende afsnit.

2.3 Datakilder til sund aldring

Sund aldring kan som tidligere beskrevet belyses ud fra forskellige komponenter og med forskellige indikatorer, i forskellige tidsperioder og blandt ældre i forskellige aldersgrupper og

kontekster. En anden afgørende faktor for at kunne belyse sund aldring er, hvilke data der er til rådighed.

I tabel 2.1 blev der oplyst indikatorer, som i et internationalt review hyppigt inkluderes til at belyse sund aldring [21, 28]. Det er i denne rapport imidlertid kun muligt at belyse sund aldring ud fra eksisterende data, og derfor er det relevant at beskrive de danske datakilder, der indeholder relevante data til belysning af sund aldring. I litteraturgennemgangen i kapitel 3 er der udvalgt centrale indikatorer for sund aldring, som der foreligger danske data på, og som hyppigt anvendes i litteraturen til belysning af sund aldring.

Overordnet set fordeler danske datakilder til sund aldring sig i to dele, nemlig surveys og registre. For hver relevant datakilde vil der være både fordele og ulemper, og det vil derfor ofte være fordelagtigt og optimalt at kombinere eksempelvis survey-data med registerdata.

Fordelen ved at benytte registerdata er generelt set, at de dækker hele befolkningen, mens ulempen blandt andet er, at det kun er de mest alvorlige helbredstilstande, hvor der kræves sundhedsfaglig behandling, som er inkluderet (eksempelvis apopleksi, blodprop i hjertet eller kræft). Modsat er fordelen ved at benytte survey-data, at der i denne type undersøgelser kan indgå spørgsmål om udbredte helbredstilstande, som en stor del af befolkningen oplever, men som ikke nødvendigvis kræver lægefaglig behandling og kontrol (eksempelvis nakkesmerter, ensomhed eller selvurderet helbred). Endvidere kan survey-data give viden om befolkningens sundhedsadfærd i forhold til risikofaktorer for sygdom. Ulempen ved at benytte survey-data er blandt andet, at der sjældent opnås nationalt repræsentative besvarelser, fordi deltagelse i surveys varierer i forhold til eksempelvis køn, alder og uddannelsesniveau. Enkelte danske surveys har endvidere inkluderet såkaldte proxy-interviews, hvor en pårørende svarer på den egentlige respondents vegne, fordi denne selv har svært ved at svare, eksempelvis som følge af fremskreden demens. På denne måde sikres det, at også besvarelser fra de svageste ældre inkluderes i det pågældende studie. Som netop illustreret vil det derfor typisk være mest dækkende og retvisende at benytte både register- og survey-data, hvis man ønsker et samlet billede af en befolknings sundhedstilstand – og derfor også blandt ældre.

I tabel 2.2 vises eksempler på vigtige danske datakilder, som indeholder data, der vurderes centrale til belysning af sund aldring i Danmark. Der er i tabellen alene inkluderet datakilder, som indeholder bredspektrede oplysninger om ældres sundhed, hvorfor der i beskrivelsen blandt andet ikke er medtaget sygdomsspecifikke registre. Tabellen viser blandt andet datakildens målgruppe, dataindsamlingsmetode for surveys og oprettelsesår for registre samt eksempler på, hvilke indikatorer for sund aldring der findes i den pågældende datakilde.

Ud over de i tabellen nævnte datakilder til centrale indikatorer for sund aldring i Danmark kan yderligere nævnes European Health Interview Survey [36], Glostrup-undersøgelserne [37] og Længe Leve - et familiestudie (LLFS) [38]. Imidlertid er der i denne rapport ikke identificeret studier, som belyser udviklingen i ældres helbred, baseret på disse kilder, hvorfor de ikke fremgår af tabel 2.2.

Table 2.2 Eksempler på danske datakilder til centrale indikatorer for sund aldring i Danmark

<i>Danske surveys</i>	Målgruppe (alder)	Dataindsamlingsmetode (år)	Eksempler på indikatorer
Den Nationale Sundhedsprofil	Hele befolkningen (16 år eller derover)	Selvadministrerede papir- eller webspørgeskemaer (2010, 2013, 2017)	<ul style="list-style-type: none"> • Selvvurderet helbred • Langvarig sygdom • Iskæmisk hjertesygdom • KOL • Nakkesmerter • Fysisk funktionsniveau • Dårligt mentalt helbred • Ensomhed og social støtte • BMI
Sundheds- og Sygelighedsundersøgelsen	Hele befolkningen (16 år eller derover)	Personligt interview, selvadministrerede papir- eller webspørgeskemaer (1987, 1994, 2000, 2005, 2010, 2013, 2017)	<ul style="list-style-type: none"> • Selvvurderet helbred • Langvarig sygdom • Aktivitetsbegrænsninger • Fysisk funktionsniveau • Høretab • Ensomhed og social støtte • BMI • Antal tænder
SHARE	Personer på 50 år eller derover samt partnere	Personligt (ansigt-til-ansigt) interview samt proxy-interviews (2004, 2006/2007, 2011, 2013, 2015, 2017)	<ul style="list-style-type: none"> • Selvvurderet helbred • Langvarig sygdom • Aktivitetsbegrænsninger • Fysisk funktionsniveau
EU-SILC	Hele befolkningen (16 år eller derover)	Selvadministrerede papir- eller webspørgeskemaer eller telefoninterviews (årligt siden 2003)	<ul style="list-style-type: none"> • Aktivitetsbegrænsninger
De danske 1895-, 1905-, 1910- og 1915-fødselskohorter	Personer på 92 år eller derover født i 1895, 1905, 1910 og 1915	Personlige interviews og tests i eget hjem samt proxy-interviews (1995-2015)	<ul style="list-style-type: none"> • Kognitivt funktionsniveau • Depressive symptomer
Ældredatabasen	Personer på 52 år eller derover født i 1920, 1925, 1930, 1935, 1940, 1945, 1950, 1955, 1960 og 1965	Telefoninterviews eller personlige interviews i eget hjem (1997, 2002, 2007, 2012, 2017)	<ul style="list-style-type: none"> • Fysisk funktionsniveau • Selvvurderet helbred • Trist til mode • Frivilligt arbejde
<i>Danske registre</i>	Målgruppe (alder)	Oprettet (år)	Eksempler på indikatorer
Landspatientregisteret	Hele befolkningen (alle aldersgrupper)	Somatiske afdelinger siden 1977 Psykiatriske afdelinger siden 1995	<ul style="list-style-type: none"> • Specifikke sygdomme (f.eks. iskæmisk hjertesygdom, Alzheimers og demens, apopleksi, atrieflimren)
Lægemiddelstatistikregisteret	Hele befolkningen (alle aldersgrupper)	Siden 1995	<ul style="list-style-type: none"> • Medicin mod specifikke sygdomme eller symptomer (f.eks. Alzheimers og demens)
Dødsårsagsregisteret	Hele befolkningen (alle aldersgrupper)	Siden 1970	<ul style="list-style-type: none"> • Årsager til dødsfald (f.eks. iskæmisk hjertesygdom)

Sund aldring er i denne rapport defineret med udgangspunkt i Rowe og Kahns model for sund aldring (figur 1.2), suppleret med en ekstra komponent, hvor sund aldring således defineres som kombinationen af de fire komponenter: 1) Fravær af sygdom og sygdomsrelateret funktionsnedsættelse, 2) Højt kognitivt og fysisk funktionsniveau, 3) Aktiv deltagelse i livet, og 4) Mental sundhed. De fire komponenter for sund aldring kan måles på baggrund af en lang række indikatorer, såsom selvvurderet helbred eller kognitive og fysiske tests.

I mange tilfælde vil en indikator være relevant at inkludere til belysning af flere af de fire komponenter for sund aldring, men ofte i varierende grad. Hvis sund aldring eksempelvis måles ud fra den kognitive test, Mini-Mental Scale Examination (MMSE), vil denne indikator i høj grad afspejle komponenten 'Højt kognitivt og fysisk funktionsniveau', men vil også i nogen grad afspejle komponenten 'Fravær af sygdom og sygdomsrelateret funktionsnedsættelse', da flere sygdomme er relateret til kognition. Et andet eksempel er Almindelig Daglig Livsførelse (ADL), der vedrører en persons mulighed for selv at udføre daglige aktiviteter, blandt andet evnen til at spise, tage tøj på eller gå i bad. ADL belyser i høj grad komponenten 'Højt kognitivt og fysisk funktionsniveau', da ADL er tæt forbundet med ældres kognitive og fysiske funktionsniveau. Ligeledes vil ADL i nogen grad belyse 'Aktiv deltagelse i livet', da begrænsninger i ADL kan være relateret til den ældres deltagelse i eksempelvis frivilligt arbejde. Andre indikatorer er mere specifikke, såsom diabetes, der er af betydning for 'Fravær af sygdom og sygdomsrelateret funktionsnedsættelse', men ikke nødvendigvis de øvrige komponenter.

Selvvurderet helbred belyses på baggrund af et enkelt spørgsmål med følgende formulering: 'Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?', hvortil det har været muligt at svare: fremragende, vældig godt, godt, mindre godt og dårligt. Selvvurderet helbred kan ses som en persons egen samlede vurdering af en række helbredsforhold, der ikke alene kan beskrives ved en opremsning af personens symptomer og sygdomme. Det er velkendt, at selvvurderet helbred er en selvstændig risikofaktor for både sygelighed og dødelighed. Jo dårligere en person vurderer sit eget helbred, desto større er risikoen for sygdom og tidlig død, og er således en værdifuld indikator der giver et overordnet indtryk af befolkningens helbredsstatus. Selvvurderet helbred er en indikator, som især er god til at belyse forskelle i sund aldring inden for en bestemt aldersgruppe, men er mindre anvendelig som indikator på tværs af aldersgrupper, da individer har tendens til at vurdere deres helbred ud fra, hvad 'der er normalt' for aldersgruppen. Yngre vil formentlig vurdere, at et 'godt' helbred afspejler, at de er sygdomsfri, mens ældre vil have andre forventninger, herunder forvente at have sygdomme, og derfor anse hvad der udgør et "godt" helbred anderledes [115]. Der er således kun relativt små forskelle i selvvurderet helbred mellem 65-årige og 85-årige, selvom mere objektive tests viser betydelige forskelle. Desuden er selvvurderet helbred historisk og kulturelt betinget. Hvad der forstås ved 'godt' helbred kan således variere over tid [115].

Demens er en fællesbetegnelse for en række sygdomme, der indebærer en vedvarende kognitiv svækkelse, der udvikles i voksenlivet [80]. Demens er en indikator, som i høj grad belyser komponenterne for sund aldring, da demens f.eks. i høj grad er relateret til ældres kognitive og fysiske funktionsniveau. Tilstedeværelse af demens er således en vigtig indikator at inkludere i undersøgelser om sund aldring. Fravær af demens er dog ikke på samme måde informativt om alle komponenterne i sund aldring, hvorfor demens ikke kan stå alene som indikator for sund aldring.

Tabel 2.3 giver eksempler på indikatorer, der er målt i danske surveys og registre, og hvordan de kan belyse de fire komponenter for sund aldring. I tabellen er indikatorerne gradueret ud fra farve efter, i hvor høj grad de belyser komponenterne for sund aldring. Eksemplerne og gradueringen er baseret på en fagligt funderet vurdering af rapportens forfattere.

Tablet 2.3 Eksempler på indikatorer for sund aldring med tilgængelige danske data, fordelt efter de fire komponenter i den modificerede model af Rowe og Kahn.

KOMPONENTER I MODELLEN FOR SUND ALDRING				
Eksempler på indikatorer for sund aldring fra danske surveys og registre	Fravær af sygdom og sygdomsrelateret funktionsnedsættelse	Højt kognitivt og fysisk funktionsniveau	Aktiv deltagelse i livet	Mental sundhed
Selvurderet helbred	■	■		■
MMSE ^a	■	X		
ADL ^b	■	X	●	
Frivilligt arbejde			X	●
Depressive symptomer	■		●	X
Sociale relationer			■	■
Svær overvægt	X	●		
Demens	X	X	X	X
Diabetes	X			

^a MMSE = Mini-Mental State Examination, kognitiv test inkluderer bl.a. orientering i tid og sted og at huske ord. ^b ADL = Almindelig Daglig Livsførelse, som blandt andet inkluderer evnen til selv at spise, tage tøj på eller gå i bad selvstændigt.

X: Belyser i høj grad komponenten for sund aldring, ■: Belyser i nogen grad komponenten for sund aldring, ●: Belyser i mindre grad komponenten for sund aldring, □: Tomt felt indikerer, at indikatoren i ringe grad belyser komponenten for sund aldring

Litteraturgennemgangen i kapitel 3 indeholder en uddybende beskrivelse af de inkluderede indikatorer for sund aldring.

Opsamling

I dette kapitel er det blevet belyst, hvilke udfordringer der er med at udvælge få og enkle centrale indikatorer for sund aldring, som kan benyttes gennemgående til hele spektret af ældre. Idet der er stor variation i gruppen af ældre, hvad angår både alder, helbred, funktionsniveau og livssituation, vil der være forskellige indikatorer, som er mere relevante end andre i de forskellige grupper af ældre. Endvidere bør det overvejes, om sund aldring ønskes belyst ud fra objektive eller subjektive indikatorer samt ud fra et samfundsmæssigt perspektiv eller et individperspektiv. Disse aspekter har endvidere betydning for, hvordan indikatorerne bør vægtes i forhold til hinanden. Med udgangspunkt dels i et internationalt review om sund aldring, dels i den modificerede model for sund aldring, er der i kapitlet kommet med eksempler på relevante indikatorer, som kan benyttes i en holistisk beskrivelse af sund aldring.

I kapitlet er det endvidere belyst, hvordan måling af sund aldring forudsætter tilgængelighed af relevante data. Overordnet set findes to forskellige typer af data i Danmark til belysning af sund

aldring, nemlig survey-data og registerdata. Det vil ofte være fordelagtigt at kombinere de to datatyper for at opnå et nuanceret billede af befolkningens – og dermed også de ældres – sundhedstilstand. I kapitlet er der beskrevet de relevante datakilder, der indeholder data om centrale indikatorer til belysning af sund aldring i Danmark.

Næste kapitel omfatter en litteraturgennemgang, som har til formål at belyse udviklingen i ældres sundhed i Danmark i løbet af de seneste to årtier.

3 Udvikling i ældres sundhed

Igennem anden halvdel af det 20. århundrede er dødeligheden blandt ældre faldet markant i højindkomstlande [39]. Både danske og internationale studier dokumenterer således, at de nye generationer af ældre i denne periode har opnået bedre levevilkår og medicinske behandlingsmuligheder end tidligere generationer samt afledt heraf også har bedre helbred samt fysisk og kognitivt funktionsniveau end tidligere generationer (se f.eks. [40-44]). Hvorvidt denne positive udvikling er fortsat ind i starten af det 21. århundrede i Danmark, er der imidlertid større usikkerhed om i litteraturen. Dette kapitel vil således bidrage til en yderligere afklaring heraf ved at præsentere en gennemgang af den litteratur, der beskriver udviklingen i udvalgte indikatorer for sund aldring blandt personer på 65 år eller derover i Danmark i løbet af de seneste årtier.

Litteraturstudiet vil så vidt muligt tage udgangspunkt i rapportens to første kapitler, herunder de i afsnit 1.3 beskrevne komponenter til operationaliseringen af sund aldring. Derudover vil litteraturstudiet tage udgangspunkt i et engelsk litteraturstudie af udviklingen i sund aldring [9]. De udvalgte centrale indikatorer for sund aldring er således både udvalgt ud fra relevans og anvendelse i litteraturen samt ud fra, hvad der foreligger danske data på.

3.1 Søgestrategi og inklusionskriterier

Udviklingen i ældres sundhed kan beskrives på flere måder. Eksempelvis kan udviklingen beskrives ud fra, hvor mange år med godt helbred ældre kan forventes at have tilbage at leve i (gode leveår), hvor mange ældre der lever med en given sygdom eller tilstand (prævalens), eller hvor mange nye tilfælde af en given sygdom eller tilstand, der diagnosticeres blandt ældre (incidens).

Et nyere engelsk litteraturstudie har belyst helbredsudviklingen på baggrund af en bred og holistisk definition af sundhed, hvor udviklingen netop opgøres på baggrund af gode leveår og udviklingen i prævalens og incidens af de helbredsindikatorer og sygdomme, der generelt set inden for aldringsforskningen betragtes som centrale for sund aldring [9]. Også i denne rapport vurderes en sådan holistisk tilgang bedst egnet og dækkende til at belyse sund aldring, jævnfør WHO's og Rowe og Kahns definitioner (kapitel 1). Med udgangspunkt i fremgangsmåden i det engelske litteraturstudie [9] og definitionen af sund aldring (kapitel 1) beskrives i nærværende litteraturstudie:

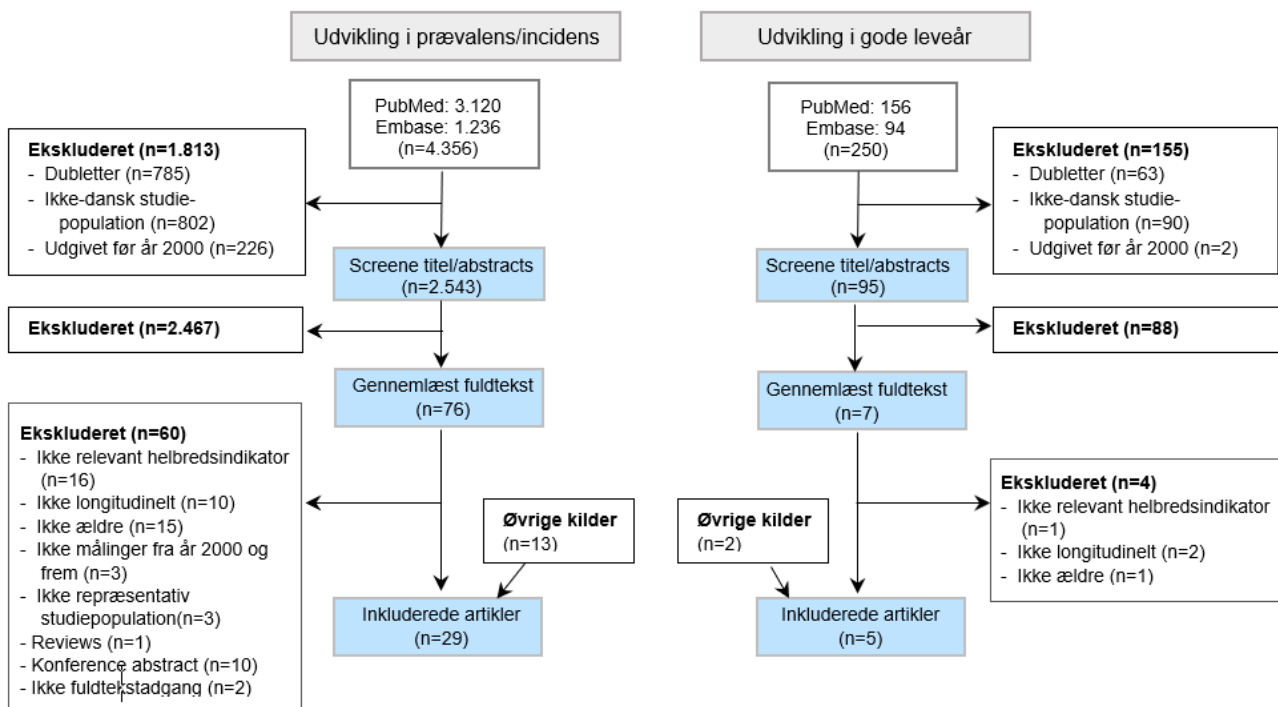
- 1) Udviklingen i gode leveår
- 2) Udviklingen i prævalens/incidens af udvalgte kroniske sygdomme, fysisk og kognitivt funktionsniveau, aktiv deltagelse i livet, mental sundhed samt overordnede helbredsindikatorer

Der er foretaget to separate søgninger til at belyse henholdsvis udviklingen i gode leveår og udviklingen i prævalens/incidens af de specifikke helbredsindikatorer. Der er søgt efter studier på

PubMed og Embase, der er to store søgedatabaser med sundhedsvidenskabelige artikler, og som inden for sundhedsvidenskabelig forskning begge er hyppigt anvendte søgedatabaser [45]. Litteratursøgningen er suppleret med resultater fra artikler og rapporter, der blandt andet er identificeret via kildehenvisninger og på danske forskningsinstitutioners hjemmesider. En mere detaljeret beskrivelse af litteratursøgningen kan findes i bilag 1 (samt i en selvstændig studieprotokol [46]).

I litteratursøgningen er dubletter, studier med en ikke-dansk studiepopulation samt studier udgivet før år 2000 blevet ekskluderet (af en reviewer). Herefter blev artiklerne screenet af to reviewere, der først screenede artiklerne på baggrund af titel/abstracts og dernæst på baggrund af fuldtekstlæsning. De to reviewere screenede uafhængigt af hinanden og i henhold til følgende eksklusionskriterier: ikke relevant helbredsindikator (se figur 3.2), omfatter ikke ældre, undersøger ikke udviklingen over tid (minimum to målinger), undersøger ikke udviklingen i det 21. århundrede, omfatter ikke en repræsentativ studiepopulation (f.eks. udelukkende plejehjemsbeboere). I fuldtekstlæsningen blev der yderligere ekskluderet conferenceabstracts samt reviews, hvor relevante referencer dog blev inkluderet.

Den indledende screening af artikler om udvikling i gode leveår resulterede i 95 artikler, hvoraf i alt fem studier levede op til inklusionskriterierne og således er inkluderet i litteraturgennemgangen. Tilsvarende blev der i screeningen af artikler om udvikling i prævalens/incidens af helbredsindikatorer identificeret 2.543 artikler, hvoraf 29 studier blev inkluderet. Figur 3.1 viser et flowdiagram over inklusions- og eksklusionsprocessen i litteratursøgningen. Med den anvendte søgestrategi blev der ikke identificeret relevant litteratur om udviklingen i lænderygsmerter, kronisk nyresygdom og bugspytkirtelkræft (kroniske sygdomme), livskvalitet/tilfredshed med livet (mental sundhed) samt faldulykker og undervægt (overordnede helbredsindikatorer).



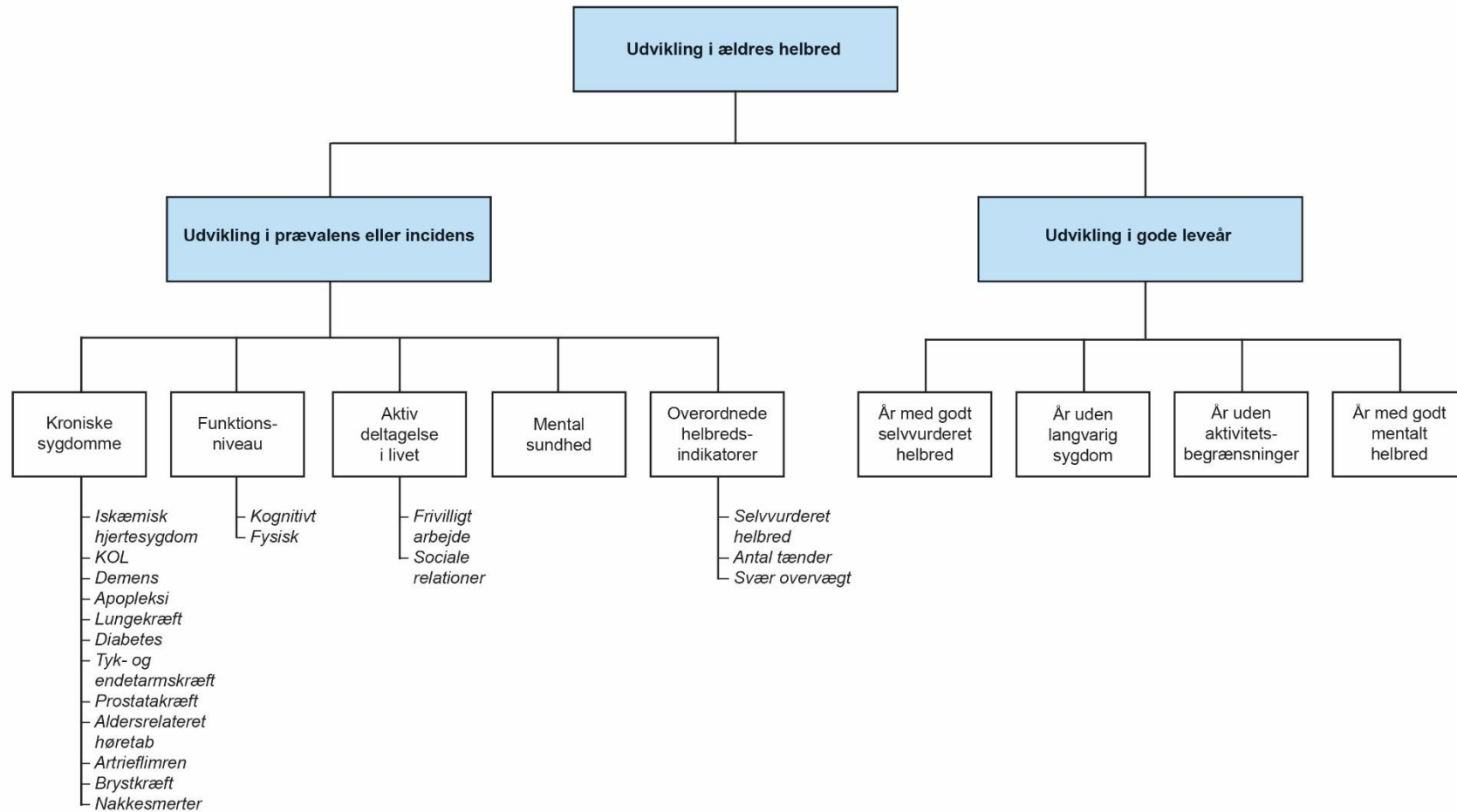
Figur 3.1 Flowdiagram over inklusions- og eksklusionsprocessen i søgningen (seneste søgning er foretaget 1/5-2020).

Figur 3.2 giver et overblik over de helbredsindikatorer, der vil blive belyst i nærværende litteraturgennemgang. Indikatorerne fordeler sig først og fremmest i kategorierne 'Udvikling i prævalens eller incidens' og 'Udvikling i gode leveår'. Kategorien for prævalens eller incidens omfatter desuden flere underkategorier, som alle belyses ud fra flere relevante indikatorer. Kategorien for gode leveår belyses på baggrund af fire relevante helbredsindikatorer.

Som det ses af figuren, er der stort sammenfald mellem de inkluderede helbredsindikatorer og de komponenter, som indgår i den modificerede model, der i denne rapport benyttes til operationalisering af sund aldring (afsnit 1.3). Her belyses sund aldring ud fra komponenterne 'Fravær af sygdom og sygdomsrelateret funktionsnedsættelse', 'Højt kognitivt og fysisk funktionsniveau', 'Aktiv deltagelse i livet' og 'Mental sundhed'.

I litteraturgennemgangen beskrives udviklingen for hver enkelt indikator overordnet set enten som et 'fald' eller en 'stigning' eller som en 'positiv' eller 'negativ' udvikling, hvis dette overordnet set er det, der kan konkluderes på baggrund af litteraturen for den pågældende periode. Hvis litteraturen derimod peger på, at der overordnet set ikke har været nogen udvikling i den givne periode, beskrives udviklingen som en 'stagnation'. For enkelte helbredsindikatorer gælder det dog, at udviklingen varierer hen over tid, køn, alder eller datagrundlag, og i sådanne tilfælde beskrives udviklingen enten som 'usystematisk' eller 'ingen entydig udvikling'.

Det skal bemærkes, at selvom der i litteraturgennemgangen inkluderes studier, der belyser udviklingen i indikatorer for sund aldring i løbet af de seneste årtier, vil nogle af studierne indeholde opgørelser, som gør, at resultaterne i denne rapport går lidt længere tilbage i tid end år 2000.



Figur 3.2 Oversigt over helbredsindikatorer i litteraturgennemgangen til belysning af udviklingen i ældre danskeres helbred.

3.2 Udvikling i gode leveår

Gode leveår er et mål for, hvor mange år med godt helbred en person med en given alder kan forventes at have tilbage at leve i. Ofte beregnes gode leveår ved hjælp af Sullivans metode, som kombinerer registerdata om befolkningens dødelighed med spørgeskemaoplysninger om befolkningens helbredstilstand. I faglitteraturen anvendes flere forskellige mål til at karakterisere et godt helbred, men hyppigt anvendes målene 'År med godt selv vurderet helbred', 'År uden langvarig sygdom', 'År uden aktivitetsbegrænsninger'. I denne litteraturgennemgang inkluderes desuden 'År med godt mentalt helbred'. Gode leveår er et mål, der tager udgangspunkt i, hvor mange forventede leveår personer har ved en given alder, og hvor mange af de år der kan forventes at blive levet med godt helbred. Det skal bemærkes, at årene levet med dårligt helbred kan være fordelt ud over flere perioder i livet og således ikke behøver være de sidste leveår [47].

I nærværende litteraturgennemgang er der inkluderet fem studier, som beskriver udviklingen i gode leveår blandt personer på 65 år i Danmark [13-15, 48, 49]. Gode leveår er målt som: År med godt selv vurderet helbred, år uden langvarig sygdom, år uden aktivitetsbegrænsninger og år med godt mentalt helbred. Tabel 3.1 opsummerer fundene fra de fem studier.

Tabel 3.1 Udvikling i gode leveår blandt 65-årige i Danmark. Opsummering af resultater fra de inkluderede studier og datagrundlag

Helbredsindikator og datagrundlag (n, studier)	Periode	Alder	Opsummering af resultater	Konklusion
Godt selv vurderet helbred (n=3)				
SUSY [15] SHARE [14] DNS [48]	2000- 2017 ^a	65	I perioden 2000-2005 (SUSY) ses en stigning i antallet af forventede leveår med godt selv vurderet helbred, hvilket også ses i perioden 2004-2011 (SHARE) og 2010-2017 (DNS).	Positiv udvikling
Uden langvarig sygdom (n=3)				
SUSY [15] SHARE [14] DNS [48]	2000- 2017 ^a	65	I perioden 2000-2005 ses en stigning i antallet af leveår uden langvarig sygdom (SUSY), hvilket også ses i perioden 2004-2011 (SHARE) og 2010-2017 (DNS), dog mindre udtalt i sidstnævnte.	Positiv udvikling
Uden aktivitetsbegrænsninger (n=4)				
SUSY [15] SHARE [13, 14] EU-SILC [49]	2000- 2015 ^a	65	I perioden 2000-2005 (SUSY) og 2004-2013/14 (SHARE) ses en stigning i antallet af år uden aktivitetsbegrænsninger, altså en positiv udvikling. Dog viser data fra SHARE en stagnation i antallet af år med betydelige aktivitetsbegrænsninger (2004-2013/14). Dertil tyder data fra EU-SILC på, at der er sket en stagnation i antallet af leveår uden aktivitetsbegrænsninger i perioden 2008-2015.	Stagnation
Godt mentalt helbred (n=1)				
DNS [48]	2010- 2017	65	Overordnet set er der sket en lille stigning i antallet af leveår med godt mentalt helbred, mens andelen er stagneret (2010-2017).	Positiv udvikling

SUSY: Sundheds- og Sygelighedsundersøgelserne

DNS: Den Nationale Sundhedsprofil

^a Udviklingen bliver i et af de inkluderede studier belyst fra 1987 og frem, men i nærværende litteraturgennemgang er det alene udviklingen fra år 2000 og frem der vil blive beskrevet

Leveår med godt selv vurderet helbred

Udviklingen i forventede leveår med godt selv vurderet helbred blandt 65-årige er målt i to artikler og en rapport [14, 15, 48] (bilag 2a). Selv vurderet helbred er målt ud fra en fem-trins skala fra

'Fremragende' til 'Dårligt', dog med lidt variation i svarkategorierne på tværs af studierne. På baggrund af data fra Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen (SUSY) ses i perioden 2000 til 2005 en stigning i antallet af forventede leveår med godt selv vurderet helbred [15], hvilket yderligere er dokumenteret på baggrund af data fra SHARE for perioden 2004 til 2011. Eksempelvis kunne en 65-årig kvinde i 2004 forvente at leve 19,0 år, heraf 12,5 år med godt selv vurderet helbred (svarende til 66,2 % af restlevetiden), mens en 65-årig kvinde i 2011 kunne forvente at leve 19,8 år, heraf 14,0 år med godt selv vurderet helbred (70,3 %) [14]. Der er ligeledes fundet en stigning i antallet af leveår med godt selv vurderet helbred i perioden 2010 til 2017 på baggrund af data fra Den Nationale Sundhedsprofil (DNS) [48]. Overordnet set viser de tre inkluderede studier en stigning i både antallet og andelen af forventede leveår med godt selv vurderet helbred blandt 65-årige i Danmark i perioden 2000 til 2017 [14, 15, 48].

Leveår uden langvarig sygdom

Udviklingen i forventede leveår uden langvarig sygdom blandt 65-årige er målt i to artikler og en rapport [14, 15, 48] (bilag 2b). Langvarig sygdom er i alle tre undersøgelser baseret på selvrapporterede oplysninger med svarkategorierne 'Ja' og 'Nej', dog målt med lidt variation i spørgsmålsformuleringerne [14, 15, 48].

På baggrund af data fra SUSY i perioden 2000 til 2005 er der fundet en stigning i antallet af forventede leveår uden langvarig sygdom, altså en positiv udvikling [15]. På baggrund af data fra SHARE i perioden 2004 til 2011 er der fundet en fortsat stigning i forventede leveår uden langvarig sygdom. Eksempelvis kunne en 65-årig mand i 2004 forvente at leve 16,0 år, heraf 5,6 år uden langvarig sygdom (35,3 % af restlevetiden), mens en 65-årig mand i 2011 kunne forvente at leve 17,1 år, heraf 8,2 år uden langvarig sygdom (47,7 %) [14]. I perioden 2010 til 2017 ses på baggrund af DNS en lille stigning i antallet af år uden langvarig sygdom, men en stagnation, når der ses på udviklingen i andelen af den forventede restlevetid. Eksempelvis kunne en 65-årig mand i 2010 forvente at leve 8,8 år uden langvarig sygdom (54,0 % af restlevetiden), mens det i 2017 var 9,2 år (52,2 %) [48]. Overordnet set viser de tre inkluderede studier en stigning i både antallet og andelen af leveår uden langvarig sygdom blandt 65-årige i Danmark i perioden 2000 til 2011 [14, 15], mens der i perioden 2010 til 2017 ses en stigning i antallet, men en stagnation målt på andelen [48].

Leveår uden aktivitetsbegrænsninger

Udviklingen i forventede leveår uden aktivitetsbegrænsninger blandt 65-årige er målt i fire studier. [13-15, 49] (bilag 2c). De inkluderede studier har anvendt forskellige mål til at belyse aktivitetsbegrænsninger. Et studie har på baggrund af SUSY-data anvendt ét mål for fysiske aktivitetsbegrænsninger (f.eks. at kunne løfte 5 kg.) og ét mål for kommunikative aktivitetsbegrænsninger (f.eks. at kunne læse en avis). På baggrund heraf er der overordnet set vist en stigning i antallet af forventede leveår uden både fysiske og kommunikative aktivitetsbegrænsninger i perioden 2000 til 2005 [15], altså en positiv udvikling.

Tre studier har på baggrund af data fra henholdsvis SHARE [13, 14] og EU-SILC [49] anvendt et overordnet mål for aktivitetsbegrænsninger, hvor svarpersonerne subjektivt har vurderet, om de på grund af helbredsproblemer er begrænset i almindelige dagligdagsaktiviteter. To af studierne, som begge benytter data fra SHARE, har beregnet antal år henholdsvis uden aktivitetsbegrænsninger, med milde aktivitetsbegrænsninger og med betydelige aktivitetsbegrænsninger [13, 14]. Betydelige

begrænsninger indebærer, at svarpersoner angiver, at de er 'svært begrænsede' i almindelige aktiviteter. På baggrund heraf er der fundet en stigning i antallet af leveår uden aktivitetsbegrænsninger, både i perioden 2004 til 2011 og i perioden 2006 til 2013/14 [13, 14], altså en positiv udvikling. Dog er antallet af år med betydelige aktivitetsbegrænsninger stort set uændret i perioden [13, 14], altså stagneret. Således kunne en 65-årig kvinde i 2004 forvente at leve 3,0 år med betydelige aktivitetsbegrænsninger, hvilket var det samme som for en 65-årig kvinde i 2011 [14].

På baggrund af data fra EU-SILC er der fundet en stagnation i antallet af leveår uden aktivitetsbegrænsninger i perioden 2008 til 2015 [49]. Det bør dog tilføjes, at dataindsamlingsmetoden i EU-SILC er blevet ændret undervejs. I de første år er data hovedsageligt indsamlet som telefoninterviews, men fra omkring 2013 blev størstedelen indsamlet som web-baserede spørgeskemaer [50, 51]. Dette kan have betydning for sammenligneligheden over tid, idet det er velkendt, at dataindsamlingsmetoden kan påvirke, hvordan folk besvarer spørgeskemaer.

Leveår med godt mentalt helbred

Udviklingen i forventede leveår med godt mentalt helbred blandt 65-årige er målt i en rapport på baggrund af data fra DNS i perioden 2010 til 2017 [48] (bilag 2d). I rapporten benyttes den mentale helbredskomponent i SF-12 til at belyse godt mentalt helbred. Overordnet set er der sket en lille stigning i antallet af leveår med godt mentalt helbred, mens andelen af restlevetiden med godt mentalt helbred er stagneret i perioden. Eksempelvis kunne en 65-årig kvinde i 2010 forvente at leve 17,2 år med godt mentalt helbred (89,7 % af restlevetiden), mens det i 2017 var 18,1 år (88,9 %) [48].

Delkonklusion

Udviklingen i gode leveår kan både beskrives ud fra udviklingen i antallet af gode leveår (hvor mange år kan en 65-årige forvente at leve med godt helbred) samt andelen (hvor stor en andel af restlevetiden kan forventes at leves med godt helbred). Udviklingen i antallet og andelen af gode leveår behøver ikke nødvendigvis at være ens. Der kan således godt være en stigning i antallet af gode leveår samtidig med en stagnation i andelen.

Overordnet set er der sket en stigning i både antallet og andelen af gode leveår blandt personer på 65 år i Danmark, målt som år med godt selv vurderet helbred og år uden langvarig sygdom (2000-2017), altså en positiv udvikling. På baggrund af en opgørelse om leveår med godt mentalt helbred ses ligeledes en mindre stigning i antallet af år med godt mentalt helbred, dog stagneret opgjort som andel (2010-2017). Det vil sige, at flere indikatorer for gode leveår peger på, at der er sket en positiv udvikling i løbet af de seneste årtier. Baseret på antal år uden aktivitetsbegrænsninger ses ligeledes en positiv udvikling i starten af 00'erne. Dog er udviklingen stagneret målt på antallet af år med betydelige aktivitetsbegrænsninger (2004-2013/14). Dertil peger data fra EU-SILC på, at der er sket en stagnation i antallet af år uden aktivitetsbegrænsninger i perioden 2008 til 2015. Stagnationen baseret på data fra EU-SILC skal dog tolkes med forbehold, da der i løbet af opfølgningstiden er sket en ændring i dataindsamlingsmetoden.

3.3 Udvikling i prævalens og incidens af helbredsindikatorer

Beskrivelsen af udviklingen i prævalens og incidens af helbredsindikatorer vil i nærværende litteraturgennemgang omfatte udvalgte kroniske sygdomme, fysisk og kognitivt funktionsniveau, aktiv deltagelse i livet, mental sundhed samt overordnede helbredsindikatorer. I litteraturgennemgangen er i alt inkluderet 29 studier blandt personer på 65 år eller derover i Danmark.

De inkluderede helbredsindikatorer er udvalgt efter kriterierne:

- 1) Indbefattet i definitionen af sund aldring (afsnit 1.3)
- 2) Videnskabelige studier inden for aldringsforskningen har fundet indikatorerne valide til at belyse sund aldring
- 3) Der findes tilstrækkelige, danske data til, at udviklingen i løbet af det seneste to årtier kan beskrives.

Prævalens og incidens

En sygdomshyppighed kan beskrives ud fra, hvor mange der har en given sygdom (prævalens), men kan også beskrives ud fra, hvor mange der får sygdommen (incidens). Prævalens er således et udtryk for andelen eller antallet af en studiepopulation, der lever med en given sygdom på et givent tidspunkt. Incidens er derimod et udtryk for andelen eller antallet af nye tilfælde i studiepopulationen over en given periode (typisk et kalenderår) [52].

Antallet af personer på 65 år eller derover er stigende i Danmark. For en lang række helbredsindikatorer er det således forventeligt, at de absolutte antal sygdomstilfælde vil være steget i løbet af de seneste årtier, alene fordi der er flere personer i denne aldersgruppe nu end tidligere. Da formålet med litteraturgennemgangen er at beskrive udviklingen i ældres helbredstilstand, altså at sammenligne ældre i dag med tidligere, vil udviklingen blive beskrevet i relative mål, som tager højde for ændringer i befolkningssammensætningen. Det vil sige, at udviklingen ikke vil blive beskrevet ud fra absolutte antal. For prævalens vil udviklingen blive beskrevet ud fra opgørelser, som er angivet i andele, det vil sige i procent (eller lignende). For incidens vil udviklingen ikke blive beskrevet ud fra det absolutte antal af incidente tilfælde (antallet af personer der får sygdommen), men alene ud fra incidensraten, for eksempel opgjort som antallet af personer, der får sygdommen, per 1.000 personer i en given aldersgruppe per år.

3.3.1 Kroniske sygdomme

Kroniske sygdomme er her afgrænset til de ikke-smitsomme sygdomme, der ifølge Global Burden of Disease Study (GBD) bidrager til mere end 1 % af de sygdomsjusterede leveår, DALYs (eng. *Disability-Adjusted Life Years*) blandt ældre danskere.

DALYs er et mål, som kan anvendes til at pege på de sygdomme, der udgør den største byrde i befolkningen. Dét at udvælge sygdomme på baggrund af DALYs er en hyppigt anvendt metode (se f.eks. [53]), og afgrænsningen på 1 % er baseret på et engelsk litteraturstudie [9]. GBD anvender et bredt datagrundlag til beregningerne af DALYs, herunder demografiske data og interviews (for metode, se f.eks. [54, 55]). Beregningen af DALYs er baseret på, hvor mange tidlige dødsfald der

kan tilskrives sygdommen (tabte leveår), og hvor mange år personer lever med sygdommen (år levet med sygdom). Sygdommene er gradueret efter, hvor meget det antages, at sygdommen samlet set forværrer helbredstilstanden. For eksempel vægter et år levet med svær demens langt tungere end et år levet med astma [54, 55].

I opgørelsen fra GBD (2017) bidrager følgende sygdomme nævnt i faldende rækkefølge til mere end 1 % af de sygdomsjusterede leveår blandt ældre danskere: Iskæmisk hjertesygdom, KOL, Alzheimers og anden demenssygdom, apopleksi, lungekræft, diabetes, tyk- og endetarmskræft, prostatakræft, aldersrelateret høretab, atrieflimren (inklusive atrieflagren), brystkræft og nakkesmerter. Yderligere er der i litteraturgennemgangen søgt på studier, der undersøger udviklingen i forekomsten af lænderygsmerter, kronisk nyresygdom og bugspytkirtelkræft blandt ældre i Danmark, hvor der med den anvendte søgestrategi ikke blev identificeret relevante studier [56].

Tabel 3.2 viser en oversigt over de studier, der belyser udviklingen i de specifikke kroniske sygdomme, datagrundlag samt de overordnede resultater.

Tabel 3.2 Udvikling i kroniske sygdomme blandt ældre i Danmark. Opsummering af resultater fra de inkluderede studier og datagrundlag

Helbredsindikator og datagrundlag (n, studier)	Periode	Alder	Opsummering af resultater	Konklusion
Iskæmisk hjertesygdom (n=4)				
LPR og Dødsårsagsregisteret [57] LPR [58, 59] DNS [11]	2000-2017 ^a	65+	Et studie har undersøgt den samlede udvikling i iskæmisk hjertesygdom og vist en stigning i prævalensen fra 2000 til 2009, men fald i incidensraten. Baseret på selvrapporterede hjertekramper ses en overordnet stagnation i forekomst fra 2010 til 2017. To registerbaserede studier viser en et fald i incidensraten i blodprop i hjertet fra 2004 til 2012.	Stigende prævalens, faldende incidensrate
KOL (n=1)				
DNS [11]	2010-2017	65+	Baseret på selvrapporterede data om KOL ses en aldersspecifik udvikling i perioden 2010 til 2017. For gruppen af de ældste ældre (85+) ses en stigning i andelen, der lever med KOL, mens der blandt de 75-84-årige ses et fald. Endelig ses en stagnation blandt de 65-74-årige.	Aldersspecifik udvikling
Demens (n=3)				
Nationale registre ^b [30, 60, 61]	1995-2015	65+	Omkring år 2000 (1995-2003) ses en stigning i incidensraten af demens, der siden 2003 er blevet afløst af et fald. Samtidig har der været en stigning i prævalensen fra 1996 frem til 2015, dog forholdsvis uændret fra 2010.	Stigende prævalens, faldende incidensrate
Apopleksi (n=1)				
LPR [62]	1997-2009	65+	Baseret på data om hospitalsbehandlede apopleksitilfælde har der været en forholdsvis uændret incidensrate fra 1997 til 2009.	Stagnation i incidensrate
Lungekræft (n=2)				
NORDCAN [63, 64]	1998-2012 ^a	65+	Blandt kvinder ses en konstant stigning i incidensraten i perioden (1998-2012). Blandt mænd er udviklingen i incidensraten aldersspecifik, hvor der hos de 65-79-årige ses et fald eller en stagnation, mens der blandt de 80+ årige ses en stigning.	Stigende incidensrate blandt kvinder, aldersspecifik blandt mænd

Tabel 3.2 – fortsat

Diabetes (n=2)				
Danske diabetesregistre [65, 66]	1995-2016	65+	I perioden 1995-2016 er der sket en markant stigning i andelen af ældre, der lever med diabetes. Ligeledes har incidensraten af diabetes været stigende, dog med lidt udsving i perioden 1996-2016.	Stigende prævalens og incidensrate
Tyk- og endetarmskræft (n=2)				
NORDCAN/Cancerregisteret [67, 68]	2000-2012 ^a	70+	Overordnet set er udviklingen usystematisk, dog med en tendens til en lille stigning i incidensraten af tyktarmskræft, samtidig med en tendens til et mindre fald i incidensraten af endetarmskræft.	Usystematisk
Prostatakræft (n=3)				
NORDCAN/Cancerregisteret [69-71]	1995-2013 ^a	70+	Der ses en markant stigning incidensraten af prostatakræft fra midten af 1990'erne og frem til 2005/08, hvorefter der ses et fald.	Stigende incidensrate frem mod 2005/08, herefter fald
Aldersrelateret høretab (n=1)				
SUSY [11]	2010-2017	65+	I perioden 2010-2017 har der været et fald i andelen af ældre, der uden besvær kan høre, hvad der bliver sagt under en normal samtale med tre eller flere personer.	Faldende prævalens med god hørelse
Atrieflimren (n=1)				
LPR [72]	2000-2012 ^a	70+	Baseret på data fra Landspatientregisteret er der vist en stigning i incidensraten af atrieflimren blandt ældre.	Stigende incidensrate
Brystkræft (n=2)				
NORDCAN [71, 73]	2000-2013 ^a	70+	I perioden 2000-2013 ses en stigning i incidensraten af brystkræft blandt ældre kvinder, som dog toppede i 2010, hvorefter der ses et fald frem mod 2013.	Stigende incidensrate
Nakkesmerter (n=1)				
DNS [11]	2010-2017	65+	Andelen af ældre, der har smerter eller ubehag i skulder eller nakke, er stagneret i perioden 2010-2017.	Stagneret prævalens

LPR: Landspatientregisteret

SUSY: Sundheds- og Sygelighedsundersøgelserne

DNS: Den Nationale Sundhedsprofil

^a Helbredsindikatoren bliver undersøgt længere tilbage i tiden, men i nærværende litteraturgennemgang beskrives alene udviklingen fra år 2000 og frem^b Alle tre studier har anvendt en kombination af danske registre. Et studie har anvendt LPR og Lægemedelstatistikregisteret [60]. Et har anvendt LPR, Lægemedelstatistikregisteret og det Psykiatriske Centralregister [30]. Et studie har anvendt LPR og det Psykiatriske Centralregister [61]

Iskæmisk hjertesygdom

Iskæmisk hjertesygdom er en samlet betegnelse for en række sygdomme forårsaget af en reduceret blodforsyning til hjertet [74]. På trods af et fald i dødeligheden i mange år udgør iskæmisk hjertesygdom stadig én af de enkeltsygdomme, som flest danskere dør af [75]. Iskæmisk hjertesygdom dækker over flere hjertesygdomme, herunder hjertekramper (angina pectoris) og blodprop i hjertet (myokardieinfarkt) [74].

Et studie har undersøgt den samlede udvikling i iskæmisk hjertesygdom baseret på data fra Landspatientregisteret og Dødsårsagsregisteret. Dette studie finder en stigende andel blandt ældre, der lever med sygdommen, fra 2000 til 2009 (stigende prævalens). En opgørelse over incidensraten i samme periode viser et fald blandt de ældre. Dette kan virke paradoksalt, men da iskæmisk hjertesygdom anses som en kronisk sygdom, vil personer, der får diagnosen, tælle med som syge indtil deres død (eller emigration). Hvis overlevelsen forbedres, altså at personer lever

længere med sygdommen, kan det medføre en stigende prævalens som følge af, at de, der har sygdommen, lever længere med sygdommen. Dette virker til at være tilfældet med iskæmisk hjertesygdom [57].

Hjertekramper (angina pectoris)

Et studie har på baggrund af selvrapporterede data fundet en stagnation i andelen af personer på 65 år eller derover, der lever med hjertekramper, i perioden 2010 til 2017 [11].

Blodprop i hjertet (myokardieinfarkt)

To studier har undersøgt udviklingen i førstegangshospitalsbehandlede blodpropper i hjertet. Efter en stigning i incidensraten i starten af 00'erne (2000-2004), særligt blandt de ældste ældre på 80 år eller derover [59], ses et støt fald frem til 2012 [58, 59]. Stigningen omkring år 2000 kan være påvirket af ændrede diagnostiske kriterier i denne periode [59].

Hjertesvigt

Iskæmisk hjertesygdom kan medføre hjertesvigt. Et studie har vist et fald i incidensraten af både iskæmisk og ikke-iskæmisk hjertesvigt blandt personer på 65 år eller derover i perioden 2000 til 2012 [76].

KOL

Kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) er en hyppig kronisk sygdom, som omtrent 13 % blandt danskere på 75 år eller derover er diagnosticeret med [33]. Den største risikofaktor for KOL er rygning, og sygdommen er karakteriseret ved, at den medfører tiltagende åndenød [77]. I et europæisk perspektiv har Danmark en meget høj forekomst af KOL og KOL-relaterede dødsfald [78].

Et studie har undersøgt udviklingen i andelen blandt ældre med selvrapporteret KOL, kronisk bronkitis og emfysem (herefter benævnt KOL) i perioden 2010 til 2017. For gruppen af de ældste ældre på 85 år eller derover ses en stigende andel, der lever med KOL, mens der blandt de 75-84-årige ses et fald. Blandt de 65-74-årige er der sket en stagnation [11]. Udviklingen i selvrapporteret KOL er for perioden 2010 til 2017 således aldersspecifik. Det bør dog tilføjes, at mindst ét dansk studie har undersøgt udviklingen i hospitalskrævende KOL baseret på registeroplysninger. Dette studie finder en stigning i andelen blandt personer på 75 år eller derover med hospitalskrævende KOL i perioden 2002 til 2009, og særligt blandt kvinder. Derimod ses et fald blandt de lidt yngre ældre i aldersgruppen 60-74 år [79]. Samlet set er udviklingen i KOL aldersspecifik, baseret på både selvrapporterede data og hospitalsbehandlede KOL-tilfælde.

Alzheimers og anden demenssygdom

Demens er en fællesbetegnelse for en række sygdomme, der indebærer en vedvarende kognitiv svækkelse, der udvikles i voksenlivet [80]. Alzheimers er årsag til omkring 60 % af alle demenstilfælde og er således den hyppigste demenssygdom. Demens påvirker hukommelse samt ofte også dømmekraft, abstraktionsevne, færdigheder og personlighed [77, 81]. Risikoen for demens stiger markant med alderen. Blandt de 65-69-årige har under 1 % en demensdiagnose, mens andelen blandt personer på 90 år eller derover er 14 % [30]. Det anslås dog, at tallet reelt set er større, da ikke alle personer med demens har en demensdiagnose registreret i et nationalt register [81]. Tre studier har undersøgt udviklingen i demens blandt ældre i Danmark, hvoraf to af

studierne har undersøgt udviklingen i demens generelt [30, 61], mens ét studie alene har inkluderet Alzheimers [60].

Udviklingen i Alzheimers varierer over tid, hvor der omkring årtusindeskiftet (2000-2003) ses en stigning i incidensraten, efterfulgt af en stagnation (2003-2009) [60]. Ligeledes viser to studier af udviklingen i demens en støt stigende incidensrate omkring år 2000 (1995-2003) [30, 61], mens der ses en svagt faldende incidensrate i perioden 2003 til 2015 [30]. Det vil sige, at der siden 2003 har været et fald i andelen af en ældreårgang, der årligt diagnosticeres med demens. Derimod ses en stigning i andelen af ældre, der lever med demens, i perioden 1996-2015; dog har andelen været forholdsvis stabil siden 2010 [30]. Stigningen i incidensraten omkring år 2000 kan være påvirket af, at der kom mere opmærksomhed på demens i denne periode, med åbning af demensklivker i midten af 1990'erne og introduktion af ny medicin [30, 61].

Apopleksi

Apopleksi, også kaldet slagtilfælde eller stroke, er en blodprop eller blødning i hjernen. Dødeligheden i den første måned efter apopleksi er op til 15 %, dog med variation afhængigt af apopleksitype [77]. Størstedelen af apopleksipatienter vil efter endt hospitalsbehandling kunne udskrives som selvhjulpne, men ca. 15 % kommer efter endt behandling på plejebolig [77].

Et studie har undersøgt udviklingen i førstegangshospitalsbehandlede apopleksitilfælde og viser, at der i perioden 1997 til 2009 ses en forholdsvis konstant incidensrate i alle aldersgrupper, herunder blandt personer på 65 år eller derover [62]. Dertil bør det nævnes, at et nyere studie har belyst udviklingen i førstegangshospitalsbehandlede tilfælde af iskæmisk apopleksi, som er den hyppigste apopleksitype. Dette studie viser en stigende incidensrate omkring år 2000 (1996-2002), hvorefter der ses et fald i en lang årrække (2002-2016) [82].

Lungekræft

Lungekræft er den kræftform, som medfører flest dødsfald i Danmark [75], og i en europæisk kontekst har Danmark, og særligt danske kvinder, en meget høj forekomst [63]. Der er en stærk sammenhæng mellem rygning og lungekræft, og 80-90 % af dem, der udvikler lungekræft, enten ryger eller har tidligere røget [77].

To studier har undersøgt udviklingen i lungekræft blandt ældre i Danmark baseret på NORDCAN-data [63, 64]. Begge studier viser, at udviklingen er kønsspecifik, hvor der blandt kvinder på 65 år eller derover ses en markant stigning i incidensraten i det 21. århundrede, målt frem til 2012 [63, 64]. Blandt mænd er udviklingen i incidensraten aldersspecifik, hvor der i aldersgruppen 65-79 år ses et fald eller en stagnation [63, 64], mens der blandt de ældste mænd på 80 år eller derover ses en stigning i incidensraten [64].

Diabetes

Type 2-diabetes er én af de hyppigste kroniske sygdomme blandt ældre, som omtrent 15 % blandt personer på 75 år eller derover er registreret med i Danmark [33]. Yderligere forventes der at være et stort antal ikke-diagnosticerede sygdomstilfælde. Type 2-diabetes er en sygdom, der i høj grad forekommer hos overvægtige personer med nedsat fysisk aktivitet [77].

Udviklingen i diabetes blandt ældre i Danmark er målt i to studier. Det ene viser udviklingen samlet for type 1- og type 2-diabetes [65], mens det nyeste studie fra 2020 opdeler på de to typer [66]. Begge studier viser en markant stigning i andelen af ældre, der lever med diabetes i Danmark i perioden 1995 til 2016 [65, 66]. Ligeledes er incidensraten generelt set steget i perioden 1996 til 2016, dog med mindre årlige udsving [66].

Tyk- og endetarmskræft

Tyk- og endetarmskræft er én af de hyppigste kræftformer i Danmark, som særligt rammer ældre [83]. To studier har undersøgt udviklingen i incidensraten af tyk- og endetarmskræft blandt ældre danskere. Det ene studie omfatter ældre på 75 år eller derover og viser udviklingen fra 2003 til 2012 [68], mens det andet studie viser udviklingen fra 1980 til 2012 blandt ældre på 70 år eller derover [67]. Overordnet set viser studierne en usystematisk udvikling, dog med en let stigning i incidensraten af tyktarmskræft og en tendens til et mindre fald i incidensraten af endetarmskræft (inklusive analkræft) [67, 68].

De inkluderede studier belyser alene udviklingen i incidensraten af tyk- og endetarmskræft frem til 2012. Imidlertid blev der i 2014 indført screening for tarmkræft blandt de 50-74-årige i Danmark [84], hvilket må forventes at have påvirket udviklingen i de senere år.

Prostatakræft

Prostatakræft er den hyppigst diagnosticerede kræftform blandt danske mænd [84] og dén kræftform, der kan tilskrives næstflest dødsfald blandt mænd (efter lungekræft) [75].

Tre studier beskriver udviklingen i incidensraten af prostatakræft blandt ældre mænd i Danmark [69-71]. Studierne viser en markant stigning i incidensraten af prostatakræft fra midten af 1990'erne og frem mod 2005/08 [69-71], hvorefter der ses et fald frem mod 2013 [70, 71]. Udviklingen i incidensraten af prostatakræft varierer således over tid. Udviklingen i prostatakræft skal blandt andet ses i lyset af brugen af PSA-testning, hvor der fra 1990'erne skete en stigning i dens anvendelse [69]. Fra 2009 faldt anvendelsen af PSA-test imidlertid igen, blandt andet på baggrund af ændrede anbefalinger fra danske urologer [84].

Aldersrelateret høretab

Forekomsten af aldersrelateret høretab stiger særligt efter 55-årsalderen [85]. Høretab måles og afgrænses på flere måder i faglitteraturen og kan således både omfatte kliniske undersøgelser og selvrapporterede mål for egen funktionelle oplevelse af hørelsen [86].

På baggrund af data fra SUSY er udviklingen i andelen blandt ældre, der uden besvær kan høre en normal samtale mellem tre eller flere personer, undersøgt – altså andelen, der *ikke* har problemer med hørelsen. Andelen er meget aldersafhængig og falder i 2017 eksempelvis fra 71 % blandt 65-74-årige kvinder til 34 % blandt kvinder på 85 år eller derover. I perioden 2010 til 2017 ses et mindre fald i andelen af ældre, der uden besvær kan høre en samtale mellem tre eller flere personer. Det største fald ses blandt de ældste mænd på 85 år eller derover, hvor andelen i 2010 er 31 %, mens den i 2017 er 19 % [11]. Der er således sket en negativ udvikling i perioden 2010 til 2017.

Atrieflimren

Atrieflimren (inklusive atrieflagren) er en relativt hyppig hjerterytmeforstyrrelse blandt ældre, som omtrent 13 % blandt personer i Danmark på 75 år eller derover er diagnosticeret med [33]. Der er i dette litteraturstudie ikke identificeret studier, som har undersøgt udviklingen i atrieflimren i den generelle ældrepopulation. Dog har et studie undersøgt udviklingen i førstegangshospitalsdiagnosticeret atrieflimren på baggrund af data fra Landspatientregisteret. Dette studie finder en stigning i incidensraten af atrieflimren blandt personer 70 år eller derover i hele perioden fra 1983 og frem, også i perioden 2000 til 2012 [72]. Det er dog vigtigt at være opmærksom på, at dette studie er baseret på hospitalsoplysninger. Udviklingen skal således fortolkes med forbehold for, at denne kan være påvirket af potentielle ændringer i procedurer for hospitalsindlæggelser.

Brystkræft

Brystkræft er den hyppigste kræftform blandt kvinder i Danmark [77] og den kræftform, der kan tilskrives næstflest dødsfald blandt danske kvinder (efter lungekræft) [75]. To studier har belyst udviklingen i brystkræft blandt ældre kvinder baseret på NORDCAN-data [71, 73]. Begge studier viser, at der blandt danske kvinder på 70 år eller derover har været en stigning i incidensraten mellem 2000 og 2013, dog med den højeste incidensrate omkring år 2010 [71, 73]. Denne stigning ses i alle aldersgrupper, på nær blandt de ældste kvinder på 90 år eller derover, hvor der ses en stagnation i perioden [73].

Nakkesmerter

En stor andel blandt ældre har smerter i bevægeapparatet, herunder nakke eller skuldre. Baseret på selvrapporterede data har henholdsvis 16 % og 10 % blandt kvinder og mænd på 65 år eller derover været generet af smerter eller ubehag i skulder eller nakke inden for de seneste 14 dage. I perioden 2010 til 2017 er andelen stagneret [11].

Delkonklusion

Samlet set er udviklingen i kroniske sygdomme i løbet af de seneste årtier ikke entydig, men varierer fra sygdom til sygdom. I flere tilfælde varierer udviklingen for en given sygdom endvidere i forhold til periode, køn eller alder.

Herunder præsenteres i hovedtræk udviklingen for de inkluderede kroniske sygdomme.

Negativ udvikling

For en række kroniske sygdomme er der blandt ældre danskere sket en stigning i forekomsten i løbet af de seneste årtier. Eksempelvis er der sket en stigning i andelen, der lever med diabetes og iskæmisk hjertesygdom. Ligeledes er der sket en stigning i incidensraten af atrieflimren og hos kvinder en stigning i incidensraten af brystkræft og lungekræft. Endvidere er der en mindre andel blandt ældre, der har en god funktionel hørelse (kan høre en samtale), det vil sige, at udviklingen dermed er negativ.

Stagnation

For andre af de undersøgte sygdomme er forekomsten uændret i perioden, altså stagneret. Dette gælder blandt andet for andelen med selvrapporterede hjertekramper (angina pectoris) og nakkesmerter.

Ingen entydig udvikling

For en række sygdomme varierer udviklingen i forhold til periode, køn eller alder. Udviklingen i KOL er eksempelvis aldersafhængig. Blandt de ældste ældre ses således en stigning i andelen, der lever med KOL, mens andelen er faldet blandt de lidt yngre ældre. For prostatakræft varierer udviklingen over tid, hvor der i starten af 00'erne ses en stigning i incidensraten, efterfulgt af et fald efter 2005/08.

For demens varierer udviklingen over tid og afhænger af, om udviklingen opgøres som incidensrate eller prævalens. Baseret på udviklingen i incidensraten ses en stigning omkring år 2000 (1995-2003), hvorefter kurven knækker, og siden 2003 ses et fald (2003-2015). Derimod ses en stigning i andelen, der lever med demens, i perioden 1996 til 2015, dog forholdsvis stabil fra 2010.

3.3.2 Kognitivt og fysisk funktionsniveau

I litteraturgennemgangen er der inkluderet studier, som undersøger udviklingen i både kognitivt og fysisk funktionsniveau. Fysisk funktionsniveau belyses både ud fra fysiske tests samt selvrapporterede aktivitetsbegrænsninger. Tabel 3.3 viser en oversigt over fundene i de inkluderede studier, der har undersøgt udviklingen i funktionsniveauet blandt ældre i Danmark.

Tabel 3.3 Udvikling i kognitivt og fysisk funktionsniveau blandt ældre i Danmark. Opsummering af resultater fra de inkluderede studier og datagrundlag

Helbredsindikator og datagrundlag (n, studier)	Periode	Alder	Opsummering af resultater	Konklusion
Kognitivt funktionsniveau (n=2)				
De danske 1895-, 1905-, og 1915-fødselskohorter [87, 88]	1995-2010	92+	I 2010 havde personer på 95 år et bedre kognitivt funktionsniveau sammenlignet med 93-årige i 1998, på trods af at være i gennemsnit to år ældre. Der ses ingen entydig udvikling i kognitivt funktionsniveau blandt 100-årige i år 2005 i forhold til 100-årige i 1995, men i dette studie indgik kun en lille studiepopulation.	Positiv udvikling
Fysisk funktionsniveau (n=6)				
DNS og SUSY [11] Ældredatabasen [89] SHARE [10] De danske 1895-, 1905-, og 1915-fødselskohorter [87, 90, 91]	1995-2017	65+	Resultaterne varierer mellem de specifikke mål for fysisk funktionsniveau og de specifikke aldersgrupper. Studierne tyder enten på en stagnation eller en forbedring.	Stagnation eller positiv udvikling

SUSY: Sundheds- og Sygelighedsundersøgelserne
DNS: Den Nationale Sundhedsprofil

Kognitivt funktionsniveau

Kognitivt funktionsniveau vedrører de mentale processer, der er afgørende for, hvordan folk husker, tænker, lærer, planlægger og kan løse problemer. Det indebærer såvel evnen til at huske tidligere begivenheder og indlærte kompetencer som evnen til at planlægge handlinger, såsom at tage sin medicin [92, 93].

To studier har undersøgt udviklingen i ældres kognitive funktionsniveau ved at sammenholde data fra to fødselsårsgange født med 10 års mellemrum [87, 88]. Her er kognition målt ud fra hyppigt anvendte kognitive tests. Det ene studie har sammenholdt resultater fra to fødselsårsgange (født i henholdsvis 1905 og 1915), da personerne var i 90-årsalderen [87], mens det andet studie har sammenholdt personer på 100 år (født i henholdsvis 1895 og 1905) [88]. Det ene studie finder, at der er sket en markant forbedring i de ældste ældres kognitive funktionsniveau. Personer, der var 95 år i 2010, klarede sig således bedre kognitivt end dem, der var i 93 år i 1998, på trods af, at de i gennemsnit var to år ældre [87]. Studiet blandt de 100-årige finder dog ingen systematisk forskel i det kognitive funktionsniveau, men studiepopulationen var meget lille, hvilket gør det svært at finde en statistisk signifikant forskel mellem grupperne [88].

Det bør tilføjes, at et studie har undersøgt udviklingen i ældres kognitive funktionsniveau i Europa. I dette studie ses på baggrund af en nordisk studiepopulation med personer fra Sverige og Danmark en forbedring i kognitivt funktionsniveau fra 2004 til 2013 blandt personer på 65 år eller derover. Der skal dog tages forbehold for, at resultaterne fra dette studie ikke er afgrænset til Danmark alene [94].

Fysisk funktionsniveau

Fysisk funktionsniveau er et begreb, der vedrører individets kapacitet til at udføre fysiske opgaver i dagligdagen og kan dels måles ud fra objektive, fysiske tests (såsom gribestyrke), dels ud fra selvrapporterede spørgsmål om aktiviteter (såsom selv at kunne tage tøj på) [95]. Studier har vist, at fysisk aktivitet har en positiv effekt på ældres fysiske funktionsniveau [96].

Seks studier har undersøgt udviklingen i fysisk funktionsniveau blandt ældre. Fysisk funktionsniveau er hovedsageligt målt på baggrund af selvrapporterede aktivitetsbegrænsninger [10, 11, 87, 89-91], men ét studie har også inkluderet objektive målte, fysiske tests [87]. Overordnet set oplever størstedelen af personer i alderen 65-74 år ingen begrænsninger i de adspurgte aktiviteter, såsom at gå 400 meter uden hvil, løfte 5 kg eller gå på trapper, mens disse aktiviteter er en udfordring for mange personer på 85 år eller derover. Eksempelvis kan 77 % blandt mænd i alderen 65-74 år uden besvær gå 400 meter uden hvil, mens det gælder for 37 % blandt mænd på 85 år eller derover [11].

En rapport baseret på tal fra Ældredatabasen har overordnet set vist en forbedring i perioden 1997 til 2017 i det fysiske funktionsniveau blandt personer på 67 år eller derover, målt på baggrund af selvrapporterede aktivitetsbegrænsninger. Eksempelvis har 18 % blandt de 87-årige i 2007 besvær med flere hverdagsaktiviteter og behøver hjælp til mindst én, mens der ses et fald i andelen til 11 % i 2017 [89]. Modsat viser et studie blandt personer på 80 år eller derover, at der er sket en stagnation i omfattende aktivitetsbegrænsninger fra 2004 til 2014 (SHARE) [10]. Ligeledes er der på baggrund af data fra SUSY og DNS i perioden 2010 til 2017 overordnet set fundet en stagnation i udviklingen, målt på baggrund af den fysiske helbredskomponent i SF-12¹ samt målt ud fra evnen til at gå 400 meter, løfte 5 kg og gå på trapper uden hvile blandt personer på 65 år eller derover [11].

¹SF-12 er et generisk spørgsmålsbatteri med i alt 12 spørgsmål, der belyser en persons selv vurderede helbredstilstand. På baggrund af besvarelsene af alle spørgsmål beregnes en samlet score for to helbredskomponenter, én for fysisk helbred og én for mentalt helbred.

Tre studier har undersøgt udviklingen i fysisk funktionsniveau blandt de ældste ældre på 90 år eller derover på baggrund af de danske 1895-, 1905-, og 1915-fødselskohortestudier [87, 90, 91]. To af studierne vedrører 100-årige, der begge viser en forbedring over tid i aktivitetsbegrænsninger, dog mest udtalt blandt kvinder [90, 91]. Således klarer 100-årige kvinder i 2005 sig bedre end 100-årige kvinder ti år før dem, blandt andet i forhold til selv at kunne tage tøj på, spise og gå i bad [90].

Ligeledes finder et studie, der sammenligner personer, der var 95 år i 2010, med personer, der var 93 år i 1998, en forbedring i aktivitetsbegrænsninger. Dette studie inkluderer desuden objektivt målte, fysiske tests (såsom gribestyrke) og finder ingen entydig udvikling [87].

Delkonklusion

Herunder præsenteres i hovedtræk udviklingen for henholdsvis kognitivt og fysisk funktionsniveau.

Positiv udvikling

Overordnet set er der sket en markant forbedring i ældres kognitive funktionsniveau, hvor ældre i dag dermed har et bedre kognitivt funktionsniveau end tidligere generationer af ældre.

Ingen entydig udvikling

Udviklingen i fysisk funktionsniveau er ikke entydig. En række studier tyder på, at der er sket en stagnation, mens andre studier tyder på en forbedring. De studier, der undersøger fysisk funktionsniveau, anvender forskellige mål, datagrundlag og aldersgrupper, hvilket formentlig kan forklare de forskellige resultater. Studierne blandt de ældste ældre på 90 år eller derover peger dog på, at der er sket en forbedring i selvrapporterede aktivitetsbegrænsninger i denne aldersgruppe, mens der i samme aldersgruppe ikke ses nogen systematisk udvikling i aktivitetsbegrænsninger målt på baggrund af fysiske tests.

3.3.3 Aktiv deltagelse i livet

Udviklingen i aktiv deltagelse i livet blandt ældre i Danmark er i denne rapport belyst ud fra indikatorer for henholdsvis frivilligt arbejde og sociale relationer. Tabel 3.4 viser en oversigt over fundene i de inkluderede studier, der har undersøgt udviklingen i indikatorer for aktiv deltagelse i livet blandt ældre i Danmark.

Tabel 3.4 Udvikling i aktiv deltagelse i livet blandt ældre i Danmark. Opsummering af resultater fra de inkluderede studier og datagrundlag

Helbredsindikator og datagrundlag (n, studier)	Periode	Alder	Opsummering af resultater	Konklusion
Frivilligt arbejde (n=2)				
Ældredatabasen [97] Frivillighedsundersøgelserne [98]	1997- 2017	65+	Der er sket en stigning i andelen af ældre, der arbejder frivilligt, vist på baggrund af resultater fra begge undersøgelser.	Positiv udvikling
Sociale relationer (n=3)				
DNS og SUSY [11] Ældredatabasen [99, 100]	1997- 2017	65+	På baggrund af flere mål for sociale relationer er der fundet enten en positiv udvikling eller en stagnation blandt ældre. Udviklingen varierer i forhold til køn, alder, mål og datagrundlag.	Usystematisk

SUSY: Sundheds- og Sygelighedsundersøgelserne
DNS: Den Nationale Sundhedsprofil

Frivilligt arbejde

Frivilligt arbejde kan beskrives som en ulønnet organiseret aktivitet, der udføres for andre personer end dem, man er i familie med. At frivilligt arbejde er organiseret indebærer, at det ikke inkluderer spontane aktiviteter, såsom at hjælpe en person over gaden [101].

To rapporter har belyst udviklingen i ældres frivillige arbejde i Danmark, og begge viser en stigning i andelen af ældre, der arbejder frivilligt. Således belyser en rapport på baggrund af Ældredatabasen udviklingen i ældres frivillige arbejde fra 1997 til 2017, hvor der ses en markant stigning i andelen blandt personer på 67 år eller derover, der udfører frivilligt arbejde. Eksempelvis udøver 17 % blandt de 77-årige frivilligt arbejde i 1997, mens andelen er 30 % i 2017 [97]. Ligeledes viser en rapport baseret på tal fra Frivillighedsundersøgelserne en stigning mellem 2004 og 2012 i andelen af ældre på 65 år eller derover, der udfører frivilligt arbejde [98].

Sociale relationer

Sociale relationer har stor betydning for ældres helbred og trivsel. Personer, der er ensomme, har flere kontakter til primær- og sekundærsektoren og lever i gennemsnit kortere end personer, der ikke er ensomme [102]. I denne rapport belyses udviklingen i ældres sociale relationer ud fra kvalitative mål, som beskriver, hvordan ældre oplever deres sociale relationer. Kvalitative mål for sociale relationer omfatter således ikke, hvor mange mennesker de ses med eller hvor ofte.

Tre danske rapporter belyser udviklingen i ældres sociale relationer på baggrund af data fra henholdsvis Ældredatabasen (1997-2012) [99, 100] samt SUSY og DNS (2010-2017) [11].

Baseret på begge datakilder er udviklingen målt i andelen af ældre, der ofte føler sig uønsket alene. Generelt set er det de færreste ældre, der ofte føler sig uønsket alene, dog stiger andelen med stigende alder. Således føler 4 % blandt kvinder i alderen 65-74 år sig ofte uønsket alene, mens det drejer sig om 14 % blandt kvinder på 85 år eller derover (2017) [11]. Baseret på data fra Ældredatabasen er der ikke sket en systematisk udvikling i andelen af ældre på 67 år eller derover, der ofte er uønsket alene, mellem 1997 og 2012 [99], mens der baseret på data fra DNS i perioden 2010 til 2017 overordnet set er fundet et fald i andelen af personer på 65 år eller derover, der ofte er uønsket alene, altså en positiv udvikling [11].

Begge datakilder har derudover målt andelen blandt ældre, der ikke har nogen at tale med omkring problemer, dog med lidt variation i spørgsmålsformulering og svarkategorier. Overordnet set har langt de fleste ældre nogen at tale med omkring problemer, hvilket gælder alle aldersgrupper blandt personer på 65 år eller derover. Eksempelvis svarer 96 % af de 67-årige og 94 % af de 82-årige kvinder, at de havde nogen at tale med omkring personlige problemer eller vanskeligheder (2012) [99]. Udviklingen er ikke entydig, idet data fra DNS (2010-2017) generelt set viser en positiv udvikling [11], mens der baseret på data fra Ældredatabasen ses en stagnation (1997-2012), på nær i enkelte aldersgrupper, hvor der ses en positiv udvikling [99].

Baseret på selvrapporterede besvarelser i SUSY er andelen målt blandt ældre, der ikke regner med at få praktisk hjælp fra andre ved sygdom. Det er kun en mindre andel af ældre, der ikke regner med at få hjælp, og dette gælder for alle aldersgrupper. For eksempel svarer 6 % blandt kvinder i alderen 85 år eller derover, at de ikke regner med hjælp. I perioden 2010 til 2017 ses en stagnation i udviklingen [11].

Baseret på data fra Ældredatabasen er andelen målt blandt ældre, der ofte eller af og til føler sig ensomme. Der er ikke sket nogen systematisk udvikling fra 1997 til 2007 på tværs af køn og aldersgrupper. Således ses blandt 67-77-årige kvinder et fald i andelen, mens der blandt mænd og de ældste kvinder ses en stagnation [100].

Delkonklusion

Herunder præsenteres i hovedtræk udviklingen for de inkluderede indikatorer for aktiv deltagelse i livet.

Positiv udvikling

I løbet af de seneste årtier er der sket en markant stigning i andelen af ældre, der udfører frivilligt arbejde.

Ingen entydig udvikling

Der ses en noget usystematisk udvikling i ældres sociale relationer, idet udviklingen varierer i forhold datagrundlag, køn, alder og indikator.

3.3.4 Mental sundhed

Mange ældre har et godt mentalt helbred, men der er også en del ældre, der har depressive symptomer og føler sig trist til mode. Det anslås, at omtrent 18 % blandt ældre har depressive symptomer [103].

Udviklingen i mental sundhed blandt ældre i Danmark er i denne rapport belyst ud fra indikatorerne: Depressive symptomer, at føle sig trist til mode, dårligt mentalt helbred samt psykisk velbefindende. Yderligere er der søgt efter litteratur vedrørende udviklingen i livskvalitet/tilfredshed med livet, men ud fra den anvendte søgestrategi er der ikke identificeret relevante studier. Tabel 3.5 viser en oversigt over fundene i de inkluderede studier, der har undersøgt udviklingen i mental sundhed blandt ældre i Danmark.

Tabel 3.5 Udvikling i mental sundhed blandt ældre i Danmark. Opsummering af resultater fra de inkluderede studier og datagrundlag

Helbredsindikator og datagrundlag (n, studier)	Periode	Alder	Opsummering af resultater	Konklusion
Mental sundhed (n=3)				
De danske 1905- og 1915-fødselskohorter [87] DNS [11] Ældredatabasen [99]	1997-2017	65+	Mental sundhed er målt på baggrund af forskellige indikatorer og i forskellige aldersgrupper i de tre studier, men overordnet set finder alle tre studier, at der ikke er sket en nævneværdig udvikling over tid blandt ældre.	Stagnation

DNS: Den Nationale Sundhedsprofil

Tre studier har undersøgt udviklingen inden for forskellige aspekter af mental sundhed blandt ældre i Danmark [11, 87, 99].

Ét af studierne har sammenholdt depressive symptomer blandt 95-årige i 2010 med 93-årige i 1998 for at undersøge udviklingen blandt de allerældste. Resultaterne fra dette studie viser, at der ingen tydelig forskel er i depressive symptomer over tid [87].

På baggrund af data fra DNS er andelen af ældre på 65 år eller derover, der føler sig trist til mode, og andelen med dårligt mentalt helbred (SF-12) opgjort for perioden 2010 til 2017 [11]. Det er alene en mindre andel af de ældre, der det meste af tiden føler sig trist til mode. For eksempel svarer 6 % blandt mænd i alderen 65-74 år og 9 % blandt de ældste mænd på 85 år eller derover, at de det meste af tiden føler sig trist til mode. I perioden 2010 til 2017 ses en stagnation blandt ældre i andelen, der det meste af tiden føler sig trist til mode. Eneste undtagelse ses blandt mænd på 85 år eller derover, hvor der i perioden ses et fald i andelen. Andelen med dårligt mentalt helbred er målt ud fra den mentale helbreds-komponent i SF-12 er også stort set uændret i perioden 2010 til 2017 [11].

Med udgangspunkt i data fra Ældredatabasen er der foretaget en undersøgelse af ældres psykiske velbefindende. Psykisk velbefindende er her vurderet på baggrund af en række spørgsmål, såsom "Sker det ofte, at De er nedtrykt?". Fra 1997 til 2012 ses en stagnation i ældres psykiske velbefindende [99].

Delkonklusion

Herunder præsenteres i hovedtræk udviklingen for de inkluderede indikatorer for mental sundhed.

Stagnation

Udviklingen i mental sundhed blandt ældre i Danmark er ikke entydig, idet udviklingen i nogen grad varierer på tværs af aldersgrupper og indikatorer, men overordnet set er udviklingen i ældres mentale sundhed stagneret.

3.3.5 Overordnede helbredsindikatorer

Overordnede helbredsindikatorer er i rapporten afgrænset til selv vurderet helbred, overvægt og antal tænder, som alle er helbredsindikatorer, der er relevante og gennemgående for den generelle helbredstilstand for hele gruppen af ældre, uanset alder, arbejdsmarkedstilknytning og funktionsniveau. I det følgende vil udviklingen for hver af disse indikatorer blive beskrevet separat. Der er endvidere uden held med den anvendte søgestrategi søgt efter litteratur vedrørende udviklingen i henholdsvis undervægt og faldulykker.

Tabel 3.6 giver et overblik over fundene i de studier, der belyser udviklingen i de overordnede helbredsindikatorer blandt ældre i Danmark.

Tabel 3.6 Udvikling i overordnede helbredsindikatorer. Opsummering af resultater fra de inkluderede studier og datagrundlag

Helbredsindikator og datagrundlag (n, studier)	Periode	Alder	Opsummering af resultater	Konklusion
Selvvurderet helbred (n=2)				
SUSY og DNS [11] Ældredatabasen [89]	1997- 2017 ^a	65+	Baseret på data fra SUSY og DNS er der overordnet set ikke sket nogen nævneværdig udvikling i andelen af ældre, der vurderer eget helbred som godt (2000-2017). Baseret på data fra Ældredatabasen (1997-2017) ses en lille stigning i andelen af ældre med godt selvvurderet helbred.	Stagnation eller svagt positiv udvikling
Svær overvægt (n=1)				
SUSY og DNS [11]	2000- 2017 ^a	65+	Der er sket en stigning i andelen af ældre, der er svært overvægtige i perioden 2000-2017.	Negativ udvikling
Antal tænder (n=1)				
SUSY [11]	2000- 2017 ^a	65+	Der er sket en markant stigning i andelen af ældre med 20 eller flere tænder i perioden 2000-2017.	Positiv udvikling

SUSY: Sundheds- og Sygelighedsundersøgelserne

DNS: Den Nationale Sundhedsprofil

^a Helbredsindikatoren er undersøgt længere tilbage i tid, men i nærværende litteraturgennemgang er det alene udviklingen fra år 1997/2000 og frem, der bliver beskrevet.

Selvvurderet helbred

Selvvurderet helbred har i talrige danske og udenlandske undersøgelser vist sig at være associeret med overlevelse, selv når der kontrolleres for objektive helbredsindikatorer (se f.eks. [104, 105]).

To danske rapporter har på baggrund af data fra henholdsvis SUSY og DNS (2000-2017) [11] samt Ældredatabasen (1997-2017) [89] undersøgt udviklingen i selvvurderet helbred blandt ældre danskere. Overordnet set vurderer langt størstedelen af ældre danskere, at deres helbred er godt. Dette gælder også for de ældste aldersgrupper. Eksempelvis svarer 83 % blandt mænd i alderen 65-74 år i 2017, at deres helbred er fremragende, vældig godt eller godt, og tilsvarende gælder dette 63 % blandt de ældste ældre mænd på 85 år eller derover [11]. Baseret på tal fra SUSY og DNS ses det, at udviklingen i ældres selvvurderede helbred i perioden 2000 til 2017 overordnet set er stagneret [11]. Derimod viser en rapport baseret på tal fra Ældredatabasen en svagt positiv udvikling ved at sammenholde oplysninger om personer på samme alderstrin over tid. Ved at sammenholde besvarelser blandt henholdsvis 67-, 77- og 87-årige i perioden 1997 til 2017 viser rapporten således en forbedring i andelen, der vurderer at have et godt helbred i perioden. For eksempel vurderer 63 % blandt de 67-årige i 1997, at deres helbred er godt, mens det samme er tilfældet for 71 % blandt de 67-årige i 2017. Dog ses der en stagnation for den ældste aldersgruppe på 87 år [89].

Svær overvægt

Body Mass Index (BMI), som beskriver forholdet mellem en persons vægt og højde, er associeret til dødelighed [106]. Desuden er overvægt af central betydning for en persons fysiske funktionsniveau [107]. Et dansk studie viser, at det særligt er undervægt, der er stærkt associeret til højere dødelighed blandt ældre [106], men det har i denne litteratursøgning desværre ikke været muligt at identificere studier, der undersøger udviklingen i undervægt blandt ældre i Danmark.

Der er identificeret én rapport, der undersøger udviklingen i svær overvægt blandt ældre i Danmark på baggrund af data fra SUSY og DNS. Svær overvægt er defineret som et BMI \geq 30 og er her vurderet på baggrund af selvrapporterede oplysninger om højde og vægt. I perioden 2000 til 2017 ses en stigning i andelen blandt ældre, der er svært overvægtige. Således er 22 % blandt mænd i aldersgruppen 65-74 år svært overvægtige i 2017, mens andelen er 13 % i 2000 [11].

Antal tænder

Tandsundhed er et område, hvor der er sket en markant forbedring i det 20. århundrede [108] og er en helbredsindikator, der er vigtig for ældres dagligdag (f.eks. om man ubesværet kan spise et måltid). Tandsundhed er endvidere associeret med den almene helbredstilstand og med overlevelse [109-111].

Én rapport har undersøgt udviklingen i andelen blandt ældre, der har 20 eller flere egne tænder tilbage (2000-2017), og i hele perioden ses en markant stigning i denne andel. I år 2000 har 37 % blandt kvinder i aldersgruppen 65-74 år 20 eller flere egne tænder tilbage, mens det drejer sig om 70 % i 2017 [11].

Delkonklusion

De tre overordnede helbredsindikatorer peger i forskellige retninger med hensyn til udviklingen i ældres helbred. Herunder præsenteres i hovedtræk udviklingen for de inkluderede overordnede helbredsindikatorer.

Positiv udvikling

Udviklingen i ældres tandstatus viser en markant stigning i andelen med 20 eller flere egne tænder tilbage.

Negativ udvikling

Der er sket en markant stigning i andelen blandt ældre, der er svært overvægtige.

Ingen entydig udvikling

Udviklingen i selvvurderet helbred er usystematisk og varierer på tværs af datagrundlag. Én rapport peger overordnet set på en stagnation, mens en anden peger på en svagt positiv udvikling.

3.4 Diskussion

Igennem anden halvdel af det 20. århundrede er der i såvel Danmark som i resten af den industrialiserede verden sket en stor stigning i middellevetiden, og denne stigning er fortsat ind i starten af det 21. århundrede. Således er middellevetiden for 0-årige i Danmark i perioden 2000 til 2019 steget med 4,0 år for kvinder (79,2-83,2 år) og med 4,8 år for mænd (74,5-79,3 år) [112].

Sund aldring er et meget bredt begreb, som kan defineres på forskellige måder og belyses ud fra en lang række helbredsindikatorer. Hvilke indikatorer, der vil være de mest centrale og relevante at benytte, vil blandt andet afhænge af, hvad man specifikt ønsker at undersøge, hvilken gruppe af ældre man har med at gøre og i hvilken periode. Sund aldring kan endvidere belyses ud fra en lang række kontekster, herunder eksempelvis ældres tilknytning til arbejdsmarkedet

(pensionsalder), plejebehov, sundhedsudgifter eller trivsel. Afhængigt heraf vil forskellige indikatorer være særligt relevante. For eksempel kan det tænkes, at visse sygdomme vil være mindre relevante i forhold til ældres trivsel, men være meget relevante i forhold til sundhedsudgifter. Det er således vigtigt at være opmærksom på, at visse indikatorer kan være mere relevante i nogle kontekster frem for andre.

Generelt set kan det på baggrund af en gennemgang af litteraturen om ældres helbred i Danmark konkluderes, at størstedelen af ældre i alle aldersgrupper vurderer, at de har et godt helbred [11, 89], langt de fleste har nogen at tale med omkring problemer [11, 99], og langt størstedelen føler sig ikke ensomme [100]. Modsat viser litteraturen også, at langt størstedelen af de ældre lever med mindst én kronisk sygdom [33], og størstedelen af de ældste ældre på 82 år eller derover har besvær med mindst én dagligdagsaktivitet [89].

På baggrund af nærværende litteraturgennemgang er det vist, at udviklingen i ældres helbred i løbet af de seneste årtier ikke er entydig. For nogle helbredsindikatorer tyder det på, at der er sket en positiv udvikling, mens der for andre indikatorer synes at være sket en negativ udvikling eller stagnation. Dertil er der en række helbredsindikatorer, der viser en usystematisk udvikling, hvor udviklingen varierer i løbet af den undersøgte periode, på tværs af aldersgrupper, køn eller datagrundlag.

Positiv udvikling

En række væsentlige indikatorer peger på en positiv udvikling i ældres helbred. Baseret på resultater om gode leveår ses således en positiv udvikling, defineret som år med godt selv vurderet helbred, år uden langvarig sygdom og år med godt mentalt helbred. Dog er udviklingen i gode leveår uden aktivitetsbegrænsninger stagneret. Resultaterne, der viser en stagnation, er dog delvist baseret på data fra EU-SILC og skal fortolkes med forbehold, da dataindsamlingsmetoden er blevet ændret undervejs i den belyste periode. Hvad angår ældres kognitive funktionsniveau, er der ligeledes sket en positiv udvikling, en markant større andel af ældre har en god tandsundhed (20 eller flere egne tænder tilbage), og en større andel blandt de ældre deltager i frivilligt arbejde. Yderligere har der siden 2003 været et fald i incidensraten af demens blandt ældre.

Negativ udvikling

Modsat peger en række helbredsindikatorer på, at der er sket en negativ udvikling i ældres helbred i løbet af de seneste årtier. Eksempelvis er der sket en stigning i andelen af ældre, der lever med diabetes og iskæmisk hjertesygdom, som dog delvist er betinget af en bedre overlevelse, hvilket må betragtes som en positiv udvikling. Ligeledes er der sket en stigning i andelen af ældre, som er svært overvægtige, samtidig med at der er sket et fald i andelen af ældre, der har en god funktionel hørelse. Derudover er der sket en stigning i incidensraten af blandt andet atrieflimren samt brystkræft og lungekræft blandt kvinder.

Ingen entydig udvikling

En række helbredsindikatorer peger på, at udviklingen varierer over tid eller i forhold køn, alder eller datagrundlag. Udviklingen i andelen af ældre, der lever med KOL, er eksempelvis aldersspecifik, idet der ses en stigning blandt de ældste ældre samtidigt med et fald blandt de lidt yngre ældre. For prostatakræft varierer udviklingen over tid, idet der ses en markant stigning i incidensraten fra midten af 1990'erne og frem til 2005/08, hvorefter der ses et fald.

Stagnation

Andre helbredsindikatorer peger på, at helbredet hos ældre i dag ikke har ændret sig mærkbart de seneste årtier, eksempelvis målt på baggrund af flere indikatorer for mental sundhed samt andelen med nakkesmerter.

Samlet set er konklusionen om udviklingen i ældres helbred særdeles afhængig af, hvilken specifik helbredsindikator man vælger at belyse og følge udviklingen for.

Når man fortolker resultaterne i litteraturgennemgangen, er det vigtigt at være opmærksom på, at en udvikling kan være påvirket af en lang række samfunds- og sundhedsmæssige forandringer over tid. Derudover er det vigtigt at være opmærksom på, at en udvikling kan være skævt fordelt i samfundet. Dette vil i det følgende blive uddybet.

Faktorer, der kan påvirke en udvikling

Når man undersøger udviklingen i helbred over tid, er der mange faktorer, der kan spille ind. For eksempel kan forekomsten af kroniske sygdomme i befolkningen påvirkes af en eventuel ændring i de diagnostiske kriterier. Yderligere kan en ændring påvirkes af, hvor mange der udredes for sygdommen samt af ændringer i testmuligheder eller -strategier. En ændring i sygdomsforekomsten kan således være et udtryk for en reel ændring i, hvor mange der har en given sygdom, men kan altså også være påvirket af, hvor mange der bliver undersøgt for den pågældende sygdom, samt hvor tidligt i et sygdomsforløb diagnosen bliver stillet. Kroniske sygdomme blandt ældre er generelt set underdiagnosticerede (se f.eks. [113]), og der er således et betydeligt mørketal. Hvis flere ældre udredes for en sygdom, kan en stigning i forekomsten således afspejle, at flere syge bliver diagnosticeret. For en række sygdomme og tilstande er det vist, at der i de seneste år er sket en stigning i, hvor mange ældre der helbredsundersøges og udredes (se f.eks. [11, 100]). Et eksempel på, at flere faktorer kan påvirke forekomsten, ses for prostatakræft, hvor forekomsten har varieret i løbet af de seneste årtier. Ændringerne i forekomsten af prostatakræft kan eksempelvis være påvirket af ændringer i anvendelsen af PSA-testning i almen praksis i samme periode [69, 84].

Hvor mange personer, der lever med en kronisk sygdom (prævalens), er desuden påvirket af, hvor mange der dør af eller med sygdommen. Hvis overlevelsen af en sygdom bliver bedre, kan der således ske en stigning i, hvor mange der lever med sygdommen, fordi flere af dem, der har sygdommen, overlever. For en række sygdomme, såsom specifikke hjertekarsygdomme og en række kræftsygdomme, er der igennem de sidste årtier sket et fald i dødeligheden (se f.eks. [66, 75]). I visse tilfælde kan det faktum, at flere ældre lever med en sygdom, således være påvirket af en bedre sygdomsoverlevelse.

Potentielle metodiske ændringer i, hvordan helbredet er målt over tid, er også relevant at tage i betragtning, når udviklingen i ældres sundhed ønskes belyst. Eksempelvis er dataindsamling i EU-SILC gået fra primært at være gennemført som telefoninterviews til primært at blive indsamlet via selvadministrerede spørgeskemaer [50, 51]. Studier har vist, at dataindsamlingsmetoden kan have indflydelse på, hvordan folk svarer [114]. Der kan således eksempelvis være en tilbøjelighed til, at personer svarer anderledes, hvis de interviewes, i forhold til hvis de selv udfylder et spørgeskema, særligt hvis der er tale om spørgsmål om følsomme og personlige emner. I sådanne tilfælde kan der være en tendens til, at respondenter, der interviewes, i højere grad svarer i overensstemmelse

med det, som er socialt acceptabelt, sammenlignet med personer, der selv udfylder et spørgeskema (eng. *social desirability bias*) [114]. Dataindsamlingsmetoden kan således have betydning for blandt andet de estimater, der præsenteres fra den pågældende undersøgelse, og hvem der deltager i undersøgelsen. Hvis metoden ændres undervejs, kan det dermed have betydning for sammenligneligheden hen over tid.

I forhold til ændringer i forekomster på baggrund af selvrapporterede helbredsindikatorer gælder det, at samfundsmæssige forandringer kan påvirke respondenternes svar over tid. Når respondenter skal vurdere deres eget helbred, er der eksempelvis en lang række faktorer, der kan spille ind. Vurderingen vil typisk være påvirket af, hvordan personen reelt har det, alderen taget i betragtning, men vil også være historisk og kulturelt betinget samt påvirket af forventninger til eget helbred [115]. Det kan således være, at ældre i dag har andre forventninger til, hvad der udgør et 'godt helbred' sammenlignet med tidligere generationer.

Udviklingen kan være skævt fordelt

Der er en udtalt social gradient i sundhed, også blandt ældre. Dette gælder både i forhold til forventet levetid, gode leveår og forekomsten af sygdomme [11, 116]. Eksempelvis kunne en 65-årig mand med højt uddannelsesniveau i 2014 forvente at have omtrent 19 år tilbage at leve i, heraf 11 år uden aktivitetsbegrænsninger (gode leveår). Tilsvarende kunne en 65-årig mand med lavt uddannelsesniveau forvente at have omtrent 17 år tilbage at leve i, heraf 8 år uden aktivitetsbegrænsninger [13]. Ældre mænd med lavt uddannelsesniveau kunne således både forvente en kortere restlevetid og færre år med godt helbred. Når man fortolker udviklingen i ældres helbred, er det således vigtigt at være opmærksom på, at denne udvikling kan være skævt fordelt i samfundet, altså at en eventuel samlet positiv udvikling kan dække over, at dette særligt er kommet bestemte socioøkonomiske grupper til gode. Enkelte studier har undersøgt udviklingen i helbred i forhold til social ulighed og viser en stigende social ulighed i gode leveår (1994-2011) [117, 118]. Dog tyder et nyere studie på, at den sociale ulighed er stagneret i perioden 2006 til 2014 [13]. Disse fund er dog ikke afgrænset til ældre alene. En ny, dansk rapport viser, at der for nogle helbredsindikatorer er sket en stigning i den sociale ulighed blandt voksne i Danmark, mens uligheden for andre indikatorer er mindsket [116]. Det er således vigtigt at være opmærksom på, at en udvikling ikke nødvendigvis er ligeligt fordelt i samfundet. En generelt positiv eller negativ udvikling kan dermed potentielt være forårsaget af en specifik udvikling i selekterede samfundsgupper, som dermed påvirker den samlede udvikling i befolkningen.

Diskussion af metoden i litteraturgennemgangen

I denne litteraturgennemgang er der både inkluderet studier, der undersøger udviklingen i gode leveår samt udviklingen i incidensraten og prævalens af helbredsindikatorer blandt ældre danskere. Grunden til dette er, at indikatorerne samlet set bidrager til en bred forståelse af sund aldring på baggrund af forskellige informationer om udviklingen i ældres helbred. Udviklingen i ældres helbred er belyst på baggrund af publicerede artikler og rapporter. Det er derfor vigtigt at bemærke, at det ikke nødvendigvis er alle forskningsresultater, der bliver publiceret. Potentielt set er der risiko for, at det i højere grad er de studier, som påviser en signifikant udvikling, der bliver publiceret (publikationsbias), og at det i højere grad er de overraskende resultater, der tildeles opmærksomhed.

Størstedelen af de inkluderede studier af udviklingen i incidensrate eller prævalens af kroniske sygdomme er baseret på registerdata, mens få er opgjort på baggrund af selvrapporterede data. Her er det vigtigt at være opmærksom på, at ældre personer ofte underrapporterer de sygdomme, de er diagnosticeret med, i selvrapporterede undersøgelser [113, 119]. I hvilken grad sygdomme underrapporteres, varierer i nogen grad sygdommene imellem. Det er for eksempel blevet vist, at kroniske hjertesygdomme i meget høj grad underrapporteres i spørgeskemaundersøgelser, mens ældre generelt set er mere præcise til at rapportere diagnosticeret diabetes [113, 119]. Yderligere er det vigtigt at være opmærksom på, at personer, der deltager i spørgeskemaundersøgelser, ofte vil udgøre en selekteret gruppe af befolkningen [52], som kan adskille sig fra den generelle population på en række områder, eksempelvis ved at have et bedre helbred sammenlignet med personer, der ikke deltager. Resultaterne i litteraturgennemgangen, som er baseret på selvrapporterede data, skal således tolkes med en række forbehold. Modsat har selvrapporterede data den fordel, at det er muligt at undersøge tilstande, som der ikke er information om i et register, såsom forekomsten af nakkesmerter, aldersrelateret høretab eller depressive symptomer.

4 Konklusion

Som følge af en stadig voksende ældrepopulation i Danmark er der kommet et øget fokus på *sund aldring*, som er et begreb, der dækker over, at personer i takt med stigende alder bevarer et relativt godt funktionsniveau og en god helbredstilstand. Der findes mange forskellige definitioner af sund aldring, og samtidig eksisterer der ingen internationalt accepterede standarder for, hvordan man konkret måler og monitorerer sund aldring i befolkningen.

I denne rapport er der taget udgangspunkt i WHO's holistiske definition af sund aldring, som herefter er operationaliseret på baggrund af en modificeret udgave af Rowe og Kahns model over sund aldring. Således er sund aldring beskrevet ud fra fire relative og delvis overlappende komponenter, som omfatter:

1. Fravær af sygdom og sygdomsrelateret funktionsnedsættelse
2. Højt kognitivt og fysisk funktionsniveau
3. Aktiv deltagelse i livet
4. Mental sundhed

Hver komponent kan belyses ud fra forskellige indikatorer. Både udvælgelsen og vægtningen af de mest centrale indikatorer for sund aldring, som gennemgående kan benyttes til hele spektret at ældre, er vanskelig og afhænger af flere forhold. Disse forhold omfatter blandt andet den store variation i gruppen af ældre, hvad angår både alder, helbred, funktionsniveau og livssituation. Endvidere har det betydning, om sund aldring ønskes belyst ud fra subjektive eller objektive helbredsindikatorer samt ud fra et samfundsmæssigt perspektiv eller et individperspektiv. Slutteligt er tilgængeligheden af data af afgørende betydning for at kunne belyse relevante indikatorer for sund aldring i befolkningen.

Baseret på fundene i rapportens litteraturgennemgang kan det konkluderes, at der for en række centrale helbredsindikatorer i løbet af de seneste årtier er sket en positiv udvikling i ældres helbred i Danmark. Der er således overordnet set sket en positiv udvikling i gode leveår, defineret som år henholdsvis med godt selv vurderet helbred, uden langvarig sygdom og med godt mentalt helbred. Dertil er der sket en markant forbedring i ældres kognitive funktionsniveau og tandsundhed samt en stigning i andelen af ældre, der deltager i frivilligt arbejde. Slutteligt er der siden 2003 sket et fald i incidensraten af demens.

For andre helbredsindikatorer ser det imidlertid ud til, at der er sket en negativ udvikling i ældres helbred. Der er således sket en stigning i andelen af ældre, der lever med blandt andet diabetes og iskæmisk hjertesygdom, dog delvist betinget af bedre overlevelse i disse grupper. Ligeledes er der sket en stigning i andelen, der er svært overvægtige, samt et fald i andelen af ældre, der har en god funktionel hørelse. Derudover er der sket en stigning i incidensraten af blandt andet atrieflimren samt brystkræft og lungekræft blandt ældre kvinder.

For en række helbredsindikatorer peger den tilgængelige litteratur på, at helbredet hos ældre i dag ikke har ændret sig mærkbart i løbet af de seneste årtier. Dette gælder blandt andet for gode leveår målt på aktivitetsbegrænsninger, flere indikatorer for mental sundhed samt nakkesmerter, hvor udviklingen er stagneret. Desuden er der en række helbredsindikatorer, for hvilke udviklingen varierer hen over perioden samt i forhold til køn, alder eller datagrundlag.

Samlet set vurderes det på baggrund af resultaterne fra litteraturgennemgangen, at en konklusion om udviklingen i ældres helbred i Danmark i løbet af de seneste årtier afhænger af, hvilken helbredsindikator der ses på, da der både ses en positiv og negativ udvikling samt stagnation i perioden.

Referencer

1. Danmarks Statistik. *Middellevetiden stiger fortsat*. Nyt fra Danmarks Statistik 2020 [cited 2020 20-04]; Available from: <https://www.dst.dk/da/Statistik/nyt/NytHtml?cid=30217>.
2. Danmarks Statistik. *Befolkningsfremskrivning 2019 for hele landet efter herkomst, køn og alder*. Statistikbanken [cited 2020 02-03]; Available from: www.statbank.dk.
3. Møller, S.P., M.B. Jørgensen, and M. Davidsen, *Sund aldring Udvikling fra 2010 til 2013*. 2017: Statens Institut for Folkesundhed, SDU.
4. World Health Organization, *World report on Ageing and Health*. 2015: Genève: World Health Organization.
5. Rowe, J.W. and R.L. Kahn, *Successful Aging*. *The Gerontologist*, 1997. **37**(4): p. 433-440.
6. Gruenberg, E.M., *The Failures of Success*. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 1977. **55**(1): p. 3-24.
7. Fries, J.S., *Ageing, Natural Death, and the Compression of Morbidity*. *The New England Journal of Medicine*, 1980. **303**(3): p. 130-135.
8. Manton, K.G., *Changing Concepts of Morbidity and Mortality in the Elderly Population*. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 1982. **60**(2): p. 183-244.
9. Gondek, D., et al., *Post-war (1946-2017) population health change in the United Kingdom: A systematic review*. *PLoS One*, 2019. **14**(7): p. e0218991.
10. Lee, J., et al., *Living Longer, With or Without Disability? A Global and Longitudinal Perspective*. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 2020. **75**(1): p. 162-167.
11. Johannesen, C.K., M. Davidsen, and A.I. Christensen, *Ældres sundhed og trivsel - Ældreprofilen 2019*. Sundhedsstyrelsen, 2019.
12. Rodriguez-Laso, A., et al., *Defining and Estimating Healthy Aging in Spain: A Cross-sectional Study*. *Gerontologist*, 2018. **58**(2): p. 388-398.
13. Bronnum-Hansen, H., et al., *Persistent social inequality in life expectancy and disability-free life expectancy: Outlook for a differential pension age in Denmark?* *Scand J Public Health*, 2017. **45**(4): p. 459-462.
14. Jeune, B., et al., *Improvement in health expectancy at ages 50 and 65 in Denmark during the period 2004-2011*. *Scand J Public Health*, 2015. **43**(3): p. 254-9.
15. Jeune, B. and H. Bronnum-Hansen, *Trends in health expectancy at age 65 for various health indicators, 1987-2005, Denmark*. *Eur J Ageing*, 2008. **5**(4): p. 279-285.
16. Bronnum-Hansen, H., *Health expectancy in Denmark, 1987-2000*. *Eur J Public Health*, 2005. **15**(1): p. 20-5.
17. Jaspers, L., et al., *Development of a Healthy Aging Score in the Population-Based Rotterdam Study: Evaluating Age and Sex Differences*. *J Am Med Dir Assoc*, 2017. **18**(3): p. 276 e1-276 e7.
18. Kirkwood, T.B., *A systematic look at an old problem*. *Nature*, 2008. **451**(7179): p. 644-7.
19. Steves, C.J., T.D. Spector, and S.H. Jackson, *Ageing, genes, environment and epigenetics: what twin studies tell us now, and in the future*. *Age Ageing*, 2012. **41**(5): p. 581-6.
20. Vasto, S., et al., *Biomarkers of aging*. *Front Biosci (Schol Ed)*, 2010. **2**: p. 392-402.
21. Lu, W., H. Pikhart, and A. Sacker, *Domains and Measurements of Healthy Aging in Epidemiological Studies: A Review*. *Gerontologist*, 2019. **59**(4): p. e294-e310.
22. Cho, J., P. Martin, and L.W. Poon, *The older they are, the less successful they become? Findings from the Georgia Centenarian Study*. *J Aging Res*, 2012: p. 695854.
23. Stowe, J.D. and T.M. Cooney, *Examining Rowe and Kahn's Concept of Successful Aging: Importance of Taking a Life Course Perspective*. *Gerontologist*, 2015. **55**(1): p. 43-50.

24. Martinson, M. and C. Berridge, *Successful aging and its discontents: a systematic review of the social gerontology literature*. *Gerontologist*, 2015. **55**(1): p. 58-69.
25. Jopp, D.S., et al., *How Could Lay Perspectives on Successful Aging Complement Scientific Theory? Findings From a U.S. and a German Life-Span Sample*. *Gerontologist*, 2015. **55**(1): p. 91-106.
26. Reichstadt, J., et al., *Building Blocks of Successful Aging: A Focus Group Study of Older Adults' Perceived Contributors to Successful Aging*. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 2007. **15**(3): p. 194-201.
27. Kahn, R.L., *On "Successful Aging and Well-Being: Self-Rated Compared With Rowe and Kahn"*. *The Gerontological Society of America*, 2002. **42**(6): p. 725-6.
28. Depp, C.A. and D.V. Jeste, *Definitions and predictors of successful aging: A comprehensive review of larger quantitative studies*. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 2006. **14**: p. 6-20.
29. World Health Organization, *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice*. 2004, World Health Organization: Geneva.
30. Taudorf, L., et al., *Declining incidence of dementia: A national registry-based study over 20 years*. *Alzheimers Dement*, 2019. **15**(11): p. 1383-1391.
31. Larsen, M. *Ældre bliver markant længere på arbejdsmarkedet*. VIVE 2019 [cited 2020 18-11]; Available from: <https://www.vive.dk/da/nyheder/2019/aeldre-bliver-markant-laengere-paa-arbejdsmarkedet/>.
32. Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering. *Folkepensionsalderen nu og fremover*. 2019 [cited 2020 26-04]; Available from: <https://star.dk/ydelser/pension-og-efterloen/folkepension-og-foertidspension/folkepension/folkepensionsalderen-nu-og-fremover/>.
33. Hvidberg, M.F., et al., *A Nationwide Study of Prevalence Rates and Characteristics of 199 Chronic Conditions in Denmark*. *Pharmacoecoon Open*, 2019.
34. Meinow, B., et al., *Long-Term Care Use During the Last 2 Years of Life in Sweden: Implications for Policy to Address Increased Population Aging*. *J Am Med Dir Assoc*, 2020.
35. Nationalt Videnscenter for Demens. *Omkostninger forbundet med demens*. 2018 [cited 2020 26-04]; Available from: <http://www.videnscenterfordemens.dk/statistik/omkostninger-forbundet-med-demens/>.
36. Statens Institut for Folkesundhed. *Den Europæiske Sundhedsprofil (EHIS)*. 2020 [cited 2020 18-11]; Available from: https://www.sdu.dk/da/sif/forskning/projekter/den_europaeiske_sundhedsprofil.
37. Schroll, M., T. Jørgensen, and J. Ingerslev, *The Glostrup Population Studies, 1964-1992*. *Dan Med Bull*, 1992. **39**(3): p. 204-7.
38. Epidemiologi Biostatistik og Biodemografi SDU. *Længe Leve - et familiestudie*. 2020 [cited 2020 09-03]; Available from: https://www.sdu.dk/da/om_sdu/institutter_centre/ist_sundhedstjenesteforsk/forskning/epidemiologi/forskningsprojekter/lef/llfs.
39. Wilmoth, J.R., *Demography of longevity: past, present, and future trends*. *Experimental Gerontology*, 2000. **35**(9-10): p. 1111-1129.
40. Aijanseppa, S., et al., *Physical functioning in elderly Europeans: 10 year changes in the north and south: the HALE project*. *J Epidemiol Community Health*, 2005. **59**(5): p. 413-9.
41. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), *Ten great public health achievements- United States, 1900-1999*. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 1999. **48**(12): p. 241-243.
42. Baxendale, S., *The Flynn effect and memory function*. *J Clin Exp Neuropsychol*, 2010. **32**(7): p. 699-703.
43. Ronnlund, M. and L.G. Nilsson, *Flynn effects on sub-factors of episodic and semantic memory: parallel gains over time and the same set of determining factors*. *Neuropsychologia*, 2009. **47**(11): p. 2174-80.

44. Flynn, R.J., *The Mean IQ of Americans: Massive Gains 1932 to 1978*. Psychological Bulletin, 1984. **95**: p. 29-51.
45. Eriksen M.B., Christensen J.B., and Frandsen T.F., *Embase er et centralt værktøj til medicinsk litteratursøgning*. Ugeskr Læger, 2016. **17/2016(178)**.
46. Kyvsgaard, I., *Systematic review – Protocol: Trends in Health and Physical Functioning Among Older Danes in the Beginning of the 21st Century*. Syddansk Universitet. Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet., 2020.
47. Saito, Y., J.M. Robine, and E.M. Crimmins, *The methods and materials of health expectancy*. Stat J IAOS, 2014. **30(3)**: p. 209-223.
48. Jensen, H.A.R., et al., *Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2017*. 2018: Sundhedsstyrelsen.
49. EHLEIS, *Health Expectancy in Denmark*. EHLEIS Country Reports 2018. **11**.
50. Jäntti, M., V.M. Törmälehto, and E. Marlier, *The use of registers in the context of EU–SILC: challenges and opportunities*, in *Statistical working papers*, Eurostat, Editor. 2013.
51. Danmarks Statistik. *Levevilkårsundersøgelsen Sammenlignelighed*. [cited 2020 03-11]; Available from: <https://www.dst.dk/da/Statistik/dokumentation/statistikdokumentation/levevilkaarsundersogelsen/sammenlignelighed>.
52. Juul, S., *Epidemiologi og evidens*. Vol. 2. 2012: Munksgaard.
53. Flachs, E.M., et al., *Sygdomsbyrden i Danmark - Sygdomme*. Statens Institut for Folkesundhed, SDU. Vol. 2. 2015, København: Sundhedsstyrelsen.
54. Kyu, H.H., et al., *Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 359 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017*. The Lancet, 2018. **392(10159)**: p. 1859-1922.
55. Salomon, J.A., et al., *Disability weights for the Global Burden of Disease 2013 study*. The Lancet Global Health, 2015. **3(11)**: p. e712-e723.
56. GBD Institute for Health Metrics and Evaluation. *GBD Compare data visualization*. 2017 [cited 2020 20-03]; Available from: <https://gbd2017.healthdata.org/gbd-compare/>.
57. Koch, M.B., et al., *Increasing prevalence despite decreasing incidence of ischaemic heart disease and myocardial infarction. A national register based perspective in Denmark, 1980-2009*. Eur J Prev Cardiol, 2015. **22(2)**: p. 189-95.
58. Smedegaard, L., et al., *Temporal trends in acute myocardial infarction presentation and association with use of cardioprotective drugs: A nationwide registry-based study*. European Heart Journal - Cardiovascular Pharmacotherapy, 2018. **4(2)**: p. 93-101.
59. Schmidt, M., et al., *25 Year trends in first time hospitalisation for acute myocardial infarction, subsequent short and long term mortality, and the prognostic impact of sex and comorbidity: A Danish nationwide cohort study*. BMJ (Online), 2012. **344(7842)**.
60. Jorgensen, T.S., et al., *Time trend in Alzheimer diagnoses and the association between distance to an Alzheimer clinic and Alzheimer diagnosis*. European journal of public health, 2015. **25(3)**: p. 522-527.
61. Phung, T.K., et al., *Time trend in diagnosing dementia in secondary care*. Dement Geriatr Cogn Disord, 2010. **29(2)**: p. 146-53.
62. Demant, M.N., et al., *Temporal trends in stroke admissions in Denmark 1997-2009*. BMC Neurol, 2013. **13**: p. 156.
63. Lortet-Tieulent, J., et al., *Convergence of decreasing male and increasing female incidence rates in major tobacco-related cancers in Europe in 1988-2010*. Eur J Cancer, 2015. **51(9)**: p. 1144-63.
64. Kristiansen, C., et al., *Trends in lung cancer in elderly in Denmark, 1980-2012*. Acta Oncol, 2016. **55 Suppl 1**: p. 46-51.
65. Carstensen, B., et al., *The Danish National Diabetes Register: trends in incidence, prevalence and mortality*. Diabetologia, 2008. **51(12)**: p. 2187-96.

66. Carstensen, B., P.F. Ronn, and M.E. Jorgensen, *Prevalence, incidence and mortality of type 1 and type 2 diabetes in Denmark 1996-2016*. *BMJ Open Diabetes Res Care*, 2020. **8**(1).
67. Winther, S.B., et al., *Trends in colorectal cancer in the elderly in Denmark, 1980-2012*. *Acta Oncologica*, 2016. **55**(Supplement 1): p. 29-39.
68. Araghi, M., et al., *Changes in colorectal cancer incidence in seven high-income countries: a population-based study*. *Lancet Gastroenterol Hepatol*, 2019. **4**(7): p. 511-518.
69. Outzen, M., et al., *Prostate cancer in Denmark 1978-2009 - Trends in incidence and mortality*. *Acta Oncologica*, 2013. **52**(4): p. 831-836.
70. Poulsen, M.H., et al., *Trends in prostate cancer in elderly in Denmark, 1980-2012*. *Acta Oncol*, 2016. **55 Suppl 1**: p. 74-8.
71. Kvale, R., et al., *Prostate and breast cancer in four Nordic countries: A comparison of incidence and mortality trends across countries and age groups 1975-2013*. *International Journal of Cancer*, 2017. **141**(11): p. 2228-2242.
72. Schmidt, M., et al., *30-year nationwide trends in incidence of atrial fibrillation in Denmark and associated 5-year risk of heart failure, stroke, and death*. *Int J Cardiol*, 2016. **225**: p. 30-36.
73. Jensen, J.D., et al., *Trends in breast cancer in the elderly in Denmark, 1980-2012*. *Acta Oncol*, 2016. **55 Suppl 1**: p. 59-64.
74. Wenger K.N., et al., *Chapter 7. Ischemic Heart Disease in Cardiovascular Disability: Updating the Social Security Listings*. 2010, The National Academies Press (US): Washington (DC).
75. Sundhedsdatastyrelsen, *Dødsårsagsregisteret 2018 - årsrapport*. Sundhedsdatastyrelsen, 2019.
76. Christiansen, M.N., et al., *Age-Specific Trends in Incidence, Mortality, and Comorbidities of Heart Failure in Denmark, 1995 to 2012*. *Circulation*, 2017. **135**(13): p. 1214-1223.
77. Schroeder, T.V., et al., *Basisbog i medicin og kirurgi*. Vol. 5. 2013: Munksgaard.
78. López-Campos, J.L., M. Ruiz-Ramos, and J.B. Soriano, *Mortality trends in chronic obstructive pulmonary disease in Europe, 1994–2010: a joinpoint regression analysis*. *The Lancet Respiratory Medicine*, 2014. **2**(1): p. 54-62.
79. Lykkegaard, J., et al., *On the crest of a wave: Danish prevalence of hospitalisation-required COPD 2002-2009*. *Respir Med*, 2012. **106**(10): p. 1396-403.
80. Nationalt Videnscenter for Demens. *Fakta-ark: Hvad er demens?* 2019 [cited 2020 29-09]; Available from: <http://www.videnscenterfordemens.dk/faktaark/demenssygdomme-fakta-ark/fakta-ark-hvad-er-demens/>.
81. Nationalt Videnscenter for Demens. *Tal og statistik om demens*. [cited 2020 18-11]; Available from: <http://www.videnscenterfordemens.dk/statistik/>.
82. Yafasova, A., et al., *Time trends in incidence, comorbidity, and mortality of ischemic stroke in Denmark (1996-2016)*. *Neurology*, 2020. **95**(17): p. e2343-e2353.
83. Kvernød, A.-B. and J. Bigaard. *Screening for tarmkræft*. *Kræftens Bekæmpelse* 2020 [cited 2020 26-11]; Available from: <https://www.cancer.dk/forebyg/screening/screening-tarmkraeft/>.
84. Sundhedsdatastyrelsen, *Nye kræfttilfælde i Danmark - Cancerregisteret 2018*. Sundhedsdatastyrelsen, 2019.
85. Holmelund, M., H.C. Kjeldsen, and L.H. Nielsen. *Hørenedsættelse hos ældre*. *Sundhed.dk* 2018 [cited 2020 25-10]; Available from: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/oere-naese-hals/tilstande-og-sygdomme/indre-oere/hoerenedsaettelse-hos-aeldre/>.
86. Bengtsson, S. and M. Røgeskov, *Personer med høretab i Danmark*. SFI og Videnscenter for Hørehandicap, 2010.
87. Christensen, K., et al., *Physical and cognitive functioning of people older than 90 years: a comparison of two Danish cohorts born 10 years apart*. *The Lancet*, 2013. **382**(9903): p. 1507-1513.

88. Engberg, H., et al., *Cohort changes in cognitive function among Danish centenarians. A comparative study of 2 birth cohorts born in 1895 and 1905.* Dement Geriatr Cogn Disord, 2008. **26**(2): p. 153-60.
89. Siren, A. and M.R. Larsen, *Ældres helbred, funktionsevne og livsstil. Analyser på baggrund af Ældredatabasens 5. bølge samt udviklingen mellem 1. og 5. bølge 1997-2017.* Vol. 2. 2018: VIVE Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
90. Engberg, H., et al., *Improving Activities of Daily Living in Danish Centenarians—But Only in Women: A Comparative Study of Two Birth Cohorts Born in 1895 and 1905.* The Gerontological Society of America, 2008. **63 A**(11): p. 1186-1192.
91. Rasmussen, S.H., et al., *Improvement in Activities of Daily Living Among Danish Centenarians?—A Comparative Study of Two Centenarian Cohorts Born 20 Years Apart.* J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 2018. **73**(8): p. 1125-1131.
92. Murman, D.L., *The Impact of Age on Cognition.* Semin Hear, 2015. **36**(3): p. 111-21.
93. Roy, E., *Cognitive Function*, in *Encyclopedia of Behavioral Medicine*, M.D. Gellman and J.R. Turner, Editors. 2013, Springer, New York, NY.
94. Ahrenfeldt, L.J., et al., *Comparison of cognitive and physical functioning of Europeans in 2004-05 and 2013.* Int J Epidemiol, 2018. **47**(5): p. 1518-1528.
95. Cooper, R., et al., *Objective measures of physical capability and subsequent health: a systematic review.* Age Ageing, 2011. **40**(1): p. 14-23.
96. Manini, T.M. and M. Pahor, *Physical activity and maintaining physical function in older adults.* Br J Sports Med, 2009. **43**(1): p. 28-31.
97. Amilon, A., T. Fridberg, and Larsen M.R., *Ældres frivillige arbejde – Udviklingen over tid* VIVE Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2019.
98. Fridberg, T. and L.S. Henriksen, *Udviklingen i frivilligt arbejde 2004-2012.* 2014: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
99. Lauritzen, H.H., *Ældres ressourcer og behov i perioden 1997-2012. Nyeste viden på baggrund af Ældredatabasen.* 2014, SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd: København.
100. Lauritzen H.H., et al., *Ældres ressourcer og behov. Status og udvikling på baggrund af Ældredatabasen* SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 2012.
101. Hjære, M., H.E.D. Jørgensen, and M.L. Sørensen, *Kapitel 1. På tværs af frivilligheden in Tal om frivillighed i Danmark. Frivilligrapport 2016 - 2018.* 2018, Center for Frivilligt Socialt Arbejde. p. 8-17.
102. Eriksen, L., et al., *Sygdomsbyrden i Danmark - Risikofaktorer.* København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, Sundhedsstyrelsen, 2016.
103. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, *Denmark: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU, OECD*, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Editor. 2019: Brussels.
104. Schnittker, J. and V. Bacak, *The increasing predictive validity of self-rated health.* PLoS One, 2014. **9**(1): p. e84933.
105. DeSalvo, K.B., et al., *Mortality prediction with a single general self-rated health question. A meta-analysis.* J Gen Intern Med, 2006. **21**(3): p. 267-75.
106. Thinggaard, M., et al., *Is the relationship between BMI and mortality increasingly U-shaped with advancing age? A 10-year follow-up of persons aged 70-95 years.* J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 2010. **65**(5): p. 526-31.
107. Woo, J., J. Leung, and T. Kwok, *BMI, body composition, and physical functioning in older adults.* Obesity (Silver Spring), 2007. **15**(7): p. 1886-94.
108. ATO Ansatte Tandlægers Organisation. *Fra 93 procent caries til nul huller - historien om den offentlige tandpleje.* [cited 2020 02-11]; Available from: <https://www.ato.dk/Medlemskab/historie/Sider/Fra%2093%20procent%20caries%20til%20nul%20huller.aspx>.
109. Holm-Pedersen, P., et al., *Tooth loss and subsequent disability and mortality in old age.* J Am Geriatr Soc, 2008. **56**(3): p. 429-35.

110. Brennan, D.S., A.J. Spencer, and K.F. Roberts-Thomson, *Tooth loss, chewing ability and quality of life*. Qual Life Res, 2008. **17**(2): p. 227-35.
111. Osterberg, T., et al., *Number of teeth - a predictor of mortality in the elderly? A population study in three Nordic localities*. Acta Odontol Scand, 2007. **65**(6): p. 335-40.
112. Danmarks Statistik. *Middellevetid for 0-årige efter køn og tid*. 2020; Available from: <https://www.statistikbanken.dk/>.
113. Frost, M., et al., *Chronic diseases in elderly men: underreporting and underdiagnosis*. Age Ageing, 2012. **41**(2): p. 177-83.
114. Krumpal, I., *Determinants of social desirability bias in sensitive surveys: a literature review*. Quality & Quantity, 2011. **47**(4): p. 2025-2047.
115. Jylhä, M., *What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model*. Social Science & Medicine, 2009. **69**(3): p. 307-316.
116. Udesen, C.H., et al., *Social ulighed i sundhed og sygdom - Udviklingen i Danmark i perioden 2010 – 2017*. Sundhedsstyrelsen, 2020.
117. Bronnum-Hansen, H., et al., *Educational inequalities in health expectancy during the financial crisis in Denmark*. Int J Public Health, 2015. **60**(8): p. 927-35.
118. Bronnum-Hansen, H. and M. Baadsgaard, *Increase in social inequality in health expectancy in Denmark*. Scand J Public Health, 2008. **36**(1): p. 44-51.
119. Leikauf, J. and A.D. Federman, *Comparisons of self-reported and chart identified chronic diseases among inner-city seniors*. J Am Geriatr Soc, 2009. **57**(7): p. 1219-25.

Bilag

Bilag 1. Søgeprotokol anvendt i litteraturgennemgangen

Databaser

Der er anvendt kombinationen af PubMed (PubMed.gov) og Embase (Embase Classic+Embase via Ovid) til at identificere relevante studier til nærværende litteraturgennemgang. Søgningerne er tilpasset de enkelte databaser. Der er foretaget to separate søgninger til at belyse henholdsvis ændring i gode leveår og ændring i prævalens/incidens af udvalgte helbredsindikatorer. Udsnit af søgestrategien er præsenteret i tabel 1-4.

Supplerende litteratur

Udover litteratur fra ovennævnte databaser er litteraturgennemgangen yderligere suppleret med resultater fra rapporter eller lignende udgivet på forskellige danske forskningsinstitutioners og foreningers hjemmesider. Her er søgt på relevante søgeord, som eksempelvis "Ældre". Der er blandt andet søgt efter rapporter udgivet på følgende institutioner eller foreningers hjemmesider: Danmarks statistik, Statens Institut for Folkesundhed, NORDCAN, VIVE, OECD, Eurostat, Sundhedsdatastyrelsen, Center for Frivilligt Socialt Arbejde, Hjerteforeningen, Nationalt Videnscenter for Demens, Lungeforeningen, Kræftens Bekæmpelse.

Tabel 1 Søgeord til at identificere studier vedrørende *udvikling i gode leveår blandt ældre danskere* i PubMed

PubMed ^a			
Facet	#1 <i>Gode leveår</i>	AND	#2 <i>Danmark</i>
Søgefelt	All fields		All fields
Søgeord	"health expectancy" OR "expected lifetime" OR healthspan OR "health span" OR "healthy life years" OR "disability-free life expectancy" OR "healthy life expectancy" OR "health Adjusted Life Expectancy" OR "Disability-Adjusted Life-Years" OR "Disability-Adjusted Life Year"		Denmark[Mesh] OR Denmark OR Danish OR Danes
Vi har yderligere søgt på enkelte danske termer, f.eks. leveaar eller leveår, hvilket ikke bidrog til ekstra studier. Flere danske artikler er identificeret i den engelske søgning, da abstracts og titler ofte er angivet på engelsk i dansksprogede artikler, samt indekserede efter de engelske MeSH termer. Yderligere er der søgt på "health adjusted life" på PubMed for at se, om det havde medført relevante citationer, hvilket ikke havde medført andre relevante studier			
^a PubMed.gov			

Tabel 2 Søgeord til at identificere studier vedrørende *udvikling i gode leveår blandt ældre danskere* i Embase

Embase ^a	
Facet	1# <i>Gode leveår</i> AND #2 <i>Danmark</i>
Søgefelt	Keyword/mp.
Søgeord	(Health adj3 expectancy).mp. OR (expected adj3 lifetime).mp. OR healthspan.mp. OR (health adj3 span).mp. OR (healthy adj3 life adj3 years).mp. OR (healthy adj3 life adj3 expectancy).mp. OR (disability adj3 free adj3 life adj3 expectancy).mp. OR (health adj3 Adjusted adj3 Life).mp. OR (Disability adj3 Adjusted adj3 Life adj3 Year*).mp
<p>Vi har yderligere søgt på enkelte danske termer, f.eks. "leveaar"</p> <p>adj3: Nærhedsoperator, tillader søgningen i Embase (Ovid) at inkludere studier, hvor de relevante søgetermer ikke behøver stå i den givne rækkefølge og være adskilt af op til to ord imellem</p> <p>mp=title, abstract, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer, device trade name, keyword, floating subheading word, candidate term word</p> <p>^a Embase Classic+Embase via Ovid</p>	

Tabel 3 Eksempler på søgeord til at identificere studier vedrørende *udvikling i prævalens/incidens af udvalgte helbredsindikatorer blandt ældre danskere* i PubMed

PubMed ^a					
Facet	#1 <i>Ændring</i>	AND	#2 <i>Helbredsindikatorer</i>	#3 <i>Ældre</i>	#4 <i>Danmark</i>
			AND	AND	
Søgefelt	All fields		All fields	All fields	All fields
Søgeord	Longitudinal OR trajectory OR trajectories OR "prevalence trends" OR "incidence trends" OR "prevalence rate" OR "incidence rate" OR "time trends" OR "trend study" [...]		"Myocardial Ischemia"[Mesh] OR "Ischemic Heart Disease" OR "Myocardial Ischemia" OR "Pulmonary Disease, Chronic Obstructive"[Mesh] OR "Chronic Obstructive Pulmonary Disease" OR COPD OR Dementia[Mesh] OR Dementia* OR Dementia OR "Alzheimer Disease"[Mesh] OR Alzheimer* OR Stroke[Mesh] OR stroke* OR stroke OR Apoplexy [...]	Elder* OR Aging[Mesh] OR Aged OR "age 65" OR old OR ageing OR aging OR septuagenarian OR Nonagenarian OR Octogenarian OR Centenarian	Denmark[Mesh] OR Denmark OR Danish OR Danes
<p>Vi har søgt på flere begreber der er fjernet igen, fordi de ikke bidrog med ekstra kilder, ex. "change in the incidence" mfl.</p> <p>^a PubMed.gov</p>					

Tabel 4 Eksempler på søgeord til at identificere studier vedrørende *udvikling i prævalens/incidens af udvalgte helbredsindikatorer blandt ældre danskere* i Embase



Embase ^a							
Facet	#1 Ændring	AND	#2 Helbredsindikatorer	AND	#3 Ældre	AND	#4 Danmark
Søgefelt	Keyword/mp.		Keyword/mp.		Keyword/mp.		Keyword/mp.
Søgeord	Longitudinal.mp. OR trajectory.mp. OR trajectories.mp. OR (prevalence adj3 rate.mp.) OR (incidence adj3 rate.mp.) OR (trends adj3 incidence).mp. OR (trends adj3 prevalence).mp. [...]		exp ischemic heart disease/ OR (ischemic adj3 heart adj3 disease).mp. OR (myocardial adj3 Ischemia).mp. OR (chronic adj3 obstructive adj3 lung adj3 disease).mp. OR exp chronic obstructive lung disease/ OR COPD.mp. OR dementia.mp. OR exp dementia/ OR exp alzheimer disease/ OR Alzheimer.mp. [...]		Elder* OR Aged OR old OR ageing OR aging OR (age adj3 65) OR septuagenarian* OR Nonagenarian* OR Octogenarian* OR Centenarian*		Denmark/ OR Denmark.mp. OR Danish.mp. OR Danes.mp
<p>adj3: Nærhedsoperator, tillader søgningen i Embase (Ovid) at inkludere studier, hvor de relevante søgetermer ikke behøver stå i den givne rækkefølge og være adskilt af op til to ord imellem</p> <p>mp=title, abstract, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer, device trade name, keyword, floating subheading word, candidate term word</p> <p>^a Embase Classic+Embase via Ovid</p>							

Bilag 2a. Oversigt over udviklingen i forventede leveår med godt selv vurderet helbred blandt 65-årige mænd og kvinder, baseret på data fra henholdsvis SUSY [15], SHARE [14] og DNS [48]. Resultaterne fra de enkelte studier kan kun sammenlignes inden for hvert studie og ikke på tværs af studierne. Dette skyldes, at godt selv vurderet helbred er målt forskelligt i de tre studier, blandt andet med forskellige svarkategorier.

Forventet antal år med godt selv vurderet helbred (andel af restlevetid med godt selv vurderet helbred, %)							
65-årige mænd							
	1994	2000	2004/2005	2006/2007	2010/2011	2013	2017
SUSY	9,1 (64,4 %)	9,7 (64,3 %)	11,0 (68,6 %)				
SHARE			10,6 (66,5 %)	11,8 (72,3 %)	12,2 (71,2 %)		
DNS					12,6 (77,5 %)	13,3 (78,6 %)	13,8 (78,0 %)
65-årige kvinder							
	1994	2000	2004/2005	2006/2007	2010/2011	2013	2017
SUSY	9,4 (53,5 %)	10,3 (56,6 %)	12,1 (64,0 %)				
SHARE			12,5 (66,2 %)	12,6 (66,0 %)	14,0 (70,3 %)		
DNS					13,6 (70,9 %)	14,3 (72,4 %)	14,8 (72,8 %)
	Stigning						
	Stagnation/fald						
SUSY: Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen							
DNS: Den Nationale Sundhedsprofil							

Bilag 2b. Oversigt over udviklingen i forventede leveår uden langvarig sygdom blandt 65-årige mænd og kvinder, baseret på data fra henholdsvis SUSY [15], SHARE [14] og DNS [48]. Resultaterne fra de enkelte studier kan kun sammenlignes inden for hvert studie og ikke på tværs af studierne. Dette skyldes, at langvarig sygdom er målt forskelligt på tværs af studierne.

Forventet antal år uden langvarig sygdom (andel af restlevetid uden langvarig sygdom, %)							
65-årige mænd							
	1994	2000	2004/2005	2006/2007	2010/2011	2013	2017
SUSY	6,8 (47,8 %)	6,4 (42,4 %)	7,8 (48,9 %)				
SHARE			5,6 (35,3 %)	8,0 (49,1 %)	8,2 (47,7 %)		
DNS					8,8 (54,0 %)	9,1 (53,8 %)	9,2 (52,2 %)
65-årige kvinder							
	1994	2000	2004/2005	2006/2007	2010/2011	2013	2017
SUSY	6,5 (36,8 %)	7,0 (38,9 %)	8,4 (44,4 %)				
SHARE			7,1 (37,7 %)	8,4 (43,9 %)	8,7 (44,0 %)		
DNS					9,9 (51,7 %)	10,4 (52,7 %)	10,5 (51,4 %)

 Stigning
 Stagnation/fald

SUSY: Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen
 DNS: Den Nationale Sundhedsprofil

Bilag 2c. Oversigt over udviklingen i forventede leveår uden aktivitetsbegrænsninger blandt 65-årige mænd og kvinder, baseret på data fra henholdsvis SUSY [15], EU-SILC [49] og SHARE [14]. Resultaterne fra de enkelte studier kan kun sammenlignes inden for hvert studie og ikke på tværs af studierne. Dette skyldes, at aktivitetsbegrænsninger er målt forskelligt på tværs af studierne.

Forventet antal år uden aktivitetsbegrænsninger												
(andel af restlevetid uden aktivitetsbegrænsninger, %)												
65-årige mænd												
	1994	2000	2005	...	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
SUSY (f)	10,7 (75,9%)	12,4 (82,4%)	13,3 (83,0%)									
SUSY (k)	12,7 (89,6%)	12,9 (85,7%)	13,7 (85,5%)									
EU-SILC					12,0 (72 %)	11,3 (67 %)	11,8 (69 %)	12,4 (72 %)	10,6 (61 %)	11,6 (66 %)	11,0 (61 %)	11,0 (61 %)
65-årige kvinder												
	1994	2000	2005	...	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
SUSY (f)	10,5 (59,8 %)	11,9 (65,6 %)	13,1 (69,2 %)									
SUSY (k)	14,9 (84,3%)	15,3 (84,3%)	16,3 (85,8%)									
EU-SILC					12,4 (64 %)	12,1 (62 %)	12,8 (65 %)	13,0 (65 %)	12,9 (64 %)	12,7 (62 %)	12,8 (62 %)	11,9 (57 %)
SUSY (f): Fysiske aktivitetsbegrænsninger												
SUSY (k): Kommunikative aktivitetsbegrænsninger												
Forventet antal år uden aktivitetsbegrænsninger												
Forventet antal år med milde aktivitetsbegrænsninger ^a												
Forventet antal år med betydelige aktivitetsbegrænsninger ^b												
65-årige mænd												
		2004/2005	2006/2007	...	2010/2011							
SHARE		6,9 5,9 ^a 3,2 ^b	9,1 4,6 ^a 2,6 ^b		9,4 4,6 ^a 3,0 ^b							
65-årige kvinder												
		2004/2005	2006/2007	...	2010/2011							
SHARE		8,2 7,8 ^a 3,0 ^b	9,6 6,1 ^a 3,4 ^b		10,2 6,7 ^a 3,0 ^b							

Stigning

Stagnation/fald

SUSY: Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen

DNS: Den Nationale Sundhedsprofil

Bilag 2d. Oversigt over udviklingen i forventede leveår med godt mentalt helbred blandt 65-årige mænd og kvinder, baseret på data fra DNS [48].

Forventet antal år med godt mentalt helbred (andel af restlevetid med godt mentalt helbred, %)			
65-årige mænd			
	2010	2013	2017
DNS	15,2 (93,1 %)	15,6 (92,1 %)	16,3 (92,3 %)
65-årige kvinder			
	2010	2013	2017
DNS	17,2 (89,7 %)	17,5 (88,8 %)	18,1 (88,9 %)

Stigning
 Stagnation/fald

DNS: Den Nationale Sundhedsprofil

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Sundhed for alle ♥ + ●