



ALKOHOL

Drikkemønstre blandt ældre



ALKOHOL Drikkemønstre blandt ældre

Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af
Charlotte Amby Holst, Nina Kamstrup-
Larsen og Janne Schurmann Tolstrup –
alle fra Statens Institut for Folkesundhed,
SDU

Intern reviewer: Ulrik Becker – fra Statens
Institut for Folkesundhed, SDU

© Sundhedsstyrelsen, 2020.
Publikationen kan frit refereres med
tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Elektronisk ISBN: 978-87-7014-240-3

Sprog: Dansk
Version: 1.0
Versionsdato: 11.11.2020
Format: pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,
November 2020

Indholdsfortegnelse

Forord	4
Sammenfatning	5
1. Indledning	8
1.1 Formål.....	9
1.2 Læsevejledning.....	9
2. Materiale og metode	10
2.1 Datakilder	10
2.2 Studiepopulationen	11
2.3 Latent klasseanalyse.....	14
2.4 Begrebsafklaring.....	15
2.5 Fremstilling af resultater	17
3. Karakteristik af grupper med forskellige drikkemønstre.....	18
3.1 Sociodemografiske karakteristika.....	23
4. Drikkemønstre og sundhedsadfærd.....	25
4.1 Rygning.....	25
4.2 Kost.....	26
4.3 Fysisk aktivitet	27
4.4 Undervægt og svær overvægt	28
5. Drikkemønstre, selv vurderet helbred og trivsel	30
5.1 Selv vurderet helbred	30
5.2 Selv vurderet fysisk og mentalt helbred	30
5.3 Trist til mode.....	32
5.4 Vanskeligt at se andre mennesker på grund af det fysiske helbred eller følelsesmæssige problemer	33
5.5 Oplevet højt stressniveau	33
6. Drikkemønstre og sygelighed.....	35
6.1 Smerter og ubehag	35
6.2 Specifikke sygdomme og helbredsproblemer	36
6.3 Langvarig sygdom.....	37
6.4 Multisygdom	38
7. Drikkemønstre og kontakt med alment praktiserende læge	40
8. Drikkemønstre og sociale relationer	42
8.1 Kontakt til andre.....	42
8.2 Uønsket alene	43
8.3 Nogen at tale med ved problemer eller brug for støtte.....	43
Referencer	45

Forord

I Danmark er alkohol en fast del af kulturen for langt de fleste. Det gælder også blandt ældre borgere, der udgør en stadig større andel af den danske befolkning. Et højt forbrug af alkohol kan have sociale, sundhedsmæssige og økonomiske konsekvenser for den, der drikker, men også for dennes pårørende. Kroppens tolerance over for alkohol reduceres med alderen. Det skyldes dels fysiologiske ændringer i kroppen, som opstår med alderen, dels at ældre oftere har sygdomme, som kan forværres og at virkningen af medicin kan forstærkes eller mindskes af alkohol.

Denne rapport beskriver forbruget af alkohol i den ældre del af befolkningen. Derudover giver rapporten et nuanceret indblik i drikkemønstre ved at identificere grupper af ældre med forskellige typer af drikkemønstre og dernæst karakterisere disse grupper i forhold til en række indikatorer relateret til sundhedsadfærd, helbred og trivsel.

Rapporten tegner et billede af, at langt de fleste ældre har et lavt eller moderat alkoholforbrug. Disse ældre er i øvrigt karakteriseret ved generelt at have en bedre sundhedstilstand og højere trivsel, sammenlignet med ældre i de øvrige grupper af drikkemønstre. Der findes desuden en række mindre grupper bestående af ældre med varierende grader af et uhensigtsmæssigt drikkemønster. Disse ældre har en mere uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, højere sygelighed og lavere trivsel, sammenlignet med ældre der har et lavt eller moderat alkoholforbrug.

Grupperne giver et indblik i nuancerne, når det angår drikkemønstre blandt ældre. Rapporten kan således være med til at danne grundlag for det videre arbejde med rådgivning, inspiration samt forebyggelse og sundhedsfremme på alkoholområdet.

Rapporten bygger på data fra Den Nationale Sundhedsprofil 2017, som er en landsdækkende spørgeskemaundersøgelse om sundhedsadfærd, helbred og trivsel blandt personer i Danmark på 16 år eller derover. Mere end 51.000 personer i alderen 65 år eller derover deltog i undersøgelsen.

Jeg håber, at den nye viden kan bidrage til at kvalificere, målrette og styrke indsatser om alkoholforbrug blandt ældre.



Niels Sandø
Enhedschef, Forebyggelse og ulighed
Sundhedsstyrelsen

Sammenfatning

Denne rapport har til formål at beskrive drikkemønstre blandt ældre ved brug af latent klasseanalyse. Analysen gør det muligt at identificere grupper af ældre med forskellige drikkemønstre ud fra deres besvarelser på en række spørgsmål relateret til deres alkoholforbrug. I rapporten afdækkes således en række grupper, hvor de ældre inden for hver gruppe minder om hinanden med hensyn til deres drikkemønstre. Herudover er formålet med rapporten at karakterisere disse grupper af ældre med forskellige drikkemønstre i forhold til socio-demografisk baggrund, sundhedsadfærd, selv vurderet fysisk og mentalt helbred, trivsel, sygelighed, kontakt med alment praktiserende læge samt sociale relationer. Ældre er i rapporten defineret som personer på 65 år eller derover. Analyserne er baseret på data fra deltagere i Den Nationale Sundhedsprofil 2017.

Karakteristik af ældre med forskellige drikkemønstre

Blandt ældre mænd er der identificeret seks grupper med forskellige drikkemønstre, og blandt ældre kvinder er der identificeret fem grupper med forskellige drikkemønstre. De identificerede drikkemønstre, andelen af de udgør blandt ældre samt gruppernes kendetegn, fremgår af Tabel 1.

Tabel 1. Identificerede drikkemønstre, andele og kendetegn

Gruppenavn	Andel	Kendetegn
Afholdende	10 % blandt mænd 21 % blandt kvinder	Personer i gruppen har ikke drukket alkohol inden for de seneste 12 måneder.
Lavforbrugere	48 % blandt mænd 62 % blandt kvinder	Personer i gruppen har et lavt alkoholforbrug, hvor kun en lille andel overskrider Sundhedsstyrelsens lavrisikogrænse.
Moderatforbrugere	21 % blandt mænd 13 % blandt kvinder	Alkoholforbruget er fordelt over mange dage. Blandt kvinder overskrider en stor andel Sundhedsstyrelsens lavrisikogrænse, mens det gælder for en mindre andel blandt mænd.
Moderatforbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug	6 % blandt mænd 2 % blandt kvinder	Trods et relativt lavt alkoholforbrug, drikker personer i gruppen ofte mindst fem genstande ved samme lejlighed. En stor andel har følt, at de bør nedsætte deres alkoholforbrug og har følt skam og oplevet brok fra andre i forbindelse med deres alkoholforbrug.
Storforbrugere	11 % blandt mænd	Findes kun blandt mænd. Personer i gruppen har et højt alkoholforbrug, med en stor andel, der overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse. Kun en mindre andel ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug, og få har følt skam og oplevet brok fra andre i forbindelse med deres alkoholforbrug.
Storforbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug	4 % blandt mænd 2 % blandt kvinder	Personer i gruppen har et højt alkoholforbrug, med en stor andel, der overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse. Mange har følt skam og oplevet brok fra andre i forbindelse med deres alkoholforbrug, og en stor andel ønsker at nedsætte deres forbrug. Derudover er knap halvdelen blandt mænd i denne gruppe blevet rådet af egen læge til at nedsætte deres alkoholforbrug.

Hovedparten af ældre har et begrænset eller moderat alkoholforbrug, idet 'Lavforbrugere' og 'Moderatforbrugere' udgør de største grupper. Blandt ældre mænd er henholdsvis 48 % 'Lavforbrugere' og 21 % 'Moderatforbrugere', og blandt ældre kvinder er 62 % 'Lavforbrugere' og 13 % 'Moderatforbrugere'. Derudover har 10 % blandt mænd og 21 % blandt kvinder ikke drukket alkohol inden for de seneste 12 måneder. Blandt ældre mænd er 6 % 'Moderatforbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug', 11 % 'Storforbrugere' og 4 % 'Storforbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug'. Blandt ældre kvinder er 2 % 'Moderatforbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug' og 2 % 'Storforbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug'.

Drikkemønstre og andre faktorer

Udover at præsentere et nuanceret indblik i drikkemønstre blandt ældre, viser rapporten sammenhænge mellem drikkemønstre og henholdsvis sundhedsadfærd, helbred og trivsel blandt ældre. Det skal nævnes, at man ikke kan konkludere, hvorvidt der er tale om direkte årsagsvirkningssammenhænge mellem drikkemønstret og de udvalgte indikatorer. Det skyldes dels, at der kan være andre faktorer end alkoholforbrug, som har indflydelse på sundhedsadfærd, trivsel og helbred, og dels, at netop trivsel og helbred kan have betydning for alkoholforbruget. Desuden viser undersøgelsen ikke, hvorvidt, der er tale om signifikante forskelle på tværs af de identificerede drikkemønstre.

Overordnet set, ses en såkaldt U-formet sammenhæng mellem drikkemønstre og en række indikatorer for henholdsvis sundhedsadfærd, helbred samt trivsel. Således ses de laveste andele med en uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, et dårligt helbred og lav trivsel blandt ældre i grupperne 'Lavforbrugere' og 'Moderatforbrugere'. De største andele af ældre med en uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, et dårligt helbred og lav trivsel ses derimod i "ydergrupperne" – hvilket omfatter grupperne 'Afholdende', 'Storforbrugere' (findes kun blandt mænd) og 'Storforbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug'. Blandt ældre kvinder ligner gruppen 'Moderatforbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug' i flere af de undersøgte sammenhænge disse grupper.

Ældre i grupperne 'Lavforbrugere' og 'Moderatforbrugere' er kendetegnet ved generelt at have en mere hensigtsmæssig sundhedsadfærd, et bedre helbred samt et bedre selv vurderet helbred og trivsel. Dette kommer fx til udtryk i forhold til sygelighed, hvor der i grupperne 'Lavforbrugere' og 'Moderatforbrugere' ses lavere andele af ældre med eksempelvis diabetes og kronisk bronkitis/store lunger/rygerlunger sammenlignet med de to "ydergrupper" af drikkemønstre.

Rapporten tegner et billede af, at gruppen 'Afholdende' består af en meget sammensat gruppe af ældre. Dette er kendt fra tidligere forskning og er et udtryk for, at man kan være afholdende fra alkohol af mange grunde, fx religiøse eller på grund af aktuell eller tidligere sygdom. Sammenlignet med ældre i de øvrige grupper af drikkemønstre, består gruppen 'Afholdende' fx både af en stor andel af ældre der er daglig-rygere (20 % blandt mænd og 14 % blandt kvinder) og en stor andel, der aldrig har røget (32 % blandt mænd og 54 % blandt kvinder). Desuden er gruppen kendetegnet ved at have en stor andel af ældre, der har et usundt kostmønster og en stor andel, der er fysisk aktive mindre end en halv time om dagen. Det er også i gruppen 'Afholdende', at der er flest ældre med dårligt selv vurderet helbred og trivsel. Mere end hver fjerde ældre i denne gruppe har et oplevet højt stressniveau. For langt de fleste typer af smerter og ubehag ses den største andel ligeledes blandt ældre i gruppen 'Afholdende', ligesom det er i denne gruppe, at den største andel af ældre med langvarig sygdom findes. I forhold til sociale relationer er det ligeledes i denne gruppe, at der findes de største andele af ældre, der ikke har kontakt til andre og som ikke har nogen at tale med om deres problemer.

Mænd i grupperne 'Storforbrugere' og 'Storforbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug' minder i mange henseender om hinanden i forhold til sundhedsadfærd og helbred – det vil sige at de på mange punkter

har en uhensigtsmæssig sundhedsadfærd samt et dårligt helbred sammenlignet med mænd i de øvrige grupper af drikkemønstre. Mænd i gruppen 'Storforbrugere' adskiller sig dog fra mænd i gruppen 'Storforbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug' på en række punkter; Hvor en stor andel af mænd i gruppen 'Storforbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug' gerne vil ændre deres sundhedsadfærd i en mere gavnlig retning, ønsker en mindre andel af mænd i gruppen 'Storforbrugere' at gøre noget ved deres sundhedsadfærd. Fx ønsker 46 % blandt daglig-rygere i gruppen 'Storforbrugere' at stoppe med at ryge, mens det gælder for 63 % blandt daglig-rygere i gruppen 'Storforbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug'. Generelt har mænd i gruppen 'Storforbrugere' bedre selv vurderet helbred og trivsel sammenlignet med mænd i gruppen 'Storforbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug'.

Ældre kvinder i grupperne 'Moderatforbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug' og 'Storforbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug' minder i flere henseender om hinanden i forhold til sundhedsadfærd, helbred og trivsel. Generelt har ældre kvinder med disse drikkemønstre en mere uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, et dårligere helbred samt lavere trivsel sammenlignet med kvinder i de øvrige grupper af drikkemønstre. Fx har 12 % af kvinder i de to ovennævnte grupper inden for de seneste fire uger hele tiden eller det meste af tiden følt, at deres fysiske helbred eller følelsesmæssige problemer har gjort det vanskeligt at se andre mennesker. Til sammenligning gælder det for henholdsvis 6,9 % og 5,0 % blandt ældre kvinder i grupperne 'Lavforbrugere' og 'Moderatforbrugere'.

1. Indledning

Denne rapport omhandler drikkemønstre blandt ældre i Danmark. Ældre er i denne rapport defineret som personer på 65 år eller derover. Med udgangspunkt i denne definition var der per 1. januar 2020 1.155.991 ældre personer i Danmark, hvilket svarer til 20 % af befolkningen (1). Andelen af befolkningen, der klassificeres som ældre er stigende, og andelen på 65 år eller derover forventes derved at være steget til 24 % af befolkningen i 2050 (svarende til 1.566.567 personer) (2).

I Danmark betragtes alkohol som en naturlig del af det sociale liv, og mange danskere drikker jævnligt alkohol. Samtidig er sammenhængen mellem et uhensigtsmæssigt alkoholforbrug og sygelighed veletableret, og alkohol er en af de enkeltfaktorer, der har størst indflydelse på folkesundheden (3). For andre former for sundhedsadfærd, som fx rygning, fysisk inaktivitet og usund kost, er der en tydelig social gradient, hvor personer med lav socioøkonomisk position generelt har en mere uhensigtsmæssig sundhedsadfærd sammenlignet med personer med høj socioøkonomisk position (4). Sammenhængene mellem socioøkonomisk position og alkoholforbrug er imidlertid mere komplekse. Hvor personer med lav socioøkonomisk position oftere er afholdende og har et lavere alkoholforbrug end personer med høj socioøkonomisk position (5), følger skadevirkningerne ved alkoholforbruget derimod den samme tendens som ses ved andre former for sundhedsadfærd – altså større forekomst af alkoholrelaterede konsekvenser med faldende socioøkonomisk position (6).

Der er flere grunde til at afdække alkoholforbruget i den ældre del af befolkningen. For det første kan ældretilværelsen være en periode i livet, der byder på mange forandringer, fx i forhold til arbejdsmarkedstilknæytning, sociale relationer samt fysisk og mentalt helbred. Disse forandringer kan medføre udviklingen af nye vaner og adfærd – herunder ændringer i alkoholforbruget.

En anden grund til at belyse alkoholforbruget blandt ældre er, at kroppen, som en naturlig del af at blive ældre, gennemgår flere fysiologiske ændringer, hvilket medfører en øget sårbarhed i forhold til udviklingen af både akut og kronisk sygdom ved alkoholindtag. Disse fysiologiske ændringer resulterer blandt andet i, at indtag af alkohol medfører en højere og mere længerevarende koncentration af alkohol i blodet blandt ældre, i forhold til hvis yngre personer indtager samme mængde alkohol. Derudover tager en stor andel af ældre ét eller flere medikamenter (7), og indtagelse af alkohol kan have indflydelse på virkningen af medicin samt øge risikoen for eventuelle bivirkninger (8, 9).

Ingen undersøgelser har tidligere identificeret grupper med forskellige drikkemønstre blandt ældre i Danmark. Denne rapport giver derfor et unikt indblik i drikkemønstre samt en karakteristik af ældres sundhedsadfærd, helbred og trivsel fordelt efter drikkemønstre. Rapporten kan således bidrage med viden til, hvordan forebyggende indsatser i forhold til alkohol, som er forankret i fx kommunerne, i endnu højere grad kan målrettes ældre.

Datagrundlaget for denne rapport er primært den nationalt repræsentative befolkningsundersøgelse Den Nationale Sundhedsprofil 2017, som er udført i samarbejde mellem de fem regioner, Sundhedsstyrelsen og Statens Institut for Folkesundhed, SDU (10).

1.1 Formål

Det overordnede formål med denne rapport er at identificere grupper med forskellige drikkemønstre blandt personer på 65 år eller derover. Derudover er det formålet at karakterisere disse grupper af ældre med forskellige drikkemønstre i forhold til sociodemografisk baggrund, sundhedsadfærd, selv vurderet fysisk og mentalt helbred, trivsel, sygelighed, kontakt med egen læge samt sociale relationer.

1.2 Læsevejledning

Rapporten er opdelt i 8 kapitler. I kapitel 1 gives en introduktion til rapporten samt til alkoholforbruget blandt ældre. I kapitel 2 beskrives Den Nationale Sundhedsprofil 2017, som udgør det datamæssige grundlag for analyserne. I kapitlet beskrives også studiepopulationen i forhold til sociodemografiske karakteristika og alkoholforbrug. Desuden beskrives den analytiske tilgang, latent klasseanalyse, der er anvendt i rapporten. I kapitel 3 beskrives de identificerede drikkemønstre samt sammenhængen mellem drikkemønstre og sociodemografisk baggrund. Kapitel 4 til 8 præsenterer sammenhængene mellem drikkemønstre og henholdsvis sundhedsadfærd, selv vurderet helbred og trivsel, sygelighed, kontakt med alment praktiserende læge og sociale relationer. Resultaterne i disse kapitler præsenteres med procentvise forekomster og antal deltagere. Rapportens referencer findes i forlængelse af kapitel 8.

Resultaterne i rapporten er opdelt på køn, da der ofte er kønsforskelle i alkoholforbrug, og da Sundhedsstyrelsens anbefalinger vedrørende alkoholforbrug er forskellige for mænd og kvinder (11). Desuden er det relevant i et forebyggelsesperspektiv, da alkoholvaner kan have forskellige betydninger for mænd og kvinder i forhold til anden sundhedsadfærd, helbred og trivsel.

Resultaterne bygger hovedsageligt på data fra Den Nationale Sundhedsprofil 2017, som er en tværsnitsundersøgelse. Det betyder, at alle spørgsmål er besvaret samtidigt. En tværsnitsundersøgelse er et 'øjebliksbillede' og kan pege på sammenhænge, men det er ikke muligt at påvise, hvad der er årsag, og hvad der er virkning. Det er fx muligt at undersøge, om der er en sammenhæng mellem drikkemønstre og ensomhed, men det er ikke muligt at undersøge, om ensomhed fører til et specifikt drikkemønster, om et specifikt drikkemønster fører til ensomhed, eller om det er noget helt tredje, der er årsag til både drikkemønstre og ensomhed. Det er desuden værd at bemærke, at det i rapporten ikke undersøges, hvorvidt forskelle i sundhedsadfærd, sygelighed og trivsel fordelt efter drikkemønstre er statistisk signifikante.

2. Materiale og metode

2.1 Datakilder

Denne rapport bygger på data fra Den Nationale Sundhedsprofil 2017, Det Centrale Personregister og Uddannelsesregistret. I de følgende afsnit beskrives disse datakilder, med særligt fokus på Den Nationale Sundhedsprofil 2017, da dette er den primære datakilde.

Den Nationale Sundhedsprofil 2017

Den Nationale Sundhedsprofil 2017 er en national repræsentativ befolkningsundersøgelse med stikprøver fra hver af de fem regioner samt en landsdækkende stikprøve. Stikprøverne er gensidigt udelukkende, hvilket betyder, at en borger kun kan udtrækkes i én stikprøve. Undersøgelsen er gennemført i et samarbejde mellem de fem regioner, Sundhedsstyrelsen og Statens Institut for Folkesundhed ved SDU, på baggrund af en aftale mellem Danske Regioner, Kommunernes Landsforening, Sundheds- og Ældreministeriet samt Finansministeriet. Formålet med Den Nationale Sundhedsprofil 2017 er at beskrive forekomsten og fordelingen af trivsel, sundhed og sygdom blandt personer bosiddende i Danmark på 16 år eller derover. Data er indsamlet i perioden den 1. februar-30. april 2017.

Dataindsamlingen foregik ved en kombination af digital post og fysisk post. Personer, der var udtrukket til stikprøven, fik via digital post tilsendt invitation og link til et elektronisk spørgeskema, hvis de var tilmeldt digital post. Hvis de efter et stykke tid ikke havde besvaret det elektroniske spørgeskema, fik de tilsendt et spørgeskema i papirformat. Personer, som ikke var tilmeldt digital post, fik tilsendt introduktionsbrev og spørgeskema i papirformat. Uanset om personen modtog invitationen som digital eller fysisk post, var det muligt at besvare spørgeskemaet digitalt. Af introduktionsbrevet fremgik det, at deltagelse i undersøgelsen var frivillig, og at deltageren var sikret fuld anonymitet. I alt besvarede 183.372 personer spørgeskemaet, hvilket svarer til at 59 % af de inviterede personer deltog i spørgeskemaundersøgelsen.

I Tabel 2.1 fremgår deltagelsesprocenten for personer på 65 år eller derover fordelt efter aldersgruppe og køn. Det fremgår, at mens deltagelsesprocenten er ens for mænd og kvinder, er den lavere for ældre på 75 år og derover sammenlignet med de 65-74-årige. I alt deltog 51.492 personer i alderen 65 år eller derover i Den Nationale Sundhedsprofil 2017.

Tabel 2.1. Inviterede, deltagere og deltagelsesprocenter i den Nationale Sundhedsprofil 2017, fordelt efter aldersgruppe og køn. Antal deltagere og procent

	65-74 år	≥75 år
Mænd		
Inviterede	22.165	12.445
Deltagere	16.451	7.507
Deltagelsesprocent	74 %	60 %
Kvinder		
Inviterede	23.325	18.420
Deltagere	17.188	10.346
Deltagelsesprocent	74 %	56 %
I alt		
Inviterede	45.490	30.865
Deltagere	33.639	17.853
Deltagelsesprocent	74 %	58

Det Centrale Personregister

Det Centrale Personregister blev oprettet i 1968, og omfatter alle personer som enten 1) er født af en kvinde, der er registreret i registeret, 2) har fået deres dåb registreret i Danmark, eller 3) har fast bopæl i Danmark (12). Registeret indeholder et unikt personnummer (CPR-nummer) samt oplysninger om fx borgernes bopæl, køn og civilstand. Fra registeret er hentet information om samlivsstatus. CPR-nummeret gør det derudover muligt at koble information på tværs af registre. Således anvendes CPR-nummeret til at knytte deltagerne i Den Nationale Sundhedsprofil 2017 til Uddannelsesregisteret.

Uddannelsesregistret

Fra Uddannelsesregisteret er der indhentet information om højest fuldførte uddannelse (13). Højest fuldførte uddannelse er inddelt i kategorierne grundskole, kort uddannelse (almen eller erhvervsgymnasial uddannelse, erhvervsfaglige praktik- og hovedforløb samt kort videregående uddannelse) og mellemlang/lang uddannelse (mellemlang videregående uddannelse, bacheloruddannelse, lang videregående uddannelse og forskeruddannelse).

2.2 Studiepopulationen

Denne rapport omfatter alle personer på 65 år eller derover, som i Den Nationale Sundhedsprofil 2017 har besvaret spørgsmålet om, hvorvidt de har drukket alkohol inden for de seneste 12 måneder. Deltagere, der har angivet, at de har drukket alkohol inden for de seneste 12 måneder, men ikke har besvaret minimum ét af de øvrige spørgsmål relateret til deres alkoholforbrug, er ekskluderet. Den endelige studiepopulation i denne rapport består således af i alt 51.291 ældre på 65 år og derover.

Tabel 2.2 viser køns- og aldersfordelingen af studiepopulationen. Det fremgår, at den største andel i studiepopulationen udgøres af kvinder i alderen 65-74 år, idet denne gruppe udgør 33 % af studiepopulationen, mens den mindste andel er mænd på 75 år eller derover, som udgør 17 % af den samlede studiepopulation.

Tabel 2.2. Deltagere i studiepopulationen, fordelt efter aldersgruppe og køn. Antal deltagere og procent

	65-74 år	≥75 år	I alt
Mænd	16.051 (31 %)	8.811 (17 %)	24.862 (48 %)
Kvinder	16.745 (33 %)	9.684 (19 %)	26.429 (52 %)
I alt	32.796 (64 %)	18.495 (36 %)	51.291 (100 %)

Det er vigtigt at bemærke, at der kan være store forskelle i gruppen af ældre borgere, da det er en mangfoldig gruppe, ikke mindst i forhold til sundhed og funktionsevne. Tab af funktionsevne kan fx betyde, at det kan være svært at indgå i de aktiviteter og leve det liv, som giver mening og værdi for den ældre. Aldring og ændringer i funktionsniveau forløber meget individuelt og afhænger af den enkeltes udgangspunkt, levevilkår og sundhedsadfærd. Der er således stor forskel på, i hvilken grad, og hvornår, den enkelte udvikler svækkelse og tab af funktionsevne. (14). I denne rapport er studiepopulationen derfor indledningsvist inddelt i aldersgrupperne 65-74 år og 75 år eller derover for at belyse en række sociodemografiske indikatorer samt alkoholforbruget.

Sociodemografi

I Tabel 2.3 fremgår fordelingen af samlivsstatus blandt ældre mænd og kvinder. Samlivsstatus er baseret på en kombination af data fra Det Centrale Personregister og Den Nationale Sundhedsprofil 2017. Hovedparten blandt ældre mænd og kvinder er gift eller enke/enkemand. For både mænd og kvinder gælder, at andelen, der er gift, falder med stigende alder, og at andelen, der er enke/enkemand, stiger med stigende alder. Således er 71 % blandt 65-74-årige mænd gift, mens det gælder for 64 % blandt mænd på 75 år eller derover. Blandt kvinder er de tilsvarende andele 59 % og 32 %. Blandt kvinder på 75 år eller derover er mere end halvdelen enke (52 %), mens knap hver femte mand (21 %) i samme alder, er enkemand.

Tabel 2.3 Samlivsstatus, fordelt efter aldersgruppe og køn. Procent og antal deltagere

	65-74 år	≥75 år	I alt
Mænd			
Gift	71 %	64 %	69 %
Samlevende	5,9 %	4,3 %	5,3 %
Enlig (separeret, skilt)	11 %	7,8 %	9,5 %
Enlig (enkestand)	5,8 %	21 %	11 %
Enlig (ugift)	6,4 %	3,6 %	5,4 %
	100 %	100 %	100 %
<i>Antal deltagere</i>	<i>16.051</i>	<i>8.811</i>	<i>24.862</i>
Kvinder			
Gift	59 %	32 %	47 %
Samlevende	4,2 %	2,5 %	3,5 %
Enlig (separeret, skilt)	16 %	11 %	13 %
Enlig (enkestand)	17 %	52 %	32 %
Enlig (ugift)	4,6 %	2,9 %	3,8 %
	100 %	100 %	100 %
<i>Antal deltagere</i>	<i>16.745</i>	<i>9.684</i>	<i>26.429</i>

Af Tabel 2.4 fremgår det, at andelen af ældre med grundskole som højest fuldførte uddannelse stiger med stigende alder. Således har 17 % blandt 65-74-årige mænd og 25 % blandt mænd på 75 år eller derover en grundskole som højest fuldførte uddannelse. Blandt kvinder er de tilsvarende andele 21 % og 38 %. Heraf følger også, at andelen med kort videregående uddannelse og mellemlang/lang videregående uddannelse falder med stigende alder.

Tabel 2.4 Uddannelse, fordelt efter aldersgruppe og køn. Procent og antal deltagere

	65-74 år	≥75 år	I alt
Mænd			
Grundskole	17 %	25 %	19 %
Kort videregående uddannelse	53 %	49 %	52 %
Mellemlang/lang videregående uddannelse	30 %	27 %	29 %
	100 %	100 %	100 %
<i>Antal deltagere</i>	<i>14.252</i>	<i>7.091</i>	<i>21.343</i>
Kvinder			
Grundskole	21 %	38 %	28 %
Kort videregående uddannelse	51 %	42 %	47 %
Mellemlang/lang videregående uddannelse	28 %	20 %	25 %
	100 %	100 %	100 %
<i>Antal deltagere</i>	<i>14.784</i>	<i>7.551</i>	<i>22.335</i>

Alkoholforbrug

Alkoholforbrug er belyst ud fra en række udvalgte indikatorer, hvilke er præsenteret i Tabel 2.5. Indikatorerne for alkoholforbrug i Tabel 2.5 indgår, sammen med en række øvrige indikatorer for alkoholforbrug, i den latente klasseanalyse (se afsnit 2.3). Overordnet har hovedparten af ældre drukket alkohol inden for de seneste 12 måneder, hvilket gælder for 90 % blandt mænd og 79 % blandt kvinder. Det fremgår, at 22 % blandt ældre mænd og 20 % blandt ældre kvinder overskrider Sundhedsstyrelsens lavrisikogrænse, mens henholdsvis 11 % blandt ældre mænd og 5,9 % blandt ældre kvinder overskrider Sundhedsstyrelsens højriskogrænse. Blandt ældre mænd binge-drikker 19 % månedligt eller oftere, mens det gælder for 6,6 % blandt ældre kvinder. For alle indikatorer for alkoholforbrug fremgår en faldende andel med stigende alder blandt både ældre mænd og kvinder.

Tabel 2.5 Udvalgte indikatorer for alkoholforbrug, fordelt efter aldersgruppe og køn. Procent og antal deltagere

	65-74 år	≥75 år	I alt
Mænd			
Drukket alkohol inden for de seneste 12 måneder	91 %	88 %	90 %
Overskrider Sundhedsstyrelsens lavrisikogrænse	24 %	19 %	22 %
Overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse	12 %	8,6 %	11 %
Vil gerne nedsætte alkoholforbruget (blandt personer, der overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse)	55 %	33 %	49 %
Binge-drikker månedligt eller oftere	24 %	12 %	19 %
<i>Min. antal deltagere</i>	<i>15.562</i>	<i>8.192</i>	<i>23.754</i>
Kvinder			
Drukket alkohol inden for de seneste 12 måneder	85 %	72 %	79 %
Overskrider Sundhedsstyrelsens lavrisikogrænse	23 %	16 %	20 %
Overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse	7,0 %	4,4 %	5,9 %
Vil gerne nedsætte alkoholforbruget (blandt personer, der overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse)	51 %	29 %	44 %
Binge-drikker månedligt eller oftere	8,8 %	3,6 %	6,6 %
<i>Min. antal deltagere</i>	<i>16.087</i>	<i>8.871</i>	<i>24.958</i>

2.3 Latent klasseanalyse

Til at identificere grupper med forskellige drikkemønstre blandt ældre, er en latent klasseanalyse anvendt. Formålet med den latente klasseanalyse er grundlæggende at gruppere de individer sammen, der ligner hinanden i forhold til en række udvalgte indikatorer (i dette tilfælde alkoholforbrug). Den latente klasseanalyse kan således anvendes til at identificere mønstre i data. På baggrund af mønstergenkendelse i deltagernes besvarelser på de spørgsmål, der er udvalgt til at indgå i modellen (se nedenfor), tildeles hver deltager en sandsynlighed for at tilhøre hver af de identificerede grupper og bliver herefter placeret i den gruppe, som vedkommende har størst sandsynlighed for at tilhøre. I praksis udføres en række latente klasseanalyser med hver sit bud på antallet af grupper. Således blev der i denne rapport udført separate latente klasseanalyser med to til otte grupper. For dernæst at bestemme det optimale antal af grupper anvendes en række modelbaserede test-størrelser (log-likelihood-, entropi-, AIC- og BIC-værdier), som på forskellig vis indikerer, hvor godt antallet af identificerede grupper passer på data.

I Den Nationale Sundhedsprofil 2017 indgår en række spørgsmål, som alle omhandler deltagernes alkoholforbrug, og det er på baggrund af besvarelserne af disse spørgsmål, at grupperne med forskellige drikkemønstre er identificeret. De anvendte spørgsmål er:

- Drikker du alkohol uden for måltiderne på hverdage?
- Hvor mange dage om ugen drikker du alkohol?
- Hvor tit drikker du 5 genstande eller flere ved samme lejlighed?
- Hvor mange genstande drikker du typisk på hver af dagene i løbet af ugen?
- Har du inden for de seneste 12 måneder følt, du burde nedsætte dit alkoholforbrug?

- Har din egen læge i løbet af de seneste 12 måneder rådet dig til at nedsætte dit alkoholforbrug?
- Er der nogen, inden for de seneste 12 måneder, der har "brokket" sig over, at du drikker for meget?
- Har du inden for de seneste 12 måneder følt dig skidt tilpas eller skamfuld på grund af dine alkoholvaner?
- Har du inden for de seneste 12 måneder jævnligt taget en genstand som det første om morgenen for at "berolige nerverne" eller blive "tømmermændene" kvit?

De første fire spørgsmål har til formål at belyse indtaget af alkohol, mens de sidste fem spørgsmål har til formål at belyse eventuelle konsekvenser af alkoholforbruget.

Som tidligere beskrevet, er der ofte kønsforskelle i alkoholforbrug. Samtidig er Sundhedsstyrelsens anbefalinger vedrørende alkoholforbrug forskellige for mænd og kvinder (11). Alle latente klasseanalyser er derfor kønsopdelte.

På grund af et generelt fald i funktionsevne og dårligere helbred med stigende alder, blev latente klasseanalyser indledningsvist foretaget separat for aldersgrupperne 65-74-årige, 75-84-årige og ≥ 85 -årige. Af metodiske årsager var det imidlertid ikke muligt at gennemføre en latent klasseanalyse for de ≥ 85 -årige. Således blev der i stedet foretaget separate latente klasseanalyser for aldersgrupperne 65-74-årige og ≥ 75 -årige. Disse latente klasseanalyser viste det samme antal grupper med de samme karakteristika på tværs af de to aldersgrupper – både blandt mænd og kvinder. Den endelige latente klasseanalyse blev derfor ikke aldersopdelt.

Ældre, som har angivet, at de ikke har drukket alkohol inden for de seneste 12 måneder, indgår ikke i den latente klasseanalyse, men bliver af metodiske årsager behandlet som en prædefineret selvstændig gruppe.

2.4 Begrebsafklaring

I det følgende afsnit defineres og afgrænses en række begreber, som anvendes i rapporten.

Binge-drikke

Binge-drikke defineres i denne rapport som at drikke fem eller flere genstande ved samme lejlighed.

Body Mass Index

Body Mass Index (BMI) bruges som et simpelt mål til at indikere undervægt, overvægt og fedme blandt voksne. BMI beregnes ved følgende formel: $\text{Vægt (kilo)} / \text{Højde}^2 (\text{meter})$, og grupperes i følgende kategorier (15):

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

Funktionsevne

Funktionsevne forstås som en persons evne til at klare dagligdagens gøremål både fysisk, psykisk og socialt (16).

Højriskogrænse

Sundhedsstyrelsen har defineret en højriskogrænse for alkoholindtag på henholdsvis 21 og 14 genstande per uge for mænd og kvinder (11).

Kostmønster

I Den Nationale Sundhedsprofil 2017 indgår en række spørgsmål omhandlende deltagernes kostmønster. På baggrund af deltagernes indtag af frugt, grøntsager, fisk og fedtstof er der konstrueret en samlet score, som er et udtryk for kostens sundhed og kvalitet. Scoren går fra 0 til 8, og kategoriseres som følger:

- Sundt kostmønster (6-8 point): Generelt sunde kostvaner, typisk med et moderat til højt indtag af frugt, grøntsager og fisk, samt et lavt til moderat indtag af fedt – især mættet fedt.
- Kostmønster med sunde og usunde elementer (3-5 point): Generelt både sunde og usunde kostvaner, typisk med et lavt til moderat indtag af frugt, grøntsager og fisk, samt et moderat til højt indtag af fedt – især mættet fedt. Der er stor variation i gruppens kostvaner, hvor kosten består af både sunde og usunde elementer.
- Usundt kostmønster (0-2 point): Generelt meget usunde kostvaner, typisk med et lavt indtag af frugt, grøntsager og fisk, samt et højt indtag af fedt, især mættet fedt.

Langvarig sygdom

Langvarig sygdom defineres som sygdom af mindst seks måneders varighed.

Lavrisikogrænse

Sundhedsstyrelsen har defineret en lavrisikogrænse for alkoholindtag på henholdsvis 14 og 7 genstande per uge for mænd og kvinder (11).

Multisygdom

Multisygdom defineres i denne rapport ud fra følgende 18 sygdomme: astma, allergi, diabetes, forhøjet blodtryk, blodprop i hjertet, hjertekrampe, hjerneblødning/blodprop i hjernen, kronisk bronkitis/store lunger/rygerlunger, slidgigt, leddegigt, knogleskørhed, kræft, migræne eller hyppig hovedpine, psykisk lidelse (<6 måneders varighed), psykisk lidelse (>6 måneders varighed), diskusprolaps eller andre rygsygdomme, grå stær, og tinnitus. Deltagere, der har angivet at de har mere end én af de angivne sygdomme, er defineret som at have multisygdom. Hvis en person har flere sygdomme inden for samme sygdomsgruppe, fx flere kræftsygdomme på samme tid, tæller det som en enkelt sygdom i denne opgørelse. Hvis en person derimod både har astma og allergi, tæller de for to sygdomme.

Selv vurderet helbred

Selv vurderet helbred henviser til en persons samlede vurdering af sin egen helbredstilstand, der ikke alene kan beskrives ved personens symptomer og sygdomme (17).

I Den Nationale Sundhedsprofil 2017 indgår spørgebatteriet SF-12 med det formål at belyse deltagernes helbredstilstand. SF-12 er et spørgeskema, som består af 12 spørgsmål der har til formål at belyse deltagernes helbredstilstand inden for de seneste fire uger i forhold til helbredsrelaterede begrænsninger i fysisk funktion, social funktion samt mentalt velbefindende. SF-12 er velegnet til bestemmelse af den almene helbredstilstand i den generelle befolkning, idet den giver et generisk mål for helbredsstatus, hvilket betyder, at spørgsmålene anses som relevante for både syge og raske personer. Ud fra besvarelserne på de 12 spørgsmål er det muligt at beregne en samlet score for to generelle helbredskomponenter – henholdsvis en fysisk helbredskomponent og en mental helbredskomponent. Der scores i intervallet 0 til 100, hvor jo højere score, desto bedre helbredsstatus. Standardafgrænsningen af dårligt fysisk helbred er en score på 35,37 og for dårligt mentalt helbred 35,76. Hvis deltagere har en score under disse værdier, kategoriseres de som at have henholdsvis dårligt fysisk helbred og dårligt mentalt helbred (10, 18).

Stressniveau

Til at belyse deltagernes oplevede stressniveau, indgår Cohens Perceived Stress Scale i Den Nationale Sundhedsprofil 2017. Skalaen er en valideret stressskala, der består af ti spørgsmål. Skalaen går fra 0 til 40, med jo højere score, desto højere grad af oplevet stress. Et oplevet højt stressniveau er defineret som en score på 18 eller derover (19).

Sundhedsadfærd

Sundhedsadfærd henviser til den adfærd personer "[...] bevidst eller ubevidst udviser, og som påvirker deres livsstil og dermed deres sundhed" (20).

Sygelighed

I Den Nationale Sundhedsprofil 2017 er der spurgt ind til en række specifikke sygdomme og helbredsproblemer, hvortil deltagerne er blevet bedt om at angive, om de på nuværende tidspunkt har eller tidligere har haft de pågældende sygdomme og helbredsproblemer. For sygdommene blodprop i hjertet, hjertekrampe, hjerneblødning/blodprop i hjernen er angivet andelen, der tidligere har haft sygdommen. For de resterende sygdomme er andelen, der har angivet, at de har sygdommen nu, præsenteret.

Trivsel

Trivsel defineres med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens definition som en tilstand "[...] hvor individet kan udfolde sine evner, kan håndtere dagligdags udfordringer og stress samt indgå i menneskelige fællesskaber" (21).

2.5 Fremstilling af resultater

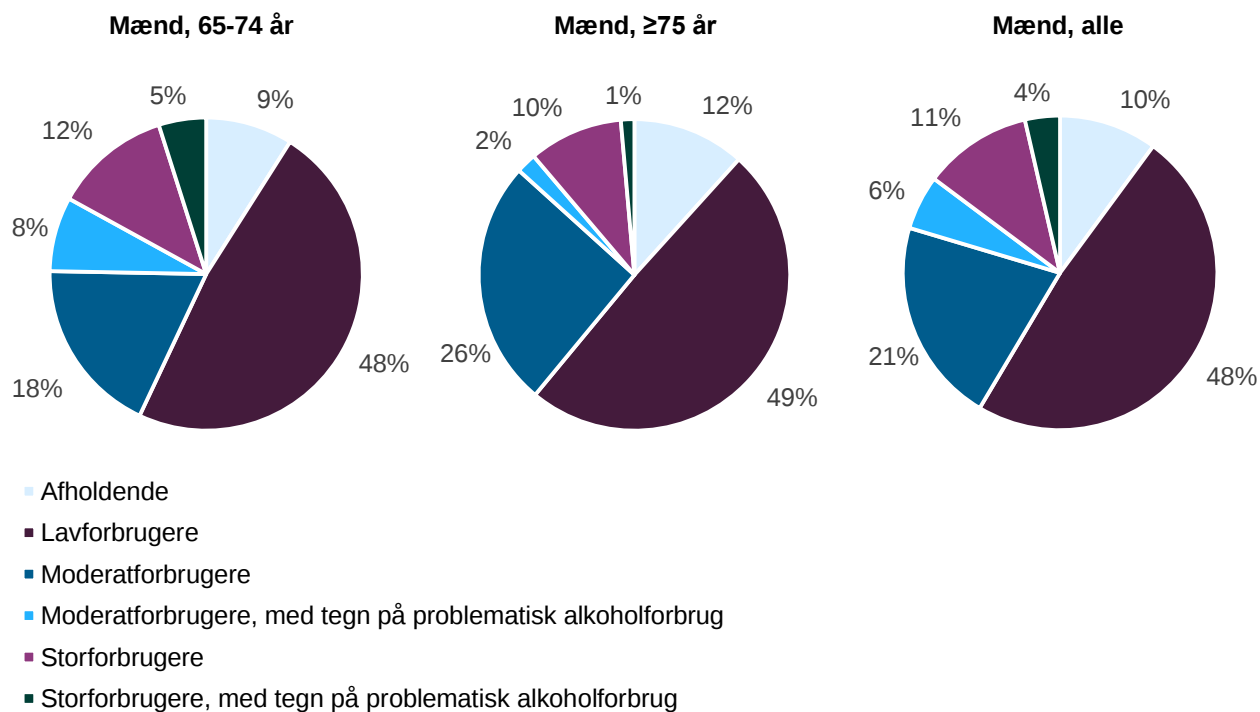
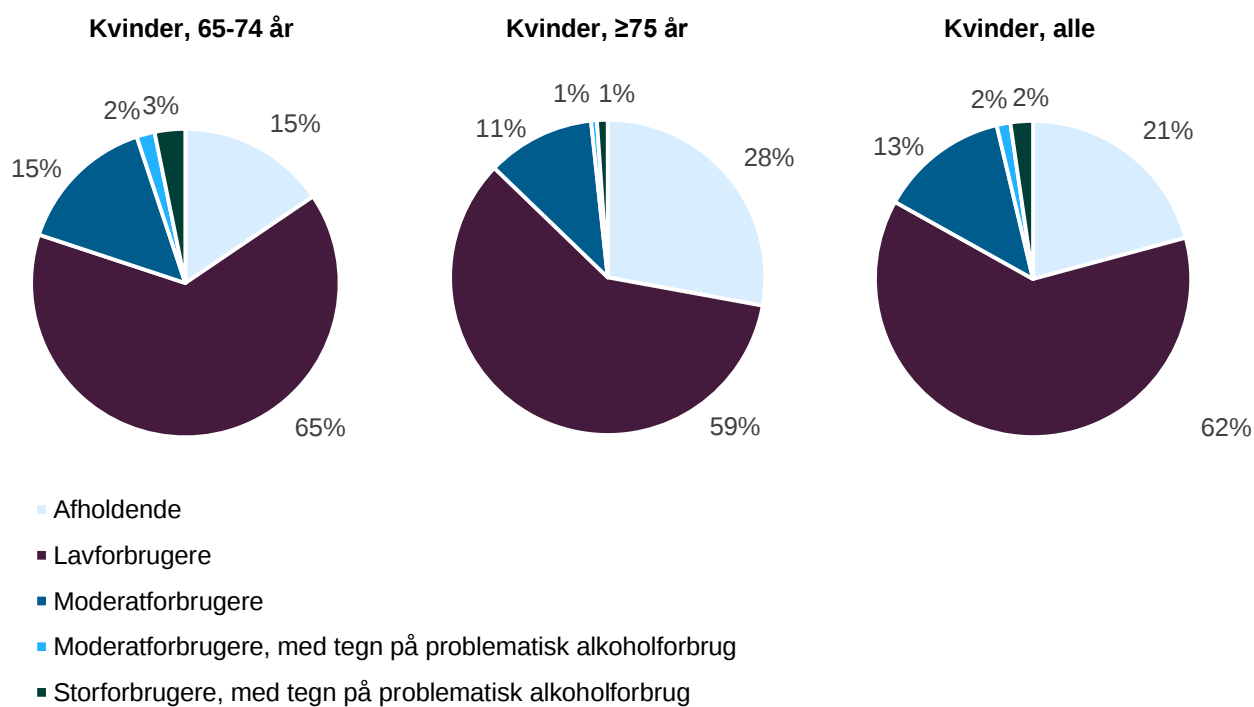
Deltagere i Den Nationale Sundhedsprofil 2017 afviger fra den generelle danske befolkning i forhold til en række karakteristika på trods af, at der er inviteret et repræsentativt udsnit af befolkningen. Dette skyldes, at det er en selekteret gruppe, som vælger at deltage i spørgeskemaundersøgelser. For at imødekomme de udfordringer, der er forbundet med den manglende repræsentativitet i forhold til baggrundsbefolkningen, er resultaterne i denne rapport vægtet for bortfald. Det betyder, at nogle deltageres besvarelse vægter "tungere" end andre deltageres. Således er hver enkelt deltager blevet tildelt en vægt i forhold til, hvor sandsynligt det er at få en besvarelse fra en person med tilsvarende bopælskommune, køn, alder, uddannelse, bruttoindkomst, socioøkonomisk gruppering, familietype, etnisk baggrund, antal lægebesøg i 2016, indlæggelse på hospital i 2015 samt ejer-/lejerforhold. Ved at foretage en vægtning, korrigeres andelenes således, så resultaterne er repræsentative for ældrebefolkningen i Danmark. I rapportens resultatdel præsenteres løbende andele (%) af ældre, fordelt efter drikkemønster og køn, der fx har et givent helbredsudfald eller en given sundhedsadfærd. Disse andele er vægtet. Ved andele mindre end ti procent er angivet én decimal. Grundet afrunding ved andele over ti procent, summerer nogle procentandelene ikke præcist til 100 %.

I alle tabeller fremgår desuden antallet af ældre, der har besvaret det pågældende spørgsmål, fordelt efter drikkemønster og køn. Antallet af ældre der har besvaret de enkelte spørgsmål er ikke vægtet. Antallet af ældre, som har besvaret et givent spørgsmål, varierer af to årsager: 1) nogle ældre har valgt ikke at besvare spørgsmålet, og 2) nogle ældre stilles ikke spørgsmålet grundet deres svar på et andet spørgsmål (fx stilles spørgsmålet om hvorvidt de ældre er blevet rådet af deres alment praktiserende læge til at tage sig, kun til ældre der har angivet at de har været ved deres alment praktiserende læge inden for de seneste 12 måneder). I nogle tabeller præsenteres forekomsten af flere indikatorer samlet. I stedet for at præsentere antal deltagere for hver indikator i tabellerne, præsenteres det laveste antal deltagere på tværs af indikatorerne henholdsvis blandt mænd og kvinder i grupperne med forskelligt drikkemønster. I disse tabeller er antal deltagere derfor benævnt 'Min. antal deltagere'.

3. Karakteristik af ældre med forskellige drikkemønstre

På baggrund af den latente klasseanalyse blev der identificeret seks grupper med forskellige drikkemønstre blandt ældre mænd og fem grupper med forskellige drikkemønstre blandt ældre kvinder. Aldersopdelte latente klasseanalyser viste, at der fandtes det samme antal grupper med de samme karakteristika på tværs af aldersgrupperne 65-74-årige og ≥ 75 -årige, men at gruppernes størrelse varierede i de to aldersgrupper. Dette gjaldt både blandt mænd og kvinder. Fordelingerne af grupperne med forskellige drikkemønstre er derfor både vist aldersopdelte samt samlet for alle personer på 65 år eller derover. Resultaterne i de følgende kapitler er ikke aldersopdelte.

Fordelingerne af grupperne med forskellige drikkemønstre blandt ældre mænd og kvinder er præsenteret i henholdsvis Figur 3.1 og Figur 3.2. Grupperne er navngivet ud fra, hvad der karakteriserer dem bedst i forhold til de anvendte indikatorer for alkoholforbrug. Som det fremgår af Figur 3.1 og Figur 3.2 udgør gruppen 'Lavforbrugere' den største gruppe, hvilket gælder både blandt ældre mænd (48 %) og kvinder (62%). Blandt ældre mænd udgør gruppen 'Storforbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug' (4 %) den mindste andel, mens grupperne 'Storforbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug' (2 %) og 'Moderatforbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug' (2 %) begge udgør de mindste andele blandt ældre kvinder. Blandt både ældre mænd og kvinder bliver andelen i gruppen 'Afholdende' større med stigende alder. Således er 15 % blandt kvinder på 65-74 år og 28 % blandt kvinder på 75 år eller derover afholdende. Blandt mænd er de tilsvarende andele 9 % og 12 %.

Figur 3.1 Identificerede drikkemønstre blandt mænd, fordelt efter aldersgruppe og samlet. Procent**Figur 3.2 Identificerede drikkemønstre blandt kvinder, fordelt efter aldersgruppe og samlet. Procent**

Afholdende

Gruppen findes blandt både mænd og kvinder og er kendetegnet ved, at ældre i gruppen ikke har drukket alkohol inden for de seneste 12 måneder. Blandt mænd udgør gruppen 10 %, mens den udgør 21 % blandt kvinder.

Lavforbrugere

Gruppen findes blandt både ældre mænd og kvinder og er kendetegnet ved, at kun meget få overskrider Sundhedsstyrelsens lavrisikogrænse. Størstedelen blandt ældre mænd og kvinder tilhører denne gruppe; blandt mænd er det 48 %, og blandt kvinder er det 62 %.

Moderatforbrugere

Gruppen findes blandt både mænd og kvinder og er kendetegnet ved, at alkoholforbruget er fordelt over mange dage, idet hovedparten af de ældre drikker alkohol 4-7 dage om ugen. Blandt kvinder overskrider alle Sundhedsstyrelsens lavrisikogrænse, mens det gælder en tredjedel blandt mænd i denne gruppe. Blandt mænd udgør gruppen 21 %, mens den udgør 13 % blandt kvinder.

Moderatforbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug

Gruppen findes blandt både mænd og kvinder og er kendetegnet ved, at til trods for at kun en mindre andel overskrider Sundhedsstyrelsens lavrisikogrænse, binge-drikker omkring halvdelen blandt mænd i denne gruppe således mindst én gang månedligt, mens det gælder for omkring en tredjedel blandt kvinder. Ingen i gruppen overskrider Sundhedsstyrelsens højriskogrænse. En stor andel blandt mænd og kvinder i gruppen føler, at de bør nedsætte deres alkoholforbrug, ligesom flere i denne gruppe har følt skam og oplevet brok fra andre i forbindelse med alkoholindtag. Blandt mænd udgør gruppen 6 %, mens den udgør 2 % blandt kvinder.

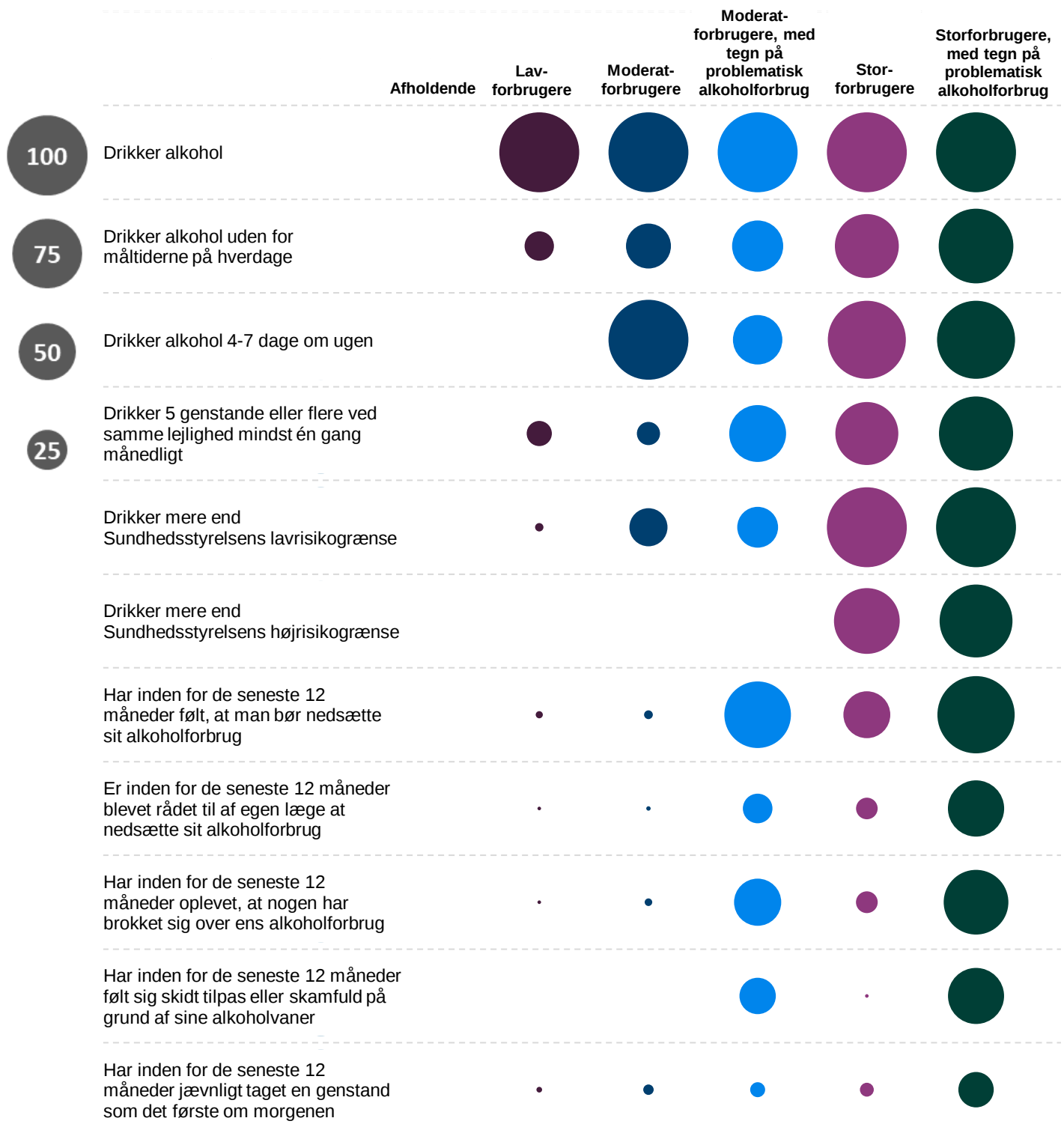
Storforbrugere

Gruppen findes kun blandt mænd og er kendetegnet ved, at en stor andel overskrider Sundhedsstyrelsens højriskogrænse. Kun få har følt skam og oplevet brok fra andre i forbindelse med deres alkoholforbrug og kun en mindre andel ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug. Gruppen udgør 11 % blandt mænd.

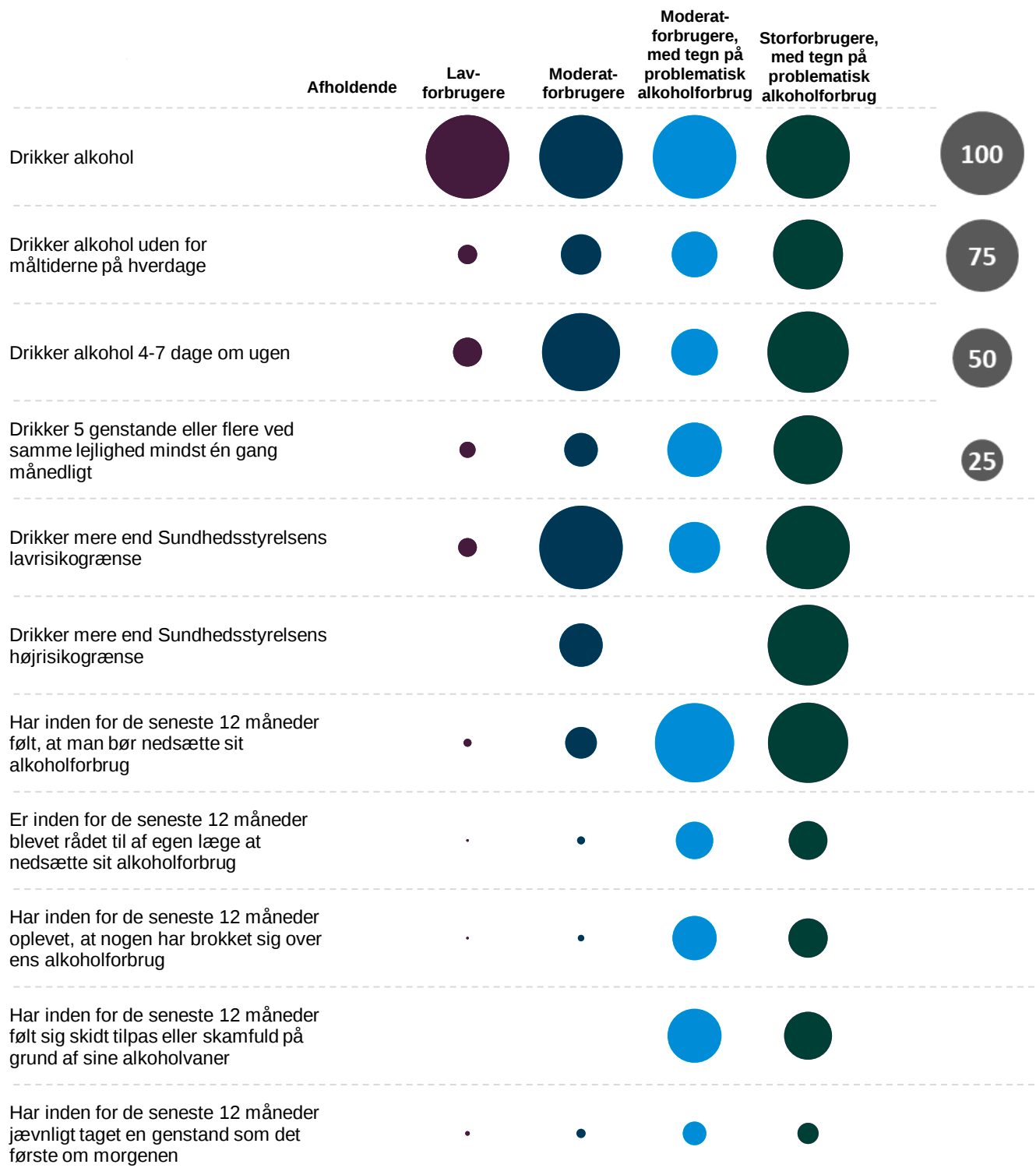
Storforbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug

Gruppen findes blandt både mænd og kvinder og er kendetegnet ved, at en stor andel overskrider Sundhedsstyrelsens højriskogrænse. Mange har følt skam og oplevet brok fra andre i forbindelse med deres alkoholforbrug (især blandt mænd), og en stor andel ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug. Derudover er knap halvdelen af mænd i denne gruppe blevet rådet af egen læge til at nedsætte deres alkoholforbrug, mens det gælder 22 % af kvinder. Blandt mænd udgør gruppen 4 %, mens den udgør 2 % blandt kvinder.

Gruppernes kendetegn er illustreret i Figur 3.3 og Figur 3.4. Størrelsen på 'boblerne' angiver, hvor stor en andel af ældre, der har angivet et positivt svar ved det pågældende spørgsmål. Således fremgår der ingen 'bobler' under gruppen af 'Afholdende', idet ingen ældre i denne gruppe per definition har angivet positive svar på spørgsmålene omhandlende alkoholforbrug. Modsat fremgår der 'bobler' ud for hvert spørgsmål under gruppen af 'Storforbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug', idet hovedparterne af ældre i denne gruppe har angivet positive svar på spørgsmålene omhandlende alkoholforbrug.

Figur 3.3 Karakteristik af grupper med forskellige drikkemønstre blandt mænd*


*Er udledt fra de anvendte spørgsmål om alkohol fra Den Nationale Sundhedsprofil 2017.

Figur 3.4 Karakteristik af grupper med forskellige drikkemønstre blandt kvinder*


*Er udledt fra de anvendte spørgsmål om alkohol fra Den Nationale Sundhedsprofil 2017.

3.1 Sociodemografiske karakteristika

I Tabel 3.1 fremgår det, at blandt både mænd og kvinder er gennemsnitsalderen højest i gruppen 'Afholdende', mens den laveste gennemsnitsalder findes blandt ældre i grupperne 'Moderatforbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug' og 'Storforbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug'.

I forhold til uddannelse ses, at andelen af ældre med grundskole som højest fuldførte uddannelse er størst blandt ældre i gruppen 'Afholdende', hvilket gælder 33 % blandt mænd og 47 % blandt kvinder. Den laveste andel af ældre med grundskole som højest fuldførte uddannelse findes blandt 'Storforbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug', hvilket gælder 10 % blandt ældre mænd og 9 % blandt ældre kvinder. Både blandt ældre mænd og kvinder, er andelen med mellemlang/lang uddannelse som højest fuldførte uddannelse størst blandt ældre i grupperne 'Moderatforbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug' og 'Storforbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug' – derudover også blandt 'Storforbrugere' hos ældre mænd.

Blandt mænd på 65 år eller derover er der flest som bor alene i gruppen "Afholdende" (39 %), mens der er færrest som bor alene i gruppen "Moderatforbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug" (24 %). Der er ligeledes flest kvinder på 65 år eller derover som bor alene i gruppen 'Afholdende' (62 %), mens færrest kvinder bor alene i gruppen 'Moderatforbrugere' (38 %). Der er generelt flere ældre kvinder end mænd som bor alene på tværs af drikkemønstre.

På tværs af alle drikkemønstre, er den største andel af ældre bosiddende i Region Hovedstaden, hvilket gælder både blandt mænd og kvinder.

Tabel 3.1 Sociodemografiske karakteristika, fordelt efter drikkemønstre. Procent og antal deltagere

	Afholdende	Lav- forbrugere	Moderat- forbrugere	Moderat- forbrugere, med tegn på problematisk alkohol- forbrug	Stor- forbrugere	Stor- forbrugere, med tegn på problematisk alkohol- forbrug
Mænd						
Alder, gennemsnit	75 år	74 år	75 år	70 år	73 år	70 år
Uddannelse						
Grundskole	33 %	22 %	16 %	14 %	12 %	10 %
Kort uddannelse	47 %	54 %	51 %	48 %	49 %	51 %
Mellemlang/lang uddannelse	20 %	24 %	33 %	38 %	39 %	39 %
	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Bor alene	39 %	26 %	25 %	24 %	29 %	31 %
Region						
Hovedstaden	28 %	24 %	28 %	33 %	35 %	39 %
Sjælland	15 %	17 %	19 %	17 %	19 %	17 %
Syddanmark	24 %	23 %	22 %	23 %	18 %	18 %
Midtjylland	21 %	23 %	21 %	18 %	18 %	19 %
Nordjylland	13 %	13 %	9,4 %	9,5 %	9,3 %	8,2 %
	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
<i>Min. antal deltagere</i>	1.629	10.268	4.742	1.293	2.576	835

Kvinder						
Alder, gennemsnit	77 år	74 år	73 år	71 år	-	71 år
Uddannelse						
Grundskole	47 %	26 %	15 %	13 %	-	9 %
Kort uddannelse	39 %	49 %	50 %	44 %	-	46 %
Mellemlang/lang uddannelse	14 %	25 %	35 %	43 %	-	44 %
	100 %	100 %	100 %	100 %	-	100 %
Bor alene	62 %	50 %	38 %	49 %	-	40 %
Region						
Hovedstaden	26 %	28 %	38 %	37 %	-	47 %
Sjælland	15 %	17 %	19 %	16 %	-	14 %
Syddanmark	25 %	23 %	19 %	18 %	-	16 %
Midtjylland	21 %	21 %	18 %	21 %	-	14 %
Nordjylland	14 %	11 %	6,9 %	7,7 %	-	8,8 %
	100 %	100 %	100 %	100 %	-	100 %
<i>Min. antal deltagere</i>	3.655	14.272	3.427	349	-	632

Sammenfatning

Ved brug af latent klasseanalyse blev følgende drikkemønstre identificeret blandt mænd og kvinder på 65 år eller derover: 'Afholdende', 'Lavforbrugere', 'Moderatforbrugere', 'Moderatforbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug', 'Storforbrugere' (kun blandt mænd) og 'Storforbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug'. Gruppen 'Lavforbrugere' udgør den største gruppe blandt både mænd og kvinder, idet 48 % blandt mænd og 62 % blandt kvinder tilhører denne gruppe. Den mindste gruppe er 'Storforbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug', som udgør 4 % blandt mænd og 2 % blandt kvinder. Blandt kvinder udgør gruppen 'Moderatforbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug' ligeledes 2 %.

Gennemsnitsalderen er højest i gruppen 'Afholdende' og lavest i grupperne 'Moderatforbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug' og 'Storforbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug', hvilket gælder blandt både mænd og kvinder. Andelen med en mellemlang/lang uddannelse som højest fuldførte uddannelse stiger med stigende problematisk drikkemønster, hvilket gælder blandt både mænd og kvinder. På tværs af drikkemønstre er der flere ældre kvinder end mænd, der bor alene, men for både mænd og kvinder er andelen størst i gruppen 'Afholdende' (39 % blandt mænd og 62 % blandt kvinder).

4. Drikkemønstre og sundhedsadfærd

Dette kapitel har til formål at undersøge sammenhængen mellem ældres drikkemønstre og sundhedsadfærd. Et menneskes sundhedsadfærd er bestemt af både personlige og samfundsmæssige forhold. Således er sundhedsadfærden i høj grad påvirket af de rammer, som de daglige omgivelser skaber. De udvalgte typer af sundhedsadfærd i kapitlet omfatter rygning, kost samt fysisk aktivitet. Desuden er undervægt og svær overvægt belyst i dette kapitel.

4.1 Rygning

Rygning er en af de mest betydningsfulde faktorer for folkesundheden og dødeligheden i Danmark. Hvert år er rygning en medvirkende årsag til knap 13.000 dødsfald, hvilket svarer til cirka hvert fjerde dødsfald (22). Blandt den generelle befolkning i Danmark ryger 14 % dagligt og 6 % lejlighedsvist (23).

I Tabel 4.1 kan en U-formet sammenhæng mellem drikkemønster og andelen af ældre der ryger dagligt tolkes. Således er andelen der ryger dagligt større blandt ældre i gruppen 'Afholdende' (20 % blandt mænd og 14 % blandt kvinder) end blandt ældre i gruppen 'Lavforbrugere' (12 % blandt mænd og 10 % blandt kvinder) – for så at stige blandt ældre i gruppen 'Storforbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug' (24 % blandt mænd og 21 % blandt kvinder). Derudover omfatter gruppen 'Afholdende' en stor andel af ældre, der aldrig har røget; 32 % blandt mænd og 54 % blandt kvinder. Det fremgår også, at der på tværs af køn og drikke-mønster er store andele af dagligrygere, der ønsker at holde op med at ryge. Andelen er størst blandt ældre i gruppen 'Storforbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug', hvor 63 % blandt mænd og 71 % blandt kvinder gerne vil holde op med at ryge.

Tabel 4.1 Rygestatus og andelen, der gerne vil holde op med at ryge, fordelt efter drikkemønster. Procent og antal deltagere

	Afholdende	Lav- forbrugere	Moderat- forbrugere	Moderat- forbrugere, med tegn på problematisk alkohol- forbrug	Stor- forbrugere	Stor- forbrugere, med tegn på problematisk alkohol- forbrug
Mænd						
Ryger dagligt	20 %	12 %	14 %	15 %	21 %	24 %
Ryger lejlighedsvist	1,7 %	1,9 %	1,6 %	2,7 %	2,0 %	3,3 %
Har tidligere røget	47 %	52 %	57 %	58 %	56 %	53 %
Har aldrig røget	32 %	34 %	27 %	24 %	21 %	20 %
	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Vil gerne holde op med at ryge ^{&}	48 %	56 %	48 %	60 %	46 %	63 %
Min. antal deltagere	369	1.319	692	193	544	195
Kvinder						
Ryger dagligt	14 %	10 %	13 %	17 %	-	21 %
Ryger lejlighedsvist	1,0 %	1,4 %	1,6 %	1,4 %	-	1,9 %
Har tidligere røget	31 %	39 %	46 %	57 %	-	53 %
Har aldrig røget	54 %	49 %	39 %	25 %	-	23 %
	100 %	100 %	100 %	100 %	-	100 %
Vil gerne holde op med at ryge ^{&}	52 %	55 %	51 %	67 %	-	71 %
Min. antal deltagere	594	1.534	455	58	-	135

[&] Blandt deltagere som ryger dagligt

4.2 Kost

En sund og varieret kost kan være med til at forebygge sygdomme og har stor betydning for sundhedstilstanden (24). Som udgangspunkt skal ældre følge Sundhedsstyrelsens officielle kostråd – det vil bl.a. sige spise varieret, ikke spise for meget og huske at være fysisk aktive. Således har kroppen de bedste muligheder for at få de næringsstoffer, den skal bruge for at holde sig sund og rask (25).

Tabel 4.2 beskriver andelene af ældre med et henholdsvis sundt, moderat sundt, og usundt kostmønster samt andelene af ældre med et usundt kostmønster, der ønsker at spise mere sundt. Generelt er der større andele blandt ældre mænd end blandt ældre kvinder, der har et usundt kostmønster. De største andele af ældre mænd med et usundt kostmønster ses i grupperne 'Afholdende' (25 %), 'Storforbrugere' (24 %) og 'Storforbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug' (26 %). Blandt ældre kvinder er det ligeledes i grupperne 'Afholdende' (18 %) og 'Storforbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug' (15 %) der findes de største andele med et usundt kostmønster. På tværs af grupperne med forskellige drikkemønstre, er der flere ældre kvinder end ældre mænd, der gerne vil spise mere sundt. Fx ønsker 34 % blandt kvinder i gruppen 'Moderatforbrugere' at spise sundere, mens det gælder for 22 % blandt mænd i gruppen 'Moderatforbrugere'.

Tabel 4.2 Kostmønster og andelen med usundt kostmønster, der gerne vil spise mere sundt, fordelt efter drikkemønster. Procent og antal deltagere

	Afholdende	Lav- forbrugere	Moderat- forbrugere	Moderat- forbrugere, med tegn på problematisk alkohol- forbrug	Stor- forbrugere	Stor- forbrugere, med tegn på problematisk alkohol- forbrug
Mænd						
Sundt kostmønster	14 %	15 %	15 %	19 %	14 %	12 %
Moderat sundt kostmønster	61 %	66 %	68 %	63 %	62 %	62 %
Usundt kostmønster	25 %	19 %	17 %	18 %	24 %	26 %
	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Vil gerne spise mere sundt ^{&}	35 %	29 %	22 %	36 %	22 %	41 %
Min. antal deltagere	457	1.951	799	211	596	207
Kvinder						
Sundt kostmønster	17 %	24 %	24 %	24 %	-	20 %
Moderat sundt kostmønster	65 %	66 %	66 %	62 %	-	65 %
Usundt kostmønster	18 %	10 %	10 %	14 %	-	15 %
	100 %	100 %	100 %	100 %		100 %
Vil gerne spise mere sundt ^{&}	38 %	37 %	34 %	40 %	-	35 %
Min. antal deltagere	711	1.441	344	43	-	84

[&] Blandt deltagere med et usundt kostmønster

4.3 Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet reducerer risikoen for en række sygdomme, såsom hjertekarsygdom og type 2-diabetes, samt tidlig død (4, 26). De officielle anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen for fysisk aktivitet er, at ældre på 65 år og derover bør være fysisk aktive mindst 30 minutter om dagen (27).

I Tabel 4.3 fremgår det, at en stor andel af ældre på 65 år eller derover ikke lever op til Sundhedsstyrelsens anbefaling vedrørende fysisk aktivitet. Blandt mænd gælder det 28-43 % på tværs af grupperne med forskellige drikkemønstre, med den største andel i gruppen 'Afholdende'. Blandt kvinder er det tilsvarende 27-48 %, som ikke lever op til anbefalingerne vedrørende fysisk aktivitet, med den største andel i gruppen 'Afholdende'. Det fremgår desuden af Tabel 4.3, at en stor andel af ældre, der ikke lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger vedrørende fysisk aktivitet, gerne vil være mere fysisk aktive – en tendens på tværs af drikkemønstre og for både mænd og kvinder. For ældre mænd findes den største andel der gerne vil være mere fysisk aktive blandt 'Storforbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug', hvor 64 % gerne vil være mere fysisk aktive. Blandt ældre kvinder findes den største andel, der gerne vil være mere fysisk aktive blandt 'Moderatforbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug', hvor 65 % af kvinder med mindre end en halv times fysisk aktivitet om dagen, gerne vil være mere fysisk aktive.

Tabel 4.3 Andel, der ikke lever op til Sundhedsstyrelsens anbefaling om mindst en halv times fysisk aktivitet om dagen ved moderat intensitet, og andelen af disse, der gerne vil være mere fysisk aktive, fordelt efter drikkemønstre. Procent og antal deltagere

	Afholdende	Lav-forbrugere	Moderat-forbrugere	Moderat-forbrugere, med tegn på problematisk alkohol-forbrug	Stor-forbrugere	Stor-forbrugere, med tegn på problematisk alkohol-forbrug
Mænd						
Mindre end en halv times fysisk aktivitet om dagen ved moderat intensitet	43 %	30 %	30 %	28 %	34 %	39 %
Vil være mere fysisk aktive ^{&}	47 %	47 %	43 %	56 %	44 %	64 %
Min. antal deltagere	600	2.780	1.259	328	788	290
Kvinder						
Mindre end en halv times fysisk aktivitet om dagen ved moderat intensitet	48 %	30 %	27 %	28 %	-	40 %
Vil være mere fysisk aktive ^{&}	45 %	50 %	47 %	65 %	-	63 %
Min. antal deltagere	1.224	3.523	806	90	-	205

[&] Blandt deltagere med mindre end en halv times fysisk aktivitet om dagen ved moderat intensitet

4.4 Undervægt og svær overvægt

Ældre, der er undervægtige er i risiko for at miste noget af deres fysiske funktionsevne, hvilket øger deres behov for hjælp og støtte i dagligdagen, samt forøger risikoen for komplikationer under sygdom. Svær overvægt øger risikoen for blandt andet hjertekarsygdom, type 2-diabetes og en række kræftformer. Desuden er svær overvægt stærkt forbundet med en øget risiko for multisygdom. Forholdet mellem BMI og sygelighed kan således generelt beskrives ved en J-formet kurve, hvor den laveste sygelighed findes blandt normalvægtige, mens der findes en højere sygelighed blandt under- og overvægtige. Blandt ældre ses dog en vis beskyttende effekt af at være en smule overvægtig (4, 25, 28, 29).

Tabel 4.4 præsenterer andelen der er undervægtige, normalvægtige, overvægtige og svært overvægtige blandt ældre samt andelen af svært overvægtige ældre, der gerne vil tabe sig. På tværs af drikkemønstre ses, at blandt ældre mænd udgør overvægtige den største gruppe (41-48 %), mens normalvægtige udgør den største andel blandt ældre kvinder (42-56 %). Blandt ældre mænd er andelen af svært overvægtige lavest i gruppen 'Moderatforbrugere' (13 %) og størst blandt 'Storforbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug' (26 %). Blandt ældre kvinder findes den laveste andel af svært overvægtige ligeledes blandt 'Moderatforbrugere' (8,8 %) mens den største andel findes blandt 'Afholdende' (21 %). Andelen blandt de svært overvægtige ældre, der gerne vil tabe sig, er for både mænd og kvinder størst i gruppen 'Moderatforbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug'. Her ses at 40 % blandt ældre mænd og 69 % blandt ældre kvinder gerne vil tabe sig.

Tabel 4.4 Andel kategoriseret i forskellige vægtgrupper baseret på BMI, og andelen af svært overvægtige, der i høj grad gerne vil tabe sig, fordelt efter drikkemønster. Procent og antal deltagere

	Afholdende	Lav- forbrugere	Moderat- forbrugere	Moderat- forbrugere, med tegn på problematiske alkoholfor- brug	Stor- forbrugere	Stor- forbrugere, med tegn på problematiske alkoholfor- brug
Mænd						
Undervægtig	1,5 %	0,4 %	0,7 %	0,8 %	0,7 %	0,5 %
Normalvægtig	36 %	32 %	41 %	30 %	34 %	26 %
Overvægtig	41 %	47 %	45 %	46 %	46 %	48 %
Svært overvægtig	21 %	21 %	13 %	24 %	20 %	26 %
	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Vil gerne tabe sig ^{&}	33 %	34 %	26 %	40 %	22 %	43 %
Min. antal delta- gere	450	2.378	672	306	533	219
Kvinder						
Undervægtig	4,2 %	2,9 %	3,7 %	3,3 %	-	3,7 %
Normalvægtig	42 %	47 %	56 %	49 %	-	49 %
Overvægtig	33 %	34 %	32 %	34 %	-	34 %
Svært overvægtig	21 %	16 %	8,8 %	14 %	-	14 %
	100 %	100 %	100 %	100 %	-	100 %
Vil gerne tabe sig ^{&}	39 %	44 %	42 %	69 %	-	53 %
Min. antal delta- gere	940	2.517	320	51	-	86

[&] Blandt deltagere som er svært overvægtige

Sammenfatning

Blandt både mænd og kvinder på 65 år eller derover findes der generelt en tendens til en U-formet sammenhæng mellem drikkemønster og andelen der ryger dagligt, har et usundt kostmønster, og er fysisk aktive mindre end en halv time om dagen. De største andele af ældre med en uhensigtsmæssig sundhedsadfærd ses således blandt 'Afholdende' og 'Storforbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug', sammenlignet med ældre med andre drikkemønstre. På tværs af drikkemønstre og køn, er der store andele af overvægtige og svært overvægtige ældre. Andelen af ældre mænd og kvinder, der gerne vil forbedre deres sundhedsadfærd, er store – hvilket gælder på tværs af drikkemønstre.

5. Drikkemønstre, selv vurderet helbred og trivsel

Dette kapitel har til formål at belyse sammenhængen mellem drikkemønstre, selv vurderet helbred og trivsel. Dårligt selv vurderet helbred anses som en risikofaktor for sygelighed og dødelighed. Således er dårligt selv vurderet helbred forbundet med bl.a. diabetes, hjertekarsygdom samt forbrug af sundhedsydelser og medicin. Trivsel er ligeledes af betydning, idet muligheden for at leve et sundt og aktivt liv i høj grad afhænger af, hvordan man trives (30-33).

I kapitlet belyses sammenhængen mellem ældres drikkemønster og selv vurderede helbred, både overordnet, samt fysisk og mentalt. Derudover præsenteres sammenhængene mellem drikkemønster og henholdsvis at føle sig begrænset i forskellige aktiviteter, at føle sig trist til mode, at helbred eller følelsesmæssige problemer besværliggør samvær med andre samt oplevet højt stressniveau.

5.1 Selv vurderet helbred

I Tabel 5.1 fremgår det, at andelen af ældre på 65 år eller derover der mener, at de har et 'fremragende', 'vældig godt' eller 'godt' selv vurderet helbred generelt er høje på tværs af drikkemønstre. I gruppen 'Afholdende' udgør ældre med et selv vurderet fremragende, vældig godt eller godt helbred en lavere andel sammenlignet med i de øvrige grupper. Dette er gældende blandt både ældre mænd (66 %) og kvinder (60 %).

Tabel 5.1 Andel med fremragende, vældig godt eller godt selv vurderet helbred, fordelt efter drikkemønster. Procent og antal deltagere

	Afholdende	Lav- forbrugere	Moderat- forbrugere	Moderat- forbrugere, med tegn på problematisk alkohol- forbrug	Stor- forbrugere	Stor- forbrugere, med tegn på problematisk alkohol- forbrug
Mænd						
Procent	66 %	81 %	82 %	83 %	82 %	70 %
Antal deltagere	2.144	11.879	5.340	1.434	2.884	928
Kvinder						
Procent	60 %	79 %	83 %	73 %	-	74 %
Antal deltagere	4.734	16.491	3.814	392	-	705

5.2 Selv vurderet fysisk og mentalt helbred

I Tabel 5.2 fremgår andelen af ældre på 65 år eller derover med et selv vurderet dårligt fysisk helbred på tværs af drikkemønstre. Blandt ældre mænd er andelen mellem 15-23 % i grupperne med forskellige drikkemønstre – dog på nær ældre mænd i gruppen 'Afholdende', hvor 31 % har et selv vurderet dårligt fysisk helbred. For ældre kvinder er samme mønster gældende, og således har 41 % blandt ældre kvinder i gruppen 'Afholdende' et selv vurderet dårligt fysisk helbred, hvilket er omtrent en dobbelt så stor andel som kvinder i de øvrige grupper af drikkemønstre.

Tabel 5.2 Andel med selv vurderet dårligt fysisk helbred, fordelt efter drikkemønstre. Procent og antal deltagere

	Afholdende	Lav- forbrugere	Moderat- forbrugere	Moderat- forbrugere, med tegn på problematisk alkohol- forbrug	Stor- forbrugere	Stor- forbrugere, med tegn på problematisk alkohol- forbrug
Mænd						
Dårligt fysisk helbred	31 %	17 %	17 %	15 %	18 %	23 %
<i>Antal deltagere</i>	<i>1.738</i>	<i>10.404</i>	<i>4.748</i>	<i>1.277</i>	<i>2.606</i>	<i>839</i>
Kvinder						
Dårligt fysisk helbred	41 %	22 %	18 %	20 %	-	24 %
<i>Antal deltagere</i>	<i>4.812</i>	<i>16.664</i>	<i>3.849</i>	<i>394</i>	<i>-</i>	<i>710</i>

Det fremgår af Tabel 5.3, at der både blandt ældre mænd og kvinder er større andele med et selv vurderet dårligt mentalt helbred blandt 'Afholdende' (16 % blandt mænd og 17 % blandt kvinder) og 'Storforbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug' (13 % blandt mænd og 14 % blandt kvinder) end i de øvrige grupper. Blandt kvinder ses også en større andel med et selv vurderet dårligt mentalt helbred i gruppen 'Moderatforbrugere' (15 %), end blandt 'Lavforbrugere' (8 %) og 'Moderatforbrugere' (6 %).

Tabel 5.3 Andel med selv vurderet dårligt mentalt helbred, fordelt efter drikkemønstre. Procent og antal deltagere

	Afholdende	Lav- forbrugere	Moderat- forbrugere	Moderat- forbrugere, med tegn på problematisk alkohol- forbrug	Stor- forbrugere	Stor- forbrugere, med tegn på problematisk alkohol- forbrug
Mænd						
Dårligt mentalt helbred	16 %	6 %	5 %	5 %	6 %	13 %
<i>Antal deltagere</i>	<i>1.738</i>	<i>10.404</i>	<i>4.748</i>	<i>1.277</i>	<i>2.606</i>	<i>839</i>
Kvinder						
Dårligt mentalt helbred	17 %	8 %	6 %	15 %	-	14 %
<i>Antal deltagere</i>	<i>3.580</i>	<i>13.974</i>	<i>3.367</i>	<i>335</i>	<i>-</i>	<i>633</i>

I Tabel 5.4 fremgår det, at andelen af ældre, der på grund af helbredet føler sig meget eller lidt begrænset i fysiske aktiviteter, er størst for gruppen 'Afholdende', hvilket gælder blandt både mænd og kvinder. Blandt ældre mænd føler 62 % sig begrænset i at gå flere etager op ad trapper, mens det gælder for 70 % blandt ældre kvinder i gruppen 'Afholdende'. Blandt ældre i de øvrige grupper med forskellige drikkemønstre er andelen en del mindre. Fx angiver 44 % blandt både ældre mænd og kvinder i gruppen 'Moderatforbrugere', at de på grund af deres helbred føler sig begrænset i at gå flere etager op ad trapper.

Tabel 5.4 Andel, der på grund af helbredet føler sig meget begrænset eller lidt begrænset i de enkelte aktiviteter, fordelt efter drikkemønster. Procent og antal deltagere

	Afholdende	Lav- forbrugere	Moderat- forbrugere	Moderat- forbrugere, med tegn på problematisk alkohol- forbrug	Stor- forbrugere	Stor- forbrugere, med tegn på problematisk alkohol- forbrug
Mænd						
Lettere aktiviteter, såsom flytte et bord, støvsuge eller cykle	57 %	36 %	35 %	35 %	38 %	43 %
At gå flere etager op ad trapper	62 %	45 %	44 %	43 %	48 %	53 %
Min. antal deltagere	2.025	11.457	5.183	1.382	2.816	908
Kvinder						
Lettere aktiviteter, såsom flytte et bord, støvsuge eller cykle	67 %	46 %	40 %	45 %	-	47 %
At gå flere etager op ad trapper	70 %	53 %	44 %	52 %	-	56 %
Min. antal deltagere	4.488	15.935	3.721	377	-	692

5.3 Trist til mode

I Tabel 5.5 fremgår andelen af ældre, der inden for de seneste fire uger hele tiden eller det meste af tiden har følt sig trist til mode på tværs af drikkemønstre. Blandt ældre mænd ses den største andel, der har følt sig trist til mode blandt gruppen 'Afholdende' (11 %), mens den største andel blandt ældre kvinder ses i gruppen 'Moderatforbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug' (12 %). De laveste andele af ældre, der har følt sig trist til mode inden for de seneste fire uger ses blandt mænd i grupperne 'Lavforbrugere' (5,2 %), 'Moderatforbrugere' (5,5 %) og 'Storforbrugere' (5,4 %), mens det blandt kvinder ligeledes er blandt grupperne 'Lavforbrugere' (6,1 %) og 'Moderatforbrugere' (5,0 %), at de laveste andele ses.

Tabel 5.5 Andel, der inden for de seneste fire uger hele tiden eller det meste af tiden har følt sig trist til mode, fordelt efter drikkemønster. Procent og antal deltagere

	Afholdende	Lav- forbrugere	Moderat- forbrugere	Moderat- forbrugere, med tegn på problematisk alkohol- forbrug	Stor- forbrugere	Stor- forbrugere, med tegn på problematisk alkohol- forbrug
Mænd						
Procent	11 %	5,2 %	5,5 %	6,7 %	5,4 %	9,6 %
Antal deltagere	2.055	11.643	5.272	1.409	2.856	912
Kvinder						
Procent	10 %	6,1 %	5,0 %	12 %	-	9,9 %
Antal deltagere	4.495	16.085	3.768	382	-	702

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

I Tabel 5.6 fremgår andelen af ældre, der inden for de seneste fire uger, hele tiden eller det meste af tiden, har følt, at det fysiske helbred eller følelsesmæssige problemer har gjort det vanskeligt at se andre mennesker. Blandt ældre mænd ses den største andel som føler, at det fysiske helbred eller følelsesmæssige problemer har gjort det vanskeligt at se andre mennesker i grupperne 'Afholdende' (16 %) og 'Storforbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug' (9,9 %). Blandt ældre kvinder er det ligeledes i grupperne 'Afholdende' (17 %) og 'Storforbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug' (12 %), samt i gruppen 'Moderatforbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug' (12 %), at flest føler at det fysiske helbred eller følelsesmæssige problemer har gjort det vanskeligt at se andre mennesker.

Tabel 5.6 Andel, der inden for de seneste fire uger hele tiden eller det meste af tiden har følt, at det fysiske helbred eller følelsesmæssige problemer har gjort det vanskeligt at se andre mennesker, fordel efter drikkemønstre. Procent og antal deltagere

	Afholdende	Lavforbrugere	Moderatforbrugere	Moderatforbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug	Storforbrugere	Storforbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug
Mænd						
Procent	16 %	5,2 %	5,0 %	6,5 %	5,6 %	9,9 %
Antal deltagere	2.127	11.856	5.342	1.435	2.880	925
Kvinder						
Procent	17 %	6,9 %	5,0 %	12 %	-	12 %
Antal deltagere	4.699	16.442	3.811	387	-	704

5.5 Oplevet højt stressniveau

Oplevelsen af stress er subjektiv, men kan beskrives som en kortere- eller længerevarende tilstand karakteriseret ved anspændthed og ulyst (34). I Tabel 5.7 fremgår det, at blandt både mænd og kvinder på 65 år eller derover findes de største andele med et oplevet højt stressniveau i grupperne 'Afholdende' (26 % blandt mænd og 28 % blandt kvinder) og 'Storforbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug' (27 % blandt mænd og 28 % blandt kvinder). Blandt kvinder ses desuden en stor andel med oplevet højt stressniveau i gruppen 'Moderatforbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug' (29 %). For begge køn gælder, at den laveste andel med et højt oplevet stressniveau findes i gruppen 'Moderatforbrugere' (12 % blandt mænd og 15 % blandt kvinder).

Tabel 5.7 Andel med oplevet højt stressniveau, fordelt efter drikkemønstre. Procent og antal deltagere

	Afholdende	Lav- forbrugere	Moderat- forbrugere	Moderat- forbrugere, med tegn på problematisk alkohol- forbrug	Stor- forbrugere	Stor- forbrugere, med tegn på problematisk alkohol- forbrug
Mænd						
Procent	26 %	14 %	12 %	17 %	13 %	27 %
Antal deltagere	1.404	9.594	4.394	1.129	2.403	679
Kvinder						
Procent	28 %	18 %	15 %	29 %	-	28 %
Antal deltagere	2.736	12.392	3.032	264		495

Sammenfatning

Blandt både mænd og kvinder fremstår gruppen 'Afholdende' med den største andel af ældre med selv vurderet dårligt helbred og trivsel. Det gælder både, når det måles overordnet som selv vurderet helbred og som fysisk og mentalt helbred. Desuden er det ligeledes blandt ældre i gruppen 'Afholdende', at der findes den største andel, der inden for de seneste fire uger har følt sig begrænset i enkelte aktiviteter. Blandt ældre mænd og kvinder i gruppen 'Storforbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug', ses der ligeledes en højere andel af ældre som har et selv vurderet dårligt fysisk og mentalt helbred, og som har følt, at det fysiske helbred eller følelsesmæssige problemer har gjort det vanskeligt at se andre mennesker, sammenlignet med ældre i de øvrige grupper af drikkemønstre. Heraf følger således, at de laveste andele af ældre mænd og kvinder, der har et dårligt selv vurderet helbred og trivsel ses i grupperne 'Lavforbrugere' og 'Moderatforbrugere'.

6. Drikkemønstre og sygelighed

Alkohol er i utallige videnskabelige undersøgelser vist at øge risikoen for en række sygdomme. Det gælder både ved kort og intenst alkoholforbrug, som fx at binge-drikke og ved alkoholforbrug over længere tid. Alkohol er således direkte årsag til mere end 40 sygdomme og lidelser, som fx alkoholisk levercirrose og visse former for kræft. Alkohol er yderligere forbundet med risikoen for mere end 200 sygdomme og lidelser (35, 36). I dette kapitel belyses sammenhængen mellem drikkemønstre og sygelighed blandt ældre. Sygelighed belyses ud fra forskellige former for symptomer og ubehag, specifikke sygdomme og helbredsproblemer, langvarig sygdom samt multisygdom.

6.1 Smerter og ubehag

I Den Nationale Sundhedsprofil 2017 er deltagerne blevet bedt om at vurdere, hvor generet de har været af en række forskellige smerter inden for de seneste 14 dage. I Tabel 6.1 fremgår det, at blandt mænd på 65 år eller derover er forekomsten af de forskellige typer af smerter højest i grupperne 'Afholdende' og 'Storforbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug'. Derudover ses, at flest ældre har smerter eller ubehag i arme, hænder, ben, knæ, hofter eller led, hvilket gælder på tværs af drikkemønstre og blandt både mænd og kvinder. Blandt ældre mænd ses således, at 26 % blandt 'Afholdende' og 25 % blandt 'Storforbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug' har været meget generet af smerter eller ubehag i arme, hænder, ben, knæ, hofter eller led. Blandt kvinder har 31 % blandt 'Afholdende', 31 % blandt 'Moderatforbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug' samt 26 % blandt 'Storforbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug' været meget generet af smerter eller ubehag i arme, hænder, ben, knæ, hofter eller led inden for de seneste 14 dage, mens det gælder 24 % blandt 'Lavforbrugere' og 21 % blandt 'Moderatforbrugere'. Lignende tendenser ses på tværs af drikkemønstre for de øvrige typer af smerter og ubehag. Således har 14 % blandt mænd i grupperne 'Afholdende' og 'Storforbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug' haft søvnbesvær inden for de seneste 14 dage, mens lavere andele ses blandt mænd med de øvrige drikkemønstre. Blandt kvinder har henholdsvis 19 %, 22 % og 18 % i grupperne 'Afholdende', 'Moderatforbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug' og 'Storforbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug' haft søvnbesvær inden for de seneste 14 dage, sammenlignet med 12 % blandt kvinder i gruppen 'Moderatforbrugere'.

Tabel 6.1 Andel, der har været meget generet af forskellige former for smerter inden for de seneste 14 dage, fordelt efter drikkemønstre. Procent og antal deltagere

	Afholdende	Lav- forbrugere	Moderat- forbrugere	Moderat- forbrugere, med tegn på problematiske alkohol- forbrug	Stor- forbrugere	Stor- forbrugere, med tegn på problematiske alkohol- forbrug
Mænd						
Smerter eller ubehag i nakke eller skuldre	14 %	9,3 %	8,2 %	10 %	8,5 %	12 %
Smerter eller ubehag i arme, hænder, ben, knæ, hofter eller led	26 %	18 %	16 %	19 %	19 %	25 %
Smerter eller ubehag i ryg eller lænd	21 %	13 %	13 %	14 %	14 %	19 %
Træthed	22 %	11 %	9,9 %	11 %	9,3 %	15 %
Hovedpine	5,1 %	2,6 %	1,9 %	1,8 %	1,2 %	2,6 %
Søvnbesvær	14 %	8,0 %	7,6 %	9,8 %	7,4 %	14 %
Nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig	6,1 %	2,6 %	2,1 %	3,8 %	2,4 %	8,0 %
Ængstelse, nervøsitet, uro og angst	5,5 %	2,4 %	2,0 %	2,7 %	2,0 %	5,0 %
Min. antal deltagere	2.068	11.714	5.285	1.412	2.851	912
Kvinder						
Smerter eller ubehag i nakke eller skuldre	23 %	14 %	11 %	21 %	-	18 %
Smerter eller ubehag i arme, hænder, ben, knæ, hofter eller led	38 %	24 %	21 %	31 %	-	26 %
Smerter eller ubehag i ryg eller lænd	30 %	19 %	16 %	26 %	-	22 %
Træthed	25 %	14 %	10 %	19 %	-	17 %
Hovedpine	6,4 %	3,8 %	2,7 %	4,0 %	-	4,6 %
Søvnbesvær	19 %	14 %	12 %	22 %	-	18 %
Nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig	8,2 %	3,9 %	3,3 %	10 %	-	9,1 %
Ængstelse, nervøsitet, uro og angst	8,6 %	4,3 %	3,8 %	12 %	-	8,3 %
Min. antal deltagere	4.460	16.047	3.762	375	-	692

6.2 Specifikke sygdomme og helbredsproblemer

I Tabel 6.2 fremgår det, at der er forskelle i andelen af ældre med specifikke sygdomme og helbredsproblemer på tværs af drikkemønstre. Blandt ældre mænd er forhøjet blodtryk det hyppigst forekommende helbredsproblem på tværs af alle drikkemønstre, idet 38-50 % blandt ældre mænd angiver at have forhøjet blodtryk. Blandt ældre kvinder er forhøjet blodtryk ligeledes det hyppigst forekommende helbredsproblem, hvor den største andel forekommer blandt 'Afholdende' (51 %) mens den laveste andel forekommer blandt 'Storforbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug' (38 %). For ældre mænd og kvinder gælder, at andelen med diabetes varierer betragteligt på tværs af drikkemønstre (9,8-24 % blandt mænd og 5,2-19 % blandt kvinder).

Tabel 6.2 Andel med specifikke sygdomme og helbredsproblemer, fordelt efter drikkemønster. Procent og antal deltagere

	Afholdende	Lav- forbrugere	Moderat- forbrugere	Moderat- forbrugere, med tegn på problematisk alkohol- forbrug	Stor- forbrugere	Stor- forbrugere, med tegn på problematisk alkohol- forbrug
Mænd						
Diabetes	24 %	16 %	10 %	9,8 %	12 %	12 %
Forhøjet blodtryk	44 %	40 %	38 %	42 %	44 %	50 %
Blodprop i hjertet	12 %	11 %	9,1 %	8,9 %	7,8 %	7,5 %
Hjertekrampe	7,8 %	6,7 %	7,1 %	6,7 %	5,9 %	5,8 %
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	12 %	7,8 %	8,6 %	8,6 %	8,6 %	8,3 %
Kronisk bronkitis, store lunger, rygerlunger	16 %	9,2 %	10 %	11 %	11 %	18 %
Kræft	7,7 %	5,2 %	5,8 %	3,4 %	5,3 %	5,1 %
Psykisk lidelse (<6 måneders varighed)	4,3 %	1,6 %	1,4 %	2,6 %	1,5 %	5,3 %
Psykisk lidelse (>6 måneders varighed)	5,0 %	2,3 %	1,8 %	2,9 %	2,2 %	7,3 %
Min. antal deltagere	1.902	11.213	5.114	1.363	2.756	888
Kvinder						
Diabetes	19 %	9,2 %	5,2 %	9,9 %	-	5,5 %
Forhøjet blodtryk	51 %	42 %	39 %	41 %	-	38 %
Blodprop i hjertet	6,8 %	3,6 %	2,3 %	1,4 %	-	3,1 %
Hjertekrampe	6,7 %	3,8 %	3,1 %	2,3 %	-	3,6 %
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	8,6 %	5,7 %	5,8 %	9,0 %	-	4,9 %
Kronisk bronkitis, store lunger, rygerlunger	13 %	8,9 %	9,9 %	17 %	-	15 %
Kræft	4,7 %	2,9 %	2,7 %	3,6 %	-	2,7 %
Psykisk lidelse (<6 måneders varighed)	5,0 %	2,2 %	1,5 %	4,0 %	-	5,4 %
Psykisk lidelse (>6 måneders varighed)	7,0 %	3,4 %	2,7 %	9,9 %	-	9,9 %
Min. antal deltagere	3.995	15.251	3.619	356	-	666

6.3 Langvarig sygdom

Risikoen for en række sygdomme øges med stigende alder, og mange ældre vil komme til at leve en del af deres liv med én eller flere langvarige sygdomme. I Tabel 6.3 præsenteres andelen af ældre med langvarig sygdom fordelt efter drikkemønster. Generelt er der store andele af ældre med langvarig sygdom på tværs af alle drikkemønstre både blandt mænd (46-55 %) og kvinder (43-56 %). De største andele med langvarig sygdom findes blandt ældre i gruppen 'Afholdende', hvilket gælder for både mænd og kvinder.

Tabel 6.3 Andel med langvarig sygdom, langvarig eftervirkning af skade, handicap eller anden langvarig lidelse af mindst 6 måneders varighed, fordelt efter drikkemønster. Procent og antal deltagere

	Afholdende	Lav-forbrugere	Moderat-forbrugere	Moderat-forbrugere, med tegn på problematisk alkohol-forbrug	Stor-forbrugere	Stor-forbrugere, med tegn på problematisk alkohol-forbrug
Mænd						
Procent	55 %	46 %	46 %	48 %	46 %	51 %
Antal deltagere	2.025	11.551	5.186	1.413	2.827	909
Kvinder						
Procent	56 %	46 %	43 %	54 %	-	48 %
Antal deltagere	4.372	15.908	3.718	382	-	690

6.4 Multisygdom

Dét at have flere samtidige sygdomme benævnes ofte som multisygdom, og er et voksende folkesundhedsproblem (37). Multisygdom er mere udbredt i den ældre befolkningsgruppe sammenlignet med den yngre (29). Som det fremgår i Tabel 6.4 er andelen af ældre, der har to eller tre sygdomme stort set de samme på tværs af grupperne med forskellige drikkemønstre for både mænd og kvinder. Blandt ældre mænd har 20-23 % således to sygdomme og 13-17 % tre sygdomme. De tilsvarende andele blandt ældre kvinder er 20-24 % og 13-21 %.

For mænd ses ligeledes en nogenlunde ens fordeling af andelen med fire sygdomme på tværs af drikkemønstre, mens andelen med fem eller flere sygdomme er størst blandt grupperne af 'Afholdende' (11 %) og 'Storforbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug' (12 %). Blandt ældre kvinder ses en lignende tendens til større andele med henholdsvis fire sygdomme og fem eller flere sygdomme blandt kvinder i grupperne 'Afholdende' og 'Storforbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug'.

Tabel 6.4 Andel med multisygdom, fordelt efter drikkemønster. Procent og antal deltagere

	Afholdende	Lav-forbrugere	Moderat-forbrugere	Moderat-forbrugere, med tegn på problematisk alkohol-forbrug	Stor-forbrugere	Stor-forbrugere, med tegn på problematisk alkohol-forbrug
Mænd						
To sygdomme	20 %	22 %	22 %	20 %	23 %	22 %
Tre sygdomme	15 %	14 %	13 %	15 %	15 %	17 %
Fire sygdomme	8,9 %	7,3 %	7,5 %	8,4 %	6,7 %	9,8 %
Fem eller flere sygdomme	11 %	6,0 %	5,5 %	6,9 %	5,8 %	12 %
Antal deltagere	2.179	11.996	5.397	1.445	2.910	935

Kvinder						
To sygdomme	20 %	23 %	24 %	22 %	-	22 %
Tre sygdomme	18 %	16 %	15 %	21 %	-	13 %
Fire sygdomme	12 %	8,8 %	8,1 %	7,7 %	-	12 %
Fem eller flere sygdomme	14 %	8,0 %	5,8 %	12 %	-	10 %
<i>Antal deltagere</i>	<i>4.812</i>	<i>16.664</i>	<i>3.849</i>	<i>394</i>	<i>-</i>	<i>710</i>

Sammenfatning

Generelt ses der forskelle i andelen af ældre der oplever smerter og ubehag på tværs af drikkemønstre. Den største forekomst af smerter og ubehag ses således i grupperne 'Afholdende' og 'Storforbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug', mens lavere andele ses i de øvrige grupper af drikkemønstre. Blandt kvinder ligner gruppen 'Moderatforbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug' i høj grad grupperne 'Afholdende' og 'Storforbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug' i forhold til forekomsten af smerter og ubehag. I forhold til drikkemønster og forekomsten af specifikke sygdomme ses ligeledes en højere forekomst i ydergrupperne, sammenlignet med de øvrige grupper af drikkemønstre. Det er således ældre i grupperne 'Afholdende' og 'Storforbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug', der er mest præget af sygelighed. Omkring halvdelen af ældre har langvarig sygdom, hvilket også kommer til udtryk ved at en stor andel lever med multisygdom.

7. Drikkemønstre og kontakt med alment praktiserende læge

Alment praktiserende læger er i kontakt med en stor del af den danske befolkning, idet 85 % af befolkningen har været i kontakt med deres alment praktiserende læge inden for de seneste 12 måneder, med et gennemsnit på 7 kontakter per person per år (38, 39). Almen praksis har derfor en central rolle i et forebyggelsesperspektiv. I dette kapitel belyses sammenhængene mellem drikkemønstre, kontakt med alment praktiserende læge og modtaget råd fra alment praktiserende læge om ændring af sundhedsadfærd.

I Tabel 7.1 fremgår andelen blandt ældre mænd og kvinder, der har været ved alment praktiserende læge inden for de seneste 12 måneder på tværs af de forskellige drikkemønstre. Der ses generelt ikke store forskelle i andelen af ældre der har været ved alment praktiserende læge inden for de seneste 12 måneder på tværs af drikkemønstre. Blandt ældre mænd findes den største andel således i gruppen 'Storforbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug', hvor 89 % har været ved alment praktiserende læge inden for de seneste 12 måneder, mens den laveste andel findes blandt ældre mænd i gruppen 'Moderatforbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug', hvor 84 % har været ved alment praktiserende læge inden for de seneste 12 måneder. For ældre kvinder findes den største andel blandt gruppen 'Moderatforbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug', hvor 91 % har været ved egen alment praktiserende læge inden for de seneste 12 måneder, mens 84 % af ældre kvinder i gruppen 'Storforbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug' har alment praktiserende læge inden for de seneste 12 måneder.

Tabel 7.1 Andel, der har været ved alment praktiserende læge inden for de seneste 12 måneder, fordelt efter drikkemønstre. Procent og antal deltagere

	Afholdende	Lavforbrugere	Moderatforbrugere	Moderatforbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug	Storforbrugere	Storforbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug
Mænd						
Procent	88 %	87 %	87 %	84 %	86 %	89 %
Antal deltagere	2.093	11.620	5.254	1.405	2.832	912
Kvinder						
Procent	87 %	86 %	87 %	91 %	-	84 %
Antal deltagere	4.604	16.084	3.740	389	-	699

Flest ældre mænd og kvinder har modtaget råd af deres alment praktiserende læge i forhold til at dyrke motion (Tabel 7.2). Blandt ældre mænd er andelen størst for gruppen 'Storforbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug', hvor 36 % er blevet opfordret til at dyrke mere motion af deres alment praktiserende læge. Blandt ældre kvinder er andelen størst blandt 'Moderatforbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug', hvor 23 % er blevet opfordret til at dyrke mere motion. Blandt ældre mænd og kvinder i gruppen 'Afholdende' har henholdsvis 27 % og 19 % modtaget råd om at dyrke mere motion, mens færre andele i grupperne 'Lavforbrugere' og 'Moderatforbrugere' har modtaget tilsvarende råd. Andelen af ældre, der har modtaget råd om

at nedsætte deres alkoholforbrug, stiger med et mere problematisk alkoholforbrug. De største andele er således blandt ældre i gruppen 'Storforbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug', hvor hver anden mand (50 %) og knap hver fjerde kvinde (22 %) er blevet rådet af deres alment praktiserende læge til at nedsætte deres alkoholforbrug. Hver femte ældre kvinde (20 %) i gruppen 'Moderatforbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug' har også modtaget råd om at nedsætte alkoholforbruget af deres alment praktiserende læge. I forhold til at have modtaget råd om ændring af sundhedsadfærd fra den alment praktiserende læge, ses desuden en U-formet sammenhæng mellem drikkemønstre og henholdsvis råd om at holde op med at ryge og råd om at tage sig, idet større andele af ældre i grupperne 'Afholdende' og 'Storforbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug' har modtaget råd af deres alment praktiserende læge sammenlignet med ældre i de øvrige grupper med forskellige drikkemønstre.

Tabel 7.2 Andel, der i løbet af de seneste 12 måneder har modtaget forskellige råd fra alment praktiserende læge om ændring af sundhedsadfærd, fordelt efter drikkemønstre. Procent og antal deltagere

	Afholdende	Lav- forbrugere	Moderat- forbrugere	Moderat- forbrugere, med tegn på problematisk alkohol- forbrug	Stor- forbrugere	Stor- forbrugere, med tegn på problematisk alkohol- forbrug
Mænd						
Holde op med at ryge	14 %	7,1 %	6,7 %	13 %	11 %	19 %
Tag sig	14 %	14 %	7,6 %	19 %	11 %	23 %
Dyrke motion	27 %	22 %	17 %	29 %	19 %	36 %
Nedsætte alkoholforbrug	0,0 %	0,2 %	0,3 %	14 %	7,3 %	50 %
Ændre kostvaner	12 %	9,2 %	5,4 %	14 %	6,7 %	19 %
Min. antal deltagere	1.602	9.386	4.329	1.106	2.317	753
Kvinder						
Holde op med at ryge	7,6 %	4,3 %	5,8 %	8,8 %	-	12 %
Tag sig	11 %	7,6 %	4,2 %	14 %	-	10 %
Dyrke motion	19 %	14 %	10 %	23 %	-	16 %
Nedsætte alkoholforbrug	0,0 %	0,1 %	0,9 %	20 %	-	22 %
Ændre kostvaner	9,5 %	5,9 %	3,0 %	10 %	-	6,2 %
Min. antal deltagere	3.333	12.879	3.062	315	-	544

Sammenfatning

En stor andel blandt ældre har haft kontakt med deres alment praktiserende læge inden for de seneste 12 måneder. Dette gælder uanset drikkemønstre og blandt både mænd og kvinder. I forhold til at have modtaget råd om ændring af sundhedsadfærd fra den alment praktiserende læge ses de største andele, der har modtaget råd om at holde op med at ryge, tage sig og dyrke mere motion, blandt ældre i grupperne 'Afholdende' og 'Storforbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug', mens lavere andele ses blandt ældre i de øvrige grupper med forskellige drikkemønstre. Hver anden ældre mand i gruppen 'Storforbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug' er blevet rådet til at nedsætte sit alkoholforbrug, mens det gælder for omkring hver femte ældre kvinde i gruppen 'Storforbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug'. Knap hver femte ældre kvinde i gruppen 'Moderatforbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug' er ligeledes blevet rådet af sin alment praktiserende læge til at nedsætte alkoholforbruget.

8. Drikkemønstre og sociale relationer

At indgå i meningsfulde sociale relationer og fællesskaber har stor betydning for den enkeltes livssituation og overlevelse (40). Sociale relationer beskrives i litteraturen ofte ved en strukturel og en funktionel dimension, hvor det strukturelle primært forholder sig til, hvor mange og hvilke personer man har kontakt til. Den funktionelle dimension derimod henviser til, hvordan relationerne fungerer og dækker fx over graden af oplevet følelsesmæssige støtte og praktisk hjælp (10). I dette kapitel præsenteres sammenhængene mellem drikke-mønstre og sociale relationer, belyst ud fra sjældent eller aldrig at have kontakt til andre, at være uønsket alene, samt at mangle nogen at tale med om problemer.

8.1 Kontakt til andre

I Tabel 8.1 fremgår det, at blandt både ældre mænd og kvinder er andelen, der sjældent eller aldrig har kontakt til andre, størst blandt ældre i gruppen 'Afholdende'. Dette gør sig gældende for alle tre typer af kontakt, der er rapporteret; familie, man ikke bor sammen med, venner samt naboer eller beboere i lokalområdet. Fx angiver knap hver fjerde ældre mand i gruppen 'Afholdende' (23 %), af de aldrig eller sjældent har kontakt til venner, mens det gælder for omkring hver tiende mand i gruppen 'Moderatforbrugere' (11 %). Blandt ældre kvinder er det tilsvarende 18 % i gruppen 'Afholdende' og 7,1 % i gruppen 'Moderatforbrugere', der angiver, at de sjældent eller aldrig har kontakt til venner.

Tabel 8.1 Andel, der sjældent eller aldrig har kontakt til andre, fordelt efter drikkemønstre. Procent og antal deltagere

	Afholdende	Lav-forbrugere	Moderat-forbrugere	Moderat-forbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug	Stor-forbrugere	Stor-forbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug
Mænd						
Familie ^{&}	17 %	9,5 %	8,4 %	12 %	11 %	13 %
Venner	23 %	12 %	11 %	13 %	11 %	13 %
Naboer eller beboere i lokalområdet	30 %	19 %	19 %	21 %	20 %	24 %
Min. antal deltagere	2.020	11.550	5.240	1.403	2.821	903
Kvinder						
Familie ^{&}	7,9 %	4,3 %	4,6 %	7,3 %	-	6,9 %
Venner	18 %	8,1 %	7,1 %	11 %	-	9,1 %
Naboer eller beboere i lokalområdet	27 %	19 %	19 %	23 %	-	22 %
Min. antal deltagere	4.378	15.923	3.726	379	-	688

[&] Den ældre ikke bor sammen med

8.2 Uønsket alene

Dét at være alene er ikke nødvendigvis det samme som at være ensom, men at opleve at være alene, når man helst ville være sammen med andre, kan medføre ensomhed. I Tabel 8.2 præsenteres andelen af ældre, der ofte er uønsket alene. De største andele der ofte er uønsket alene ses i grupperne 'Afholdende' og 'Storforbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug' blandt mænd, hvor 8,2 % angiver, at de ofte er uønsket alene. Blandt ældre kvinder angiver 9,6 % blandt 'Afholdende', 7,9 % blandt 'Moderatforbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug', og 7,0 % blandt 'Storforbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug' at de ofte er uønsket alene. Færre andele af ældre kvinder i grupperne 'Lavforbrugere' og 'Moderatforbrugere' angiver, at de ofte er uønsket alene (henholdsvis 5,1 % og 3,5 %).

Tabel 8.2 Andel, der ofte er uønsket alene, fordelt efter drikkemønster. Procent og antal deltagere

	Afholdende	Lavforbrugere	Moderatforbrugere	Moderatforbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug	Storforbrugere	Storforbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug
Mænd						
Procent	8,2 %	4,6 %	3,3 %	4,9 %	3,1 %	8,2 %
Antal deltagere	2.080	11.728	5.304	1.424	2.859	916
Kvinder						
Procent	9,6 %	5,1 %	3,5 %	7,9 %	-	7,0 %
Antal deltagere	4.625	16.273	3.772	386	-	698

8.3 Nogen at tale med ved problemer eller brug for støtte

Af Tabel 8.3 fremgår andelen af ældre, der aldrig eller næsten aldrig har nogen at tale med, hvis de har problemer eller brug for støtte. Blandt ældre mænd og kvinder ses den største andel der aldrig eller næsten aldrig har nogen at tale med, hvis de har problemer eller brug for støtte i gruppen 'Afholdende', hvor 11 % blandt mænd og 6,3 % blandt kvinder angiver dette. Blandt mænd ses den laveste andel blandt 'Moderatforbrugere', hvor 5,2 % angiver, at de ikke har nogen at tale med, hvis de har problemer eller brug for støtte, mens den laveste andel blandt kvinder ses blandt 'Lavforbrugere', idet 2,5 % i gruppen angiver dette.

Tabel 8.3 Andel, der aldrig eller næsten aldrig har nogen at tale med ved problemer eller brug for støtte, fordelt efter drikkemønster. Procent og antal deltagere

	Afholdende	Lavforbrugere	Moderatforbrugere	Moderatforbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug	Storforbrugere	Storforbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug
Mænd						
Procent	11,3 %	6,1 %	5,2 %	7,9 %	5,5 %	8,5 %
Antal deltagere	2.081	11.764	5.311	1.418	2.858	916
Kvinder						
Procent	6,3 %	2,5 %	2,8 %	5,9 %	-	3,7 %
Antal deltagere	4.651	16.292	3.778	388	-	698

Sammenfatning

Blandt både ældre mænd og kvinder ses den største andel som sjældent eller aldrig har kontakt til andre samt aldrig eller næsten aldrig har nogen at tale med når de oplever problemer eller har brug for støtte i gruppen 'Afholdende', mens lidt lavere andele ses i grupperne 'Moderatforbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug', 'Storforbrugere' (kun blandt mænd) og 'Storforbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug'. De laveste andele ses blandt ældre i grupperne 'Lavforbrugere' og 'Moderatforbrugere'. Lignende tendenser ses for sammenhængen mellem drikkemønstre og at være uønsket alene, hvor større andele af ældre i grupperne 'Afholdende' og 'Storforbrugere, med tegn på problematisk alkoholforbrug' udtrykker, at de har følt sig uønsket alene, sammenlignet med ældre i grupperne med de øvrige drikkemønstre.

Referencer

1. Danmarks Statistik. FOLK1A: Folketal den 1. i kvartalet efter område, køn, alder og civilstand 2019.
2. Danmarks statistik. FRDK118: Befolkningsfremskrivning 2018 for hele landet efter tid og alder. 2019.
3. Collaborators. GA. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* (London, England). 2018;392:21.
4. Eriksen L, Davidsen M, Jensen HAR, Ryd JT, Strøbæk L, White ED, et al. Sygdomsbyrden i Danmark - risikofaktorer. København: Sundhedsstyrelsen; 2016.
5. Bloomfield K, Grittner U, Kramer S, Gmel G. Social inequalities in alcohol consumption and alcohol-related problems in the study countries of the EU concerted action 'Gender, Culture and Alcohol Problems: a Multi-national Study'. *Alcohol and alcoholism* (Oxford, Oxfordshire) Supplement. 2006;41(1):i26-36.
6. Probst C, Roerecke M, Behrendt S, Rehm J. Socioeconomic differences in alcohol-attributable mortality compared with all-cause mortality: a systematic review and meta-analysis. *International journal of epidemiology*. 2014;43(4):1314-27.
7. Sundhedsstyrelsen. Ældres sundhed og trivsel. København: Sundhedsstyrelsen; 2019.
8. Holton AE, Gallagher P, Fahey T, Cousins G. Concurrent use of alcohol interactive medications and alcohol in older adults: a systematic review of prevalence and associated adverse outcomes. *BMC Geriatr*. 2017;17(1):148.
9. Moore AA, Whiteman EJ, Ward KT. Risks of combined alcohol/medication use in older adults. *Am J Geriatr Pharmacother*. 2007;5(1):64-74.
10. Sundhedsstyrelsen. Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2017 København; Sundhedsstyrelsen; 2018.
11. Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsens 7 udmeldinger om alkohol København: Sundhedsstyrelsen; 2013.
12. Pedersen CB. The Danish Civil Registration System. *Scand J Public Health*. 2011;39(7 Suppl):22-5.
13. Jensen VM, Rasmussen AW. Danish Education Registers. *Scand J Public Health*. 2011;39(7 Suppl):91-4.
14. SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd. Forebyggelse på ældreområdet – evaluering af forebyggelse af fysisk, social og psykisk mistrivsel blandt ældre borgere. København: SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd; 2016.
15. World Health Organization. Body mass index - BMI [Available from: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi>].
16. Sundhedsstyrelsen. Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling. København: Sundhedsstyrelsen; 2018.
17. Kristensen TS. Sygdom og årsager til sygdom. In: Iversen L, Kristensen TS, Holstein BE, Due P, editors. *Medicinsk sociologi - samfund, sundhed og sygdom*. København: Munksgaard Danmark; 2002. p. 15-42.
18. Ware J, Jr., Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical care*. 1996;34(3):220-33.
19. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav*. 1983;24(4):385-96.
20. Sundhedsstyrelsen. Terminologi: Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed. 2005.
21. Sundhedsstyrelsen. Fremme af mental sundhed – baggrund, begreb og determinanter. København: Sundhedsstyrelsen; 2008.
22. Koch MB, Diderichsen F, Gronbaek M, Juel K. What is the association of smoking and alcohol use with the increase in social

- inequality in mortality in Denmark? A nationwide register-based study. *BMJ open*. 2015;5(5):e006588.
23. Lund L, Bast LS, Jørgensen MB. Danskernes rygevaner 2019 Delrapport 1: Nikotinafhængighed. København: Sundhedsstyrelsen; 2020.
24. Nordic Council of Ministers. Nordic Nutrition Recommendations 2012. Integrating nutrition and physical activity. København: Nordic Council of Ministers; 2014.
25. Socialstyrelsen. Faglige anbefalinger og beskrivelser af god praksis for ernæringsindsats til ældre med uplanlagt væggtab. Odense: Socialstyrelsen; 2015.
26. Lee IM, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet (London, England)*. 2012;380(9838):219-29.
27. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger om fysisk aktivitet 2019 [updated Maj 2019. Available from: <https://www.sst.dk/da/Viden/Fysisk-aktivitet/Anbefalinger-om-fysisk-aktivitet/65-aaarige>.
28. Thinggaard M, Jacobsen R, Jeune B, Martinussen T, Christensen K. Is the relationship between BMI and mortality increasingly U-shaped with advancing age? A 10-year follow-up of persons aged 70-95 years. *The journals of gerontology Series A, Biological sciences and medical sciences*. 2010;65(5):526-31.
29. Møller SP, Johannesen CK, Tolstrup JS, Laursen B, Schramm S. Risikofaktorer for multisygdom. København: Statens Institut for Folkesundhed; 2019.
30. Mavaddat N, Parker RA, Sanderson S, Mant J, Kinmonth AL. Relationship of self-rated health with fatal and non-fatal outcomes in cardiovascular disease: a systematic review and meta-analysis. *PloS one*. 2014;9(7):e103509.
31. Wennberg P, Rolandsson O, Spijkerman AM, Kaaks R, Boeing H, Feller S, et al. Self-rated health and type 2 diabetes risk in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition-InterAct study: a case-cohort study. *BMJ open*. 2013;3(3).
32. Latham K, Peek CW. Self-rated health and morbidity onset among late midlife US adults. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 2013;68(1):107-16.
33. Steptoe A, Deaton A, Stone AA. Subjective wellbeing, health, and ageing. *The Lancet*. 2015;385(9968):640-8.
34. Sundhedsstyrelsen. Stress i Danmark - Hvad ved vi? København: Sundhedsstyrelsen; 2007.
35. Rehm J, Baliunas D, Borges GL, Graham K, Irving H, Kehoe T, et al. The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview. *Addiction*. 2010;105(5):817-43.
36. Rehm J, Gmel Sr GE, Gmel G, Hasan OS, Imtiaz S, Popova S, et al. The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease—an update. *Addiction*. 2017;112(6):968-1001.
37. Frølich A, Olesen F, Kristensen I. Hvidbog om MULTISYGDOM. Dokumentation af multisygdom i det danske samfund - fra silotænkning til sammenhæng. Danmark2017.
38. Pedersen KM, Andersen JS, Sondergaard J. General practice and primary health care in Denmark. *Journal of the American Board of Family Medicine : JABFM*. 2012;25 Suppl 1:S34-8.
39. Vedsted P, Olesen F. Brug af almen praksis i dagtid. *Ugeskrift for læger*. 2005;167(35):3280.
40. Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, Harris T, Stephenson D. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspectives on psychological science : a journal of the Association for Psychological Science*. 2015;10(2):227-37.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Sundhed for alle ♥ + ●