



SUNDHEDSSTYRELSEN

# Ældres sundhed og trivsel

Ældreprofilen 2023 er baseret på Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen, Den Nationale Sundhedsprofil og udvalgte registre

Sundhed for alle ♥+●

### **Ældres sundhed og trivsel**

Ældreprofilen 2023 er baseret på Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen, Den Nationale Sundhedsprofil og udvalgte registre

© Sundhedsstyrelsen, 2024.  
Publikationen kan frit refereres  
med tydelig kildeangivelse.

### **Forfattere**

Veronica Pisinger, Michael Davidsen, Janne Schurmann Tolstrup og Anne Illemann Christensen

### **Internt review**

Annette Ersbøl, Ola Ekholm, Bernard Jeune og Kaare Christensen

Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
2300 København S

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

Versionsdato: 05.01.2024  
Elektronisk ISBN: 978-87-7014-589-3  
Foto: Sundhedsstyrelsen

Udgivet af Sundhedsstyrelsen  
Januar 2024

# Indholdsfortegnelse

<b>Indholdsfortegnelse .....</b>	<b>3</b>
<b>Forord.....</b>	<b>5</b>
<b>Resume og perspektivering.....</b>	<b>6</b>
Perspektiver .....	7
<b>1. Sammenfatning.....</b>	<b>8</b>
<b>2. Baggrund.....</b>	<b>12</b>
2.1. Baggrund .....	12
2.2. Formål.....	12
2.3. Afgrænsning af ældres sundhed og trivsel.....	12
2.4. Dataindsamling under covid-19 pandemien .....	13
<b>3. Læsevejledning .....</b>	<b>14</b>
<b>4. Sociodemografisk beskrivelse .....</b>	<b>18</b>
4.1. Køn, alder og civilstand .....	18
4.2. Boligforhold og indkomst .....	20
4.3. Hjemmepleje.....	22
4.4. Befolkningsfremskrivning .....	23
<b>5. Helbred og trivsel.....</b>	<b>24</b>
5.1. Selvvurderet helbred.....	24
5.2. Funktionsniveau.....	26
5.3. Fysisk og mentalt helbred.....	33
5.4. Vanskeligt at se andre mennesker.....	37
5.5. Trist til mode .....	38
5.6. Højt stressniveau .....	41
5.7. Tandsundhed.....	43
<b>6. Sundhedsadfærd og risikofaktorer .....</b>	<b>47</b>
6.1. Rygning .....	47
6.2. Alkohol.....	53
6.3. Kost .....	59
6.4. Fysisk aktivitet.....	62
6.5. Undervægt og overvægt.....	65
<b>7. Sociale relationer .....</b>	<b>69</b>
7.1. Kontakt til andre .....	69
7.2. Tegn på ensomhed .....	70
7.3. Nogen at tale med ved problemer eller brug for støtte .....	71
7.4. Sammenhæng mellem selvvurderet helbred og tegn på ensomhed .....	73

<b>8. Sygelighed .....</b>	<b>74</b>
8.1. Forekomst af specifikke sygdomme og helbredsproblemer .....	74
8.2. Multisygdom .....	81
8.3. Langvarig sygdom .....	83
8.4. Smerter eller ubehag .....	88
<b>9. Brug af sundhedsvæsenet og håndkøbsmedicin .....</b>	<b>93</b>
9.1. Kontakt til egen læge .....	93
9.2. Brug af håndkøbsmedicin .....	99
<b>10. Restlevetid og dødelighed .....</b>	<b>101</b>
10.1. Restlevetid .....	101
10.2. Dødelighed .....	102
10.3. Årsagsspecifik dødelighed .....	104
<b>11. Ulighed i sundhed, forskelle på tværs af uddannelse .....</b>	<b>108</b>
11.1. Helbred og trivsel .....	108
11.2. Sundhedsadfærd .....	114
11.3. Langvarig sygdom og multisygdom .....	121
<b>12. Metode og materiale .....</b>	<b>122</b>
12.1. Datamateriale .....	122
12.2. Metode .....	126
<b>13. Referenceliste .....</b>	<b>127</b>

## Forord

Vi lever generelt længere, og andelen af ældre i befolkningen vokser. Gruppen af ældre borgere vil stige over de næste årtier, og det estimeres, at andelen af borgere over 65 år vil udgøre 25 % af befolkningen i 2050. Med en større gruppe af ældre borgere, er det vigtigt, at vi som samfund har fokus på ældres helbred, trivsel og sundhedsadfærd og på kvaliteten af de ekstra leveår.

Det er nu anden gang, at Sundhedsstyrelsen og Statens Institut for Folkesundhed udgiver rapporten *Ældres sundhed og trivsel*. Rapporten viser, at langt de fleste ældre trives, lever sundt og har gode sociale relationer. Men rapporten viser også, at der er en gruppe af ældre med dårligt fysisk og mentalt helbred, fx lever mange med to eller flere samtidige sygdomme, såkaldt multisygdom, og en del ældre har tegn på ensomhed. Det er tydeligt, at der er store forskelle i gruppen af ældre på tværs af alder, køn og uddannelse, og afhængigt af hvilken helbredsparameter der adresseres.

På flere områder går det den rette vej med ældres sundhedsadfærd. Der er fx færre ældre, der ryger, og færre ældre med stillesiddende fritidsaktivitet. Men der ses også en stigning i andelen af ældre med svær overvægt. En stor del af de ældre, der ikke lever sundt, ønsker at ændre deres sundhedsadfærd. Det gælder især for den yngste aldersgruppe af 65-74-årige. Rapporten tegner derfor et billede af, at der også er stort potentiale for forebyggelse blandt ældre.

Ligeledes viser rapporten, at der også blandt de ældre er social ulighed i helbred, trivsel og sundhedsadfærd, og at der også her er en udfordring for de kommende år.

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

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

Stor tak til Statens Institut for Folkesundhed, der har udarbejdet rapporten.

Mads Biering la Cour

Niels Sandø

Enhedschef Ældre og demens

Enhedschef Forebyggelse og ulighed

# Resume og perspektivering

Vi lever længere, men lever vi også bedre?

Denne rapport giver et overblik over ældres sundhed og trivsel i 2021 og udviklingen heri siden 2010 eller for enkelte indikatorer siden 1987. Dette gøres med udgangspunkt i spørgeskemaundersøgelserne Den Nationale Sundhedsprofil (Danskernes Sundhed) og Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen, der beskriver sundhed, sygelighed og trivsel ud fra en lang række indikatorer i den danske befolkning. Desuden inddrages udvalgte nationale registre i beskrivelsen af sundhedstilstanden.

Danskernes levetid er forøget markant de seneste 20 år, og denne stigning i levetid forventes at fortsætte frem mod 2050, hvor det estimeres, at en fjerdedel af befolkningen vil være 65 år eller derover (1). Den øgede livslængde skyldes et fald i dødeligheden i alle aldersgrupper. Der ses et fald i flere af de største dødsårsager, især dødeligheden af hjertekarsygdomme, som er blevet halveret inden for de seneste 20 år. Omvendt ses et nyt mønster i dødeligheden, hvor dødeligheden på grund af demenssygdomme er steget, om end denne stadig kun udgør en lille andel af dødsårsagerne.

Over tredjedele af de ældre på 65 år eller derover vurderer deres helbred som fremragende, vældig godt eller godt, herunder knap to tredjedele blandt den ældste aldersgruppe (85 år eller derover). Af positive udviklinger ses desuden en markant stigning i andelen, som har 20 eller flere tænder tilbage, og et fald i andelen, som er begrænset af langvarig sygdom. Dette positive billede af ældres sundhed genfindes dog ikke i alle helbredsmål. Eksempelvis lever godt to tredjedele ældre med to eller flere samtidige sygdomme, såkaldt multisygdom og ca. halvdelen af ældre på 85 år eller derover har et dårligt fysisk helbred. Dette er dog ikke nødvendigvis en negativ udvikling, da vi samtidig ser et fald i dødeligheden og vi derfor også forventer at se flere ældre, der lever længere med (multi-)sygdomme. De fleste helbredsmål har holdt sig stabilt på samme niveau, især siden 2010 (Eksempelvis andelen med godt fysisk funktionsniveau og andelen med en lav score på den fysiske helbredsskala).

Størstedelen blandt ældre trives og har gode sociale relationer. I forhold til mentalt helbred ses for indikatorerne lav score på den mentale helbredsskala, høj score på stressskalaen og vanskeligt at se andre mennesker på grund af det fysiske helbred eller følelsesmæssige problemer en stigning i andelen fra 2017 til 2021 – mest udtalt blandt kvinder, og som formodes delvis at kunne forklares som reaktioner på restriktioner i forbindelse med covid-19 pandemien.

Samtidig ses en række vigtige udviklinger i sundhedsadfærd og risikofaktorer blandt ældre. En positiv udvikling er sket i forhold til andelen med hovedsagelig stillesiddende fritidsaktivitet og andelen, der ryger daglig som begge er faldet. Desuden ses også en markant udvikling i andelen med svær overvægt og usundt kostmønster, som begge er steget. Samtidig udtrykker store andele af ældre med usund adfærd eller risikofaktorer et ønske om at ændre adfærd.

For en lang række indikatorer er der social ulighed i sundhed og trivsel. Eksempelvis ses social ulighed i indikatorer som selv vurderet helbred, funktionsniveau, fysisk helbred, mentalt helbred, tandsundhed, rygning, kostmønster, hovedsagelig stillesiddende fritidsaktivitet, svær overvægt samt multisygdom. I forhold til alkohol ses en omvendt social ulighed, således at andelen, der drikker mere end 10 genstande om ugen, stiger med stigende uddannelsesniveau.

## Perspektiver

Flere markante fund kan fremhæves:

1) I alt lever godt to tredjedele ældre med to eller flere samtidige sygdomme, såkaldt multisygdom. Multisygdom er således en vigtig udfordring i det danske sundhedsvæsen, da det stiller større krav til sammenhæng i overgange mellem afdelinger og sektorer. Desuden vil en voksende ældrebefolkning med multisygdom formentligt betyde et øget pres på sundhedsvæsenets ressourcer. Det er derfor vigtigt at have fokus på forebyggende indsatser, men også på sammenhæng i forløb for ældre med multisygdom.

2) Tegn på ensomhed er relativt udbredt blandt ældre. Således er der 10,3 % blandt kvinder og 6,3 % blandt mænd der har tegn på ensomhed. Blandt begge køn stiger andelen med tegn på ensomhed med stigende alder. Andelen er størst blandt kvinder på 85 år eller derover (17,2 %), som også i højere grad end mænd lever alene. Ensomhed kan føre til mindsket livskvalitet for ældre mennesker. Derudover har ældre mennesker, som oplever at de er ensomme, dårligere helbred, og de har også sværere ved at overvinde sygdom end ældre med stærke sociale relationer. Det er derfor vigtigt at styrke fællesskaber, og forebygge ensomhed blandt ældre.

3) For en lang række indikatorer er der social ulighed i sundhed og trivsel. En større andel af ældre borgere med kort uddannelse har dårligere fysisk funktionsniveau og ringere trivsel end jævnaldrende med mellemlang eller lang videregående uddannelse. Uligheden har store konsekvenser for svage ældres dagligdag og for deres velfærd. Den sociale ulighed genfindes i hele den danske befolkning og analyser viser, at den sociale ulighed i sundhed tages med, når man bliver ældre. Der kan således være brug for målrettede forebyggende indsatser til den gruppe af ældre, der udviser helbredsmæssige udfordringer tidligt.

# 1. Sammenfatning

## Indledning

Denne rapport giver et overblik over ældres sundhed og trivsel i 2021 og udviklingen heri siden 2010 eller for enkelte indikatorer siden 1987. Dette gøres med udgangspunkt i spørgeskemaundersøgelserne Den Nationale Sundhedsprofil og Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen der beskriver sundhed, sygelighed og trivsel ud fra en lang række indikatorer i den danske befolkning. Endvidere inddrages udvalgte nationale registre i beskrivelsen af sundhedstilstanden.

Ældre er i denne rapport defineret som personer på 65 år eller derover. Ud fra denne definition udgør ældre i dag 20 % af befolkningen i Danmark. Denne andel forventes at udgøre 25 % i 2050. Denne demografiske udvikling vil få betydning for omfanget og behovet for en række indsatser på eksempelvis social- og sundhedsområdet. Det er derfor vigtigt at have detaljeret viden om udviklingen i ældres sundhed og trivsel for at kunne planlægge forebyggelses- og plejeindsatser, prioritere behandling og for at fremme sund aldring.

Dataindsamlingen til Den Nationale Sundhedsprofil (Danskernes Sundhed) 2021 er baseret på et spørgeskema, som blev udsendt til 324.000 personer på 16 år eller derover, herunder 84.536 personer i alderen 65 år eller derover. I alt deltog 59.883 personer i alderen 65 år eller derover, svarende til en deltagelse på 70,8 %. Dataindsamlingen til Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2021 er ligeledes baseret på et spørgeskema. Denne undersøgelse blev udsendt til 25.000 personer på 16 år eller derover, herunder 6.406 personer i alderen 65 år eller derover. I alt deltog 3.968 personer i alderen 65 år eller derover, svarende til en deltagelse på 61,9 %. Det er velkendt at deltagere i spørgeskemaundersøgelser generelt er mere ressourcestærke og sundere end ikke-deltagere (2) og selvom der er forsøgt at tage højde for denne forskel ved vægtning, skal resultaterne i denne rapport ses i lyset heraf.

Ud over status for 2021 belyser rapporten desuden udvikling ved at inddrage undersøgelser fra tidligere år. For de fleste indikatorer siden 2010, men for enkelte helt tilbage fra 1987. Dermed præsenteres status og udvikling for ældres sundhed og trivsel inden for en række udvalgte områder. Det skal bemærkes at resultaterne der præsenteres fra 2021 skal ses i lyset af, at data er indsamlet i en periode, hvor der i forbindelse med håndteringen af covid-19 pandemien var indført en række midlertidige tiltag og restriktioner i Danmark. Udviklingen siden 2017 skal derfor fortolkes med en vis forsigtighed.

## Kort opsummering af udvalgte resultater

### Selvvurderet helbred

Mere end tre fjerdedele af ældre vurderer, at deres helbred er fremragende, vældig godt eller godt. Andelen blandt ældre, der vurderer, at deres helbred er fremragende, vældig godt eller godt, falder med stigende alder og er i alle aldersgrupper større blandt mænd end blandt kvinder, og i alle aldersgrupper er der mindst 60 %, der vurderer deres helbred som fremragende, vældig godt eller godt. Blandt mænd ses ingen nævneværdig ændring i andelen fra 1994 til 2021, mens der blandt kvinder er sket en lille stigning i andelen fra 2010 til 2021, i aldersgrupperne 75-84 år og 85 år eller derover, mens andelen blandt de 65-74-årige har været forholdsvist konstant omkring 80 %.



### Fysisk funktionsniveau

Andelen blandt ældre med godt fysisk funktionsniveau, målt ved gode kommunikationsfærdigheder og god fysisk mobilitet, falder med stigende alder. En større andel blandt mænd end blandt kvinder har god fysisk mobilitet, mens det omvendte ses i forhold til gode kommunikationsfærdigheder, bortset fra i aldersgruppen 85 år eller derover, hvor andelen der kan læse en avistekst eller høre en almindelig samtale uden besvær, ligeledes er større blandt mænd end blandt kvinder.

### Fysisk helbred

I alt har 15,3 % blandt mænd og 17,1 % blandt kvinder i aldersgruppen 65-74 år en lav score på den fysiske helbredsskala, og blandt begge køn stiger andelen med lav score med stigende alder. Overordnet set er der ingen nævneværdig udvikling i andelen i perioden 2010 til 2021 blandt mænd, mens der ses et svagt fald i andelen med lav score på den fysiske helbredsskala blandt kvinder, mest udtalt blandt de 75-84-årige.

### Mentalt helbred

Andelen med en lav score på den mentale helbredsskala stiger med stigende alder. I alle aldersgrupper er andelen større blandt kvinder (13,8 %) end blandt mænd (10 %). Overordnet ses en svag stigning i andelen med en lav score på den mentale helbredsskala fra 2017 til 2021 i alle aldersgrupper og blandt begge køn. Stigningen er mest udtalt blandt kvinder. Eksempelvis steg andelen med en lav score på den mentale helbredsskala blandt kvinder i aldersgruppen 65-74 år fra 8 % i 2017 til 12 % i 2021.

### Stress

Andelen blandt ældre, der har høj score på stressskalaen, er større blandt kvinder end blandt mænd i alle aldersgrupper og stiger med stigende alder. Der ses et fald i andelen med en høj score på stressskalaen fra 2010 til 2013, ingen nævneværdig udvikling fra 2013 til 2017 og en stigning fra 2017 til 2021 i alle aldersgrupper og blandt begge køn, med undtagelse af mænd mellem 65-74 år, hvor der ses en stigning fra 2010 til 2021.

### Tænder

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

### Rygning

Der er i alt 13,8 % blandt mænd og 10,9 % blandt kvinder, der ryger dagligt. Andelen falder med stigende alder. I perioden 2010 til 2021 ses et fald i andelen i alle aldersgrupper og blandt både mænd og kvinder. Over halvdelen af personer, der ryger dagligt, vil gerne holde op med at ryge. Andelen er større blandt kvinder end blandt mænd og falder med stigende alder.

### Alkohol

I alt drikker 31,4 % blandt mænd og 12,6 % blandt kvinder flere end 10 genstande i løbet af en typisk uge. Andelen falder med stigende alder. Blandt de 65-74-årige ses for mænd et fald i andelen fra 40 % i 2010 til 33 % i 2021 og for kvinder fra 18% i 2010 til 14 % i 2021. For de 75-84-årige og aldersgruppen  $\geq 85$  år ses et fald for mænd fra 2010 til 2013 og herefter ingen nævneværdig udvikling. For kvinder ses ingen nævneværdig udvikling. Andelen, der gerne vil nedsætte sit forbrug blandt personer, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, er større blandt kvinder end blandt mænd og falder med stigende alder.

### Kostmønster

En større andel af mænd (20,8 %) end kvinder (12,9 %) har et usundt kostmønster. Andelen med usundt kostmønster stiger med stigende alder. I perioden 2010 til 2021 har der for mænd i aldersgrupperne 65-74 år og 75-84 år været en stigning i andelen med et usundt kostmønster, mens der ikke ses nogen nævneværdig ændring blandt de 85-årige mænd eller blandt kvinder i alle aldersgrupper. Blandt mænd og kvinder med et usundt kostmønster angiver 30,9 % blandt mænd og 39,5 % blandt kvinder, at de gerne vil spise mere sundt.

### Fysisk aktivitet

Andelen med hovedsageligt stillesiddende fritidsaktivitet blandt ældre er større blandt kvinder (24,9 %) end blandt mænd (21,4 %) og stiger blandt begge køn med stigende alder. Med enkelte undtagelser er der i perioden 1987-2005 sket et fald i andelen med stillesiddende fritidsaktivitet, både blandt mænd og kvinder, hvorefter der ses en stigning frem mod 2017. Fra 2017 til 2021 er der sket et fald i andelen med stillesiddende fritidsaktiviteter i alle aldersgrupper. Mere end halvdelen af de stillesiddende vil gerne være mere fysisk aktive (50,8 % blandt mænd og 52,7 % blandt kvinder).

### Undervægt og overvægt

Der er en forholdsvis lille andel blandt ældre med undervægt (BMI<18,5) – 0,6 % blandt mænd og 3,4 % blandt kvinder. Både blandt mænd og kvinder stiger andelen med undervægt med stigende alder, og den største andel ses blandt kvinder på 85 år eller derover (5,4 %). Blandt kvinder ses et fald i andelen med undervægt blandt de ≥85-årige fra 9 % i 2010 til 5 % i 2021. I alt er der 19,8 % blandt mænd og 17,3 % blandt kvinder med svær overvægt (BMI≥30). Andelen falder med stigende alder, både blandt mænd og kvinder. Der har overordnet været en stigning i andelen med svær overvægt i alle aldersgrupper og blandt begge køn siden 1987.

### Sociale relationer

Andelen, der mere end én gang om ugen har kontakt til venner, falder med stigende alder, mens der ikke ses nogen klar aldersgradient for andelen, der mere end én gang om ugen er sammen med familie, man ikke bor sammen med, og naboer eller beboere i lokalområdet. I alle aldersgrupper er andelen, der mere end én gang om ugen har kontakt med familie, venner eller naboer, større blandt kvinder end blandt mænd. Samtidig har en større andel blandt kvinder (10,3 %) end blandt mænd (6,3 %) tegn på ensomhed, og blandt begge køn stiger andelen med stigende alder. Andelen er størst blandt kvinder på 85 år eller derover (17,2 %).

### Sygelighed

I alt lever godt ca. to tredjedele ældre med to eller flere samtidige sygdomme (64,6 % blandt mænd og 69,1 % blandt kvinder), såkaldt multisygdom. Med stigende alder er der også en større andel blandt mænd og kvinder, der angiver at have langvarig sygdom, langvarig eftervirkning af skade, handicap eller anden langvarig lidelse af mindst seks måneders varighed, i alt ca. 50 %. Både blandt kvinder og mænd i aldersgrupperne 65-74 år og 75-84 år ses et mindre fald i andelen, der har følt sig begrænset i udførelsen af aktiviteter fra 2017 til 2021.

For sygdommene og helbredsproblemer som blodprop i hjertet, hjertekrampe, hjerneblødning/blodprop i hjernen, slidgigt, knogleskørhed, kræft og grå stær stiger andelen, der lever med disse med stigende alder for begge køn. For kvinder stiger andelen der lever med diabetes, leddegigt og diskusprolaps eller andre rygsygdomme ligeledes med stigende alder. For tinnitus, blandt både mænd og kvinder, og migræne og psykiske lidelse (både mindre og mere end af 6 måneders varighed) blandt kvinder ses en faldende andel med stigende alder. Andelen med forhøjet blodtryk er steget blandt mænd i alle aldersgrupper fra 2010 til 2021, mens der for kvinder ikke ses nogen nævneværdig udvikling.

### Kontakt til egen læge

Andelen på 65 år eller derover, der har været ved egen læge i løbet af de seneste 12 måneder er lige stor andel blandt mænd (84,4 %) og kvinder (83,5 %). Blandt begge køn er andelen større i aldersgruppen 75-84 år end i aldersgruppen 65-74 år, mens der ikke er nogen nævneværdig forskel på andelen i aldersgruppen 75-84 år og 85 år eller derover. Fra 2017 til 2021 ses et lille fald i andelen, der har været ved egen læge i løbet af de seneste 12 måneder i alle aldersgrupper og blandt begge køn. Størstedelen blandt ældre har henholdsvis fået målt blodtryk (93,2 % blandt mænd og 93,4 % blandt kvinder), kolesterol (84,3 % blandt mænd og 82,7 % blandt kvinder) og kontrolleret syn (81,9 % blandt mænd og 86,5 % blandt kvinder) inden for de seneste tre år.

### Håndkøbsmedicin

I alt angiver 42,9 % blandt mænd og 50,9 % blandt kvinder at de har brugt håndkøbsmedicin inden for de seneste 14 dage, mens andelen, der har brugt håndkøbsmedicin, er henholdsvis 67,0 % og 74,0 % inden for det seneste år. Andelen, der har taget håndkøbsmedicin inden for de seneste 14 dage og inden for det seneste år, falder med stigende alder blandt både mænd og kvinder. Den største andel har taget håndkøbsmedicin mod smerter (i alt 25,1 % blandt mænd og 35,4 % blandt kvinder) inden for de seneste 14 dage.

### Dødelighed og restlevetid

Den forventede restlevetid i 2021 blandt 65-årige er 18,0 år og 20,7 år for henholdsvis mænd og kvinder. Den totale dødelighed opgjort som antal døde pr. 100.000 personer blandt ældre på 65 år eller derover er faldet fra 2007 til 2021, hvilket er et udtryk for, at gruppen af ældre lever længere. Fra 2019 til 2021 blandt mænd og fra 2020 til 2021 blandt kvinder ses en lille stigning i dødeligheden, som vurderes til dels skyldes covid-19 pandemien. Blandt de specifikke dødsårsager er særligt hjertekar- og kræft- dødeligheden faldet fra 2007 til 2021, mens dødsfald relateret til demenssygdomme er steget.

### Social ulighed

For en lang række indikatorer er der social ulighed i sundhed og trivsel blandt ældre. Eksempelvis ses der en social gradient i selv vurderet helbred, funktionsniveau, fysisk helbred, mentalt helbred, tandsundhed, rygning, kostmønster, stillesiddende adfærd, svær overvægt samt multisygdom. I forhold til alkohol ses dog en omvendt social gradient, således at andelen, der drikker mere end 10 genstande om ugen, stiger med stigende uddannelsesniveau.

Der ses ingen klar sammenhæng mellem uddannelsesniveau og andelen, der har langvarig sygdom, eftervirkning af skade, handicap eller anden langvarig lidelse, blandt mænd. Der ses ligeledes ingen sammenhæng mellem uddannelsesniveau og andelen af personer, der ryger dagligt, der gerne vil holde op med at ryge.

## 2. Baggrund

### 2.1 Baggrund

Den danske befolkning lever længere og bliver derved ældre. Danmarks Statistik estimerer således, at hvor det i 2023 er 20 % af befolkningen, der er over 65 år, vil det i 2050 være 25 %, og mens 5 % af befolkningen i dag er over 80 år, vil det i 2050 være 10 % (1). Et længere liv giver nye muligheder, ikke kun for den enkelte borger, men også for samfundet som helhed. Flere år giver mere tid til at nyde livet og udleve de ting, man drømmer om. Samtidig giver det muligheder for at bidrage med støtte og hjælp til familien, såsom pasning af børnebørn eller praktisk hjælp. Ældre kan ligeledes være en aktiv del af lokalsamfundet, og ældre borgere kan med flere år til livet forfølge nye aktiviteter, såsom nye hobbyer, videreuddannelse eller en ny karriere. Dog afhænger omfanget af disse muligheder og bidrag i høj grad af, om den ældre borger er sund og rask (3). Det er derfor afgørende, at de ekstra leveår bliver gode og sunde leveår. Verdenssundhedsorganisationen WHO definerer sund aldring som en proces, der optimerer muligheder for sundhed og deltagelse med det formål at forbedre livskvaliteten hos ældre (4). Sund aldring omhandler altså både fysisk og mentalt helbred, men også aspekter som mulighed for deltagelse i samfundet og personlig uafhængighed. Dog fører aldringsprocessen naturligt til et gradvist fald i fysisk og mental kapacitet, en voksende risiko for sygdom og i sidste ende død. Derfor stiller den demografiske udvikling med et øget antal ældre borgere nye krav til vores velfærdssamfund i form af behov for fremme af sund aldring og forebyggelse af sygdomme, samt pleje, behandling og støtte. Det er derfor vigtigt at have detaljeret viden om udviklingen i ældres sundhed og trivsel for at kunne planlægge forebyggelses- og plejeindsatser, prioritere behandling og for at fremme sund aldring.

### 2.2 Formål

Formålet med rapporten er at give en bred beskrivelse af ældres sundhed og trivsel på nationalt niveau og udviklingen heri. Rapporten er en opfølgning på rapporten "Ældres sundhed og trivsel: Ældreprofilen 2019" (5). Rapporten henvender sig til praktikere og beslutningstagere, der arbejder med ældre og sundhed, og giver et billede af ældres sundhed og trivsel i 2021 og udviklingen siden 2010 og for enkelte områder tilbage til 1987.

### 2.3 Afgrænsning af ældres sundhed og trivsel

Der eksisterer mange forskellige afgrænsninger af ældregruppen. Biologisk er der ingen naturlig afgrænsning af ældregruppen. Aldringsprocessen foregår hele livet, og funktionsevnen falder allerede fra omkring 30-40 årsalderen. Socialt defineres ældregruppen ofte ved folkepensionsalderen, men da denne afgrænsning er foranderlig og varierer afhængigt af fødselsår, er det ikke en hensigtsmæssig afgrænsning for alle indikatorer for sundhed og trivsel, som præsenteres i denne rapport. I denne rapport er det valgt at afgrænse ældregruppen til personer på 65 år eller derover med en underopdeling i tre aldersgrupper: 65-74 år, 75-84 år og 85 år eller derover. Denne afgrænsning henviser til den tidligere pensionsalder og er anvendt i tidligere undersøgelser. Ligeledes er ældres sundhed og trivsel brede begreber, og i denne rapport inkluderes en lang række indikatorer for at give et bredt og nuanceret billede af ældres sundhed og trivsel. For

eksempel inkluderes indikatorer for helbred og sygelighed, tandsundhed, mental sundhed, sundhedsadfærd og sociale relationer. Dog har det ikke været muligt at medtage eksempelvis kognitiv funktion, som ligeledes er en central komponent i ældres sundhed og trivsel. Rapporten inkluderer ligeledes ikke indikatorer for plejebehov, hospitalisering og sundhedsudgifter, som ellers også er vigtige indikatorer i forhold til at beskrive ældrepopulationen og ældres sundhed.

Rapporten bygger på data fra Den Nationale Sundhedsprofil (Danskernes Sundhed) (6) og Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen (7) som begge er nationale spørgeskemaundersøgelser udsendt til en nationalt repræsentativ stikprøve af befolkningen. Deltagere i spørgeskemaundersøgelser er oftest blandt de mest ressourcestærke og sunde borgere (8). Ældre borgere, som er særligt belastet af sygdom og funktionsevnetab forventes derfor ikke deltaget i lige så høj grad som dem med bedre helbred og funktionsevne (2). Resultaterne er vægtet for at imødegå denne begrænsning. Deltagere og ikke-deltagere i Den Nationale Sundhedsprofil og Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen, som danner grundlag for denne rapport's resultater, er yderligere beskrevet i kapitel 12 Metode og materialer.

## 2.4 Dataindsamling under covid-19-pandemien

Resultaterne der præsenteres i denne rapport fra 2021 skal ses i lyset af, at data er indsamlet i en periode, hvor der i forbindelse med håndteringen af covid-19 pandemien var indført en række midlertidige tiltag og restriktioner i Danmark. Blandt andet kan opfordringer om begrænset social aktivitet særligt blandt kronisk syge og ældre, samt nedlukning af restauranter og caféer, kultur-, og idrætslivet, herunder teatre, museer, biografteatre, svømmehaller og fitnesscentre, have påvirket ældregruppens sociale og fysiske aktiviteter. Set i lyset heraf skal udviklingen siden 2017 fortolkes med en vis forsigtighed.

## 3. Læsevejledning

Rapporten er opdelt i 12 kapitler. Sammenfatningen er præsenteret i kapitel 1, mens kapitel 2 præsenterer rapportens baggrund, formål og afgrænsning, og kapitel 3 denne læsevejledning. Kapitel 4 giver en sociodemografisk beskrivelse af ældre borgere i Danmark. I kapitel 5 til 11 præsenteres rapportens resultater inden for emnerne 'Trivsel og helbred', 'Sundhedsadfærd og vaner', 'Sociale relationer', 'Sygelighed', 'Brug af sundhedsvæsenet og håndkøbsmedicin', 'Restlevetid og dødelighed', og 'Ulighed i sundhed, forskelle i uddannelsesniveau'. Kapitel 12 beskriver rapportens materiale og metode. Rapportens referencer findes i forlængelse af kapitel 12.

Kapitlerne 5-9 og 11 præsenterer resultater af analyser baseret på data fra Den Nationale Sundhedsprofil og Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen. Resultater baseret på data fra Statistikbanken (Danmarks Statistik) præsenteres i kapitel 4 og 10. I kapitel 10 præsenteres dødelighed og specifikke dødsårsager ved brug af data fra Dødsårsagsregisteret (9). Udviklingen over tid i specifikke dødsårsager er belyst ved aldersstandardiserede dødsrater, idet der aldersstandardiseres til populationen af danskere på 65 år og derover i 2021. Ved at sammenligne med en population, der ligner 2021-populationen, får man aldersjusterede dødsårsagsrater, som gør det muligt at se bort fra ændringer i befolkningssammensætningen, når man vil sammenligne udviklingen i dødsårsager over tid.

### Frekvenstabeller

I rapportens kapitler 5-9 præsenteres for hver indikator frekvenstabeller for 2021, fordelt på køn og aldersgrupper. Frekvensanalyserne præsenteres i tabeller med procentvis andel og antal svarpersoner. Hvis der er færre end 10 personer i en celle, vises andelen ikke. Analyserne præsenteres separat for mænd og kvinder, da der er forskel på trivsel, sundhed og sygdom blandt mænd og blandt kvinder. Overskriften på frekvenstabellerne vil angive, hvilken indikator, der belyses i tabellen. Samtidig oplyses det under tabellen, om de pågældende resultater er baseret på data fra Den Nationale Sundhedsprofil (Danskernes Sundhed) eller Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen.

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

**Tabel 5.1.1. Andel med fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred, fordelt på køn og aldersgruppe 2021. Procent og antal svarpersoner.**

	65-74 år	75-84 år	≥85 år	I alt
<b>Mænd</b>				
Procent	81,6	75,9	66,2	78,4
Antal svarpersoner	16.166	9.985	1.865	28.016
<b>Kvinder</b>				
Procent	79,9	71,9	60,0	74,7
Antal svarpersoner	17.640	10.897	2.604	31.141

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

**Tabel 5.2.1. Andel, der uden besvær kan gennemføre hver af de fem aktiviteter, fordelt på køn og aldersgruppe. 2021. Procent og minimum antal svarpersoner.**

	65-74 år	75-84 år	≥85 år	I alt
<b>Mænd</b>				
Læse avistekst	83,5	74,3	70,1	79,4
Høre en samtale mellem 3 eller flere personer	56,0	42,6	30,9	49,6
Gå 400 meter uden at hvile	77,1	66,5	42,6	71,1
Gå op eller ned ad en trappe	76,1	65,6	42,5	70,2
Bære 5 kg	81,0	70,3	50,4	75,2
Minimum antal svarpersoner	1.044	645	130	1.819
<b>Kvinder</b>				
Læse avistekst	88,0	77,4	54,0	80,9
Høre en samtale mellem 3 eller flere personer	73,3	59,8	28,6	64,2
Gå 400 meter uden at hvile	76,6	57,7	24,6	64,7
Gå op eller ned ad en trappe	70,2	50,4	29,3	59,0
Bære 5 kg	62,3	41,6	17,2	50,3
Minimum antal svarpersoner	1.162	734	162	2.065

Den Nationale Sundhedsprofil 2021

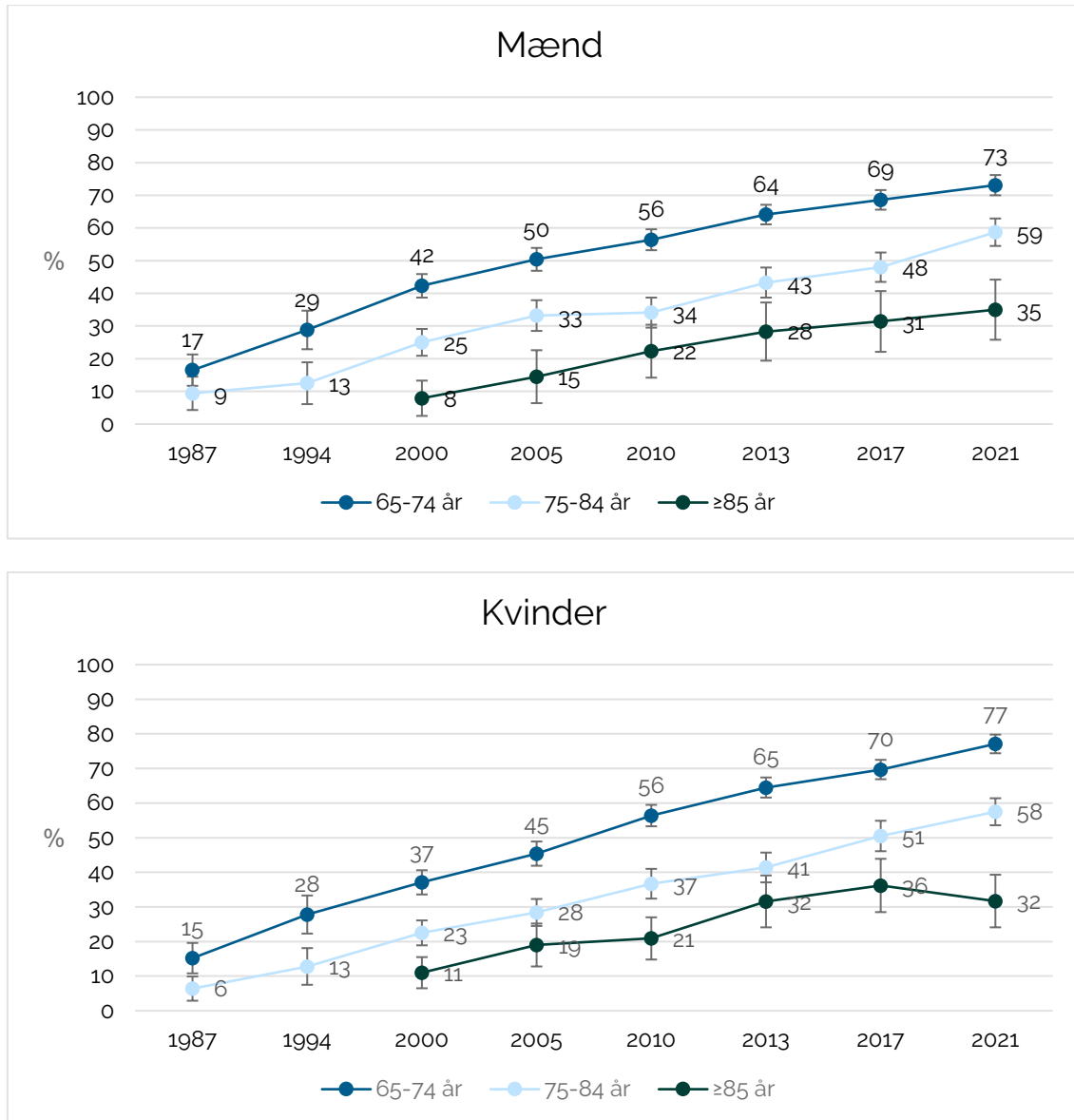
### Sammenhængsanalyse

I kapitel 7 præsenteres der sammenhængsanalyse mellem tegn på ensomhed og selv vurderet helbred. Det skal i denne forbindelse bemærkes, at data i disse analyser er indsamlet på samme tidspunkt og er dermed såkaldte tværsnitsanalyser. Det er derfor ikke muligt at sige noget om årsagsretningen, altså hvilken af indikatorerne der påvirker den anden.

### Udvikling i køn og aldersgruppe

I rapporten præsenteres udviklingen over tid for indikatorerne ved hjælp af linjediagrammer. Linjediagrammerne viser den procentvise forekomst så langt tilbage i tiden, som der findes sammenlignelige indikatorer. For enkelte indikatorer er det muligt at gå helt tilbage til den første sundheds- og sygelighedsundersøgelse i 1987, mens der for andre indikatorer kun findes data for 2021. For en stor del af indikatorerne er det som minimum muligt at gå tilbage til den Nationale Sundhedsprofil 2010, som var den første. I Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne 1987 og 1994 var der få deltagere på 85 år eller derover, og der præsenteres derfor ikke resultater for den ældste aldersgruppe fra disse to år. Linjediagrammerne viser udviklingen henholdsvis blandt mænd og blandt kvinder. Der er tilføjet konfidensintervaller på estimerne så det er muligt at vurdere usikkerheden på de enkelte estimer og derved også udviklingen inden for den givne indikator. Eksempelvis viser linjediagrammerne på følgende side udviklingen i andelen med 20 eller flere egne tænder tilbage, blandt mænd og kvinder i de tre definerede aldersgrupper i perioden 1987 til 2021.

Figur 5.7.1. Andel med 20 eller flere egne tænder tilbage, fordelt på køn og aldersgruppe. 1987-2021.

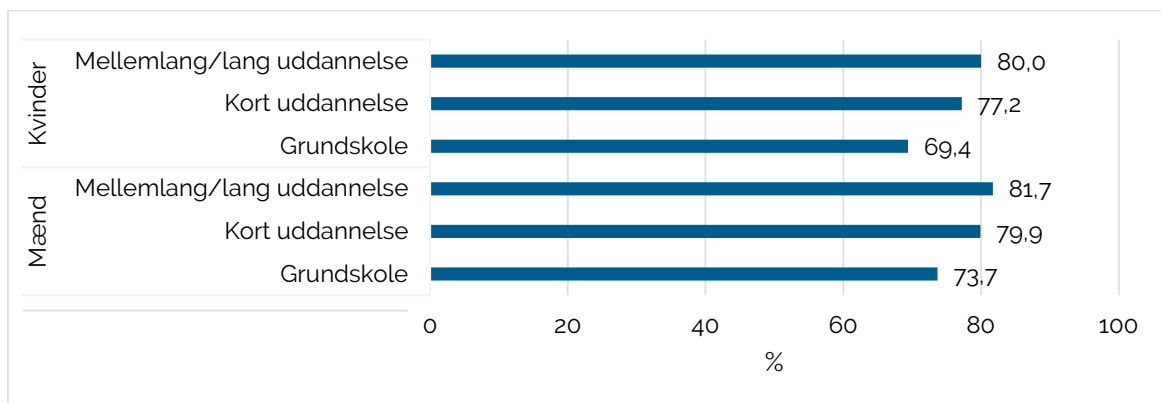




### Forskelle på tværs af uddannelse

I kapitel 11 præsenteres forskelle i udvalgte indikatorer blandt mænd og kvinder på over 65 på tværs af uddannelsesniveau i figurer. Figurerne vises for ældre på 65 år eller derover samlet og opdeles ikke på aldersgrupper. Se eksempel nedenfor.

**Figur 11.1.2. Andel med fremragende, vældig godt eller godt selv vurderet helbred blandt mænd og kvinder på 65 år eller derover, fordelt på uddannelse, 2021.**



## 4. Sociodemografisk beskrivelse

### 4.1 Køn, alder og civilstand

Dette kapitel indeholder en beskrivelse af ældre borgere i Danmark i 2021 i forhold til køn, alder, civilstatus, boligforhold og indkomstforhold samt andelen visiteret til hjemmehjælp. Opgørelserne er baseret på registerdata fra Statistikbanken fra Danmarks Statistik. I kapitlet præsenteres desuden en beskrivelse af den forventede befolkningsudvikling frem til 2050. Denne er ligeledes baseret på estimater fra Danmarks Statistik.

I Tabel 4.1.1 fremgår det, at andelen af kvinder er større (53,9 %) end andelen af mænd (46,1 %), og at aldersgruppen 65-74 år udgør over halvdelen af alle ældre på 65 år eller derover (54,2 %) i Danmark. Andelen af ældre falder med stigende alder og ældre på 85 år eller derover udgør 10,8 % af alle ældre over 65 år.

**Tabel 4.1.1. Køns- og aldersfordeling i Danmark pr. 1. januar (1. kvartal) 2021. Procent af ældre på 65 år eller derover.**

	65-74 år	75-84 år	≥85 år	I alt
Mænd	56,9	34,7	8,4	46,1
Kvinder	51,8	35,2	12,9	53,9
I alt	54,2	35,0	10,8	100,0

*Statistikbanken, Danmarks Statistik*

I tabel 4.1.2 fremgår civilstand blandt ældre, fordelt på køn og aldersgruppe. Tabellen viser, at over to tredjedele (67,1 %) blandt kvinder er gift eller separeret, mens det gælder for ca. halvdelen blandt mænd (48,1 %). Blandt begge køn stiger andelen, der lever i enkestand, kraftigt med stigende alder. Både blandt mænd (36,4 %) og kvinder (73,9 %) er andelen, der lever i enkestand, størst i aldersgruppen  $\geq 85$  år. Derimod falder andelen af fraskilte med stigende alder. Den mindste andel fraskilte er dermed mænd i aldersgruppen  $\geq 85$  år (7,0 %). Andelen af ugifte falder ligeledes med stigende alder, og den mindste andel ugifte findes blandt kvinder i de to ældste aldersgrupper (75-84 år og  $\geq 85$  år).

**Tabel 4.1.2. Civilstatus per 1. januar 2021 (1. kvartal), fordelt på køn og aldersgruppe. Procent og antal personer.**

	65-74 år	75-84 år	$\geq 85$ år	I alt
<b>Mænd</b>				
Ugift	11,4	5,4	4,1	8,7
Gift/separeret	68,3	68,6	52,5	67,1
Enkemand	5,7	14,7	36,4	11,4
Fraskilt	14,5	11,3	7,0	12,8
<i>Antal personer</i>	<i>308.719</i>	<i>188.167</i>	<i>45.331</i>	<i>542.217</i>
<b>Kvinder</b>				
Ugift	7,7	3,7	3,7	5,8
Gift/separeret	59,7	43,8	13,3	48,1
Enke	14,8	37,6	73,9	30,5
Fraskilt	17,8	14,9	9,1	15,6
<i>Antal personer</i>	<i>328.521</i>	<i>223.469</i>	<i>82.065</i>	<i>634.055</i>

## 4.2 Boligforhold og indkomst

Tabel 4.2.1 viser boligforhold for borgere i alderen 65 år eller derover inviteret til Den Nationale Sundhedsprofil 2021. Det har i denne rapport ikke været muligt at frasortere plejeboliger eller beskyttede ældreboliger fra almindelige boliger. Dette er givetvis et mindre problem blandt de 65-74-årige, hvor få bor i plejebolig eller beskyttet ældrebolig, men det kan være et større problem blandt de  $\geq 85$  år. I 2021 var andelen af befolkningen på 75 år eller derover, der boede pleje- eller ældrebolig, 9 % (10). Det fremgår af tabellen, at den største andel blandt mænd og kvinder på 65-74 år bor i et enfamilieshus (henholdsvis 54,8 % og 49,6 %). Andelen falder med stigende alder. Den næststørste andel, blandt de 65-74-årige bor i etageboliger (henholdsvis 20,4 % blandt mænd og 24,0 % blandt kvinder). Denne andel stiger med stigende alder.

**Tabel 4.2.1. Boligforhold, fordelt på køn og aldersgruppe. Procent og antal inviterede personer.**

	65-74 år	75-84 år	$\geq 85$ år	I alt
<b>Mænd</b>				
Enfamilieshus	54,8	51,1	43,1	52,6
Etagebolig	20,4	22,6	27,3	21,8
Rækkehus m.m.	15,4	18,3	23,0	17,1
Stuehus, landbrug	6,1	5,0	4,0	5,5
Sommerhus	2,7	2,5	1,6	2,6
Andet	0,5	0,4	1,2	0,5
<i>Antal inviterede personer</i>	<i>21.841</i>	<i>13.616</i>	<i>3.204</i>	<i>38.661</i>
<b>Kvinder</b>				
Enfamilieshus	49,6	40,4	25,5	43,2
Etagebolig	24,0	31,4	40,6	28,8
Rækkehus m.m.	19,1	23,0	29,3	21,8
Stuehus, landbrug	4,5	3,1	1,9	3,7
Sommerhus	2,5	1,6	0,6	1,9
Andet	0,3	0,4	2,1	0,6
<i>Antal inviterede personer</i>	<i>23.192</i>	<i>16.047</i>	<i>5.821</i>	<i>45.060</i>

Den Nationale Sundhedsprofil 2021, Danmarks Statistik, BBR

I Tabel 4.2.2 vises fordelingen af den personlige bruttoindkomst blandt personer på 65 år eller derover fordelt på køn og aldersgrupperne 65-69 år, 70-74 år og ≥75 år. Denne inddeling i aldersgrupper er foretaget her, da det ikke er muligt at adskille indkomsten for de over 80-årige i Statistikbanken. Tabellen viser, at over halvdelen af befolkningsgruppen har en bruttoindkomst på mere end 200.000 kroner om året. For begge køn falder andelen, som tjener mindre end 100.000 kroner om året, med stigende alder, mens andelen, som tjener 400.000 kroner eller derover, falder med stigende alder.

**Tabel 4.2.2. Personlig årlig bruttoindkomst, fordelt på køn og aldersgruppe. 2021. Procent og antal svarpersoner.**

	65-69 år	70-74 år	≥75 år	I alt
<b>Mænd</b>				
0-99.999 kr.	1,9	0,8	0,6	1,0
100.000-199.999 kr.	19,0	26,6	35,3	28,4
200.000-299.999 kr.	32,0	36,6	33,6	33,9
300.000-399.999 kr.	15,3	16,5	16,1	16,0
400.000-499.999 kr.	10,4	7,5	6,1	7,7
> =500.000 kr.	21,4	12,0	8,4	13,1
Antal personer	157.153	146.643	246.759	550.555
<b>Kvinder</b>				
0-99.999 kr.	2,3	1,1	0,9	1,3
100.000-199.999 kr.	26,4	37,1	35,9	33,8
200.000-299.999 kr.	39,1	37,6	43,8	41,1
300.000-399.999 kr.	15,9	15,6	13,2	14,5
400.000-499.999 kr.	7,2	4,5	3,3	4,6
> =500.000 kr.	9,0	4,1	2,8	4,7
Antal personer	164.841	159.466	318.733	643.040

Statistikbanken, Danmarks Statistik

## 4.3 Hjemmepleje

I 2022 var der omkring 130.000 personer i alderen 65 år eller derover, som var visiteret til hjemmehjælp i form af personlig pleje og/eller praktisk hjælp i eget hjem.

Tabel 4.3.1 viser andelen og antal visiteret til hjemmehjælp i form af personlig pleje og/eller praktisk hjælp i eget hjem blandt den ældre befolkning i Danmark i 2022. Praktisk hjælp er eksempelvis rengøring og hjælp til indkøb, mens personlig pleje for eksempel kan være hjælp til bad og af- og påklædning. Visitation til madservice indgår i opgørelse af visitation til praktisk hjælp. Tabellen er opgjort som helårspersoner, hvor for eksempel to personer, der hver har modtaget hjemmehjælp i seks måneder i løbet af året, tæller som én person. Andelen er opgjort som andel af den totale population i aldersgruppen. Opgørelsen er behæftet med nogen usikkerhed. Grundlaget for opgørelsen er månedlige indberetninger fra kommunerne, og der er varierende dækning for månederne fra kommune til kommune. Danmarks Statistik opgør således antallet af modtagere som et gennemsnit for de måneder, som den enkelte kommune har indsendt indberetninger for, hvorefter der opregnes fra måneds- til årsniveau.

**Tabel 4.3.1. Andel, som modtager hjemmehjælp i eget hjem, i 2022. Procent og antal.**

	65-74 år	75-84 år	≥85 år	I alt
<b>Mænd</b>				
Modtagere af hjemmehjælp i alt	3,5	10,0	33,4	8,3
Modtagere, der udelukkende modtager personlig pleje	0,4	1,6	4,6	1,2
Modtagere, der udelukkende modtager praktisk hjælp	1,7	4,7	14,9	3,9
Modtagere af både personlig pleje og praktisk hjælp	1,4	3,6	13,8	3,2
<i>Antal modtagere af hjemmehjælp i alt</i>	<i>10938</i>	<i>18829</i>	<i>15126</i>	<i>44893</i>
<b>Kvinder</b>				
Modtagere af hjemmehjælp i alt	4,2	15,2	46,2	13,5
Modtagere, der udelukkende modtager personlig pleje	0,4	1,1	2,3	0,9
Modtagere, der udelukkende modtager praktisk hjælp	2,4	8,5	21,5	7,0
Modtagere af både personlig pleje og praktisk hjælp	1,5	5,6	22,3	5,6
<i>Antal modtagere af hjemmehjælp i alt</i>	<i>13806</i>	<i>33997</i>	<i>37894</i>	<i>85697</i>

Statistikbanken, Danmarks Statistik, AED

Tabellen viser, at andelen visiteret til hjemmehjælp gradvist stiger med stigende alder for både mænd og kvinder. Den største andel hjemmehjælpsmodtagere findes således blandt borgere på 85 år eller derover. Andelen af kvinder, som er visiteret til hjemmehjælp, er generelt større på tværs af alle aldersgrupper sammenlignet med mænd. Tabellen viser, at andelen, der er visiteret til personlig pleje, er mindre end andelen, der udelukkende er visiteret til praktisk hjælp på tværs af både køn og aldersgruppe.

## 4.4 Befolkningsfremskrivning

Tabel 4.4.1 præsenterer en fremskrivning af befolkningsudviklingen fra 2023 til 2050 fra Danmarks Statistik. Tabel 4.4.1 viser, at det forventes, at der er 6,3 % flere borgere i 2050 i forhold til 2023. Andelen af 65-74-årige forventes ifølge befolkningsfremskrivningen at være stigende for mænd frem til 2040 (5,1-5,7 %), mens andelen falder til 4,8 % i 2050. Udviklingen er den samme for kvinder i denne aldersgruppe, som går fra 5,4 % i 2023 til 6,0 % i 2040, hvorefter andelen falder til 5,1 % i 2050. Blandt begge køn forventes aldersgruppen 75-84 år at udgøre en stigende andel af befolkningen frem mod 2050, hvor gruppen forventes at udgøre 4,6 % af mænd og 5,0 % af kvinder. Blandt borgere på 85 år eller derover forventes der at være den største udvikling fra 2023 til 2050, hvor andelen af kvinder stiger fra 1,4 % til 3,0 %, og andelen af mænd stiger fra 0,8 % til 2,1 %. Samlet set viser fremskrivningen (tabel 4.4.1), at den ældre del af befolkningen (65 år og derover) forventes at stige fra 20,5 % i 2023 24,6 % i 2050.

**Tabel 4.4.1. Befolkningsfremskrivning for den danske befolkning 2023-2050, fordelt på køn og aldersgruppe. Procent.**

	2023	2030	2040	2050
<b>Mænd</b>				
0-14 år	8,2	8,3	8,8	8,4
15-24 år	6,2	5,8	5,5	6,1
25-44 år	12,8	13,1	12,6	11,9
45-64 år	13,1	12,1	11,3	11,8
65-74 år	5,1	5,4	5,7	4,8
75-84 år	3,5	3,8	4,2	4,6
≥85 år	0,8	1,2	1,7	2,1
I alt	49,7	49,7	49,7	49,8
<b>Kvinder</b>				
0-14 år	7,8	7,8	8,4	8,0
15-24 år	6,0	5,6	5,2	5,8
25-44 år	12,4	12,6	12,2	11,5
45-64 år	13,1	12,2	11,4	11,8
65-74 år	5,4	5,7	6,0	5,1
75-84 år	4,1	4,4	4,6	5,0
≥85 år	1,4	1,9	2,5	3,0
I alt	50,3	50,3	50,3	50,2
<b>Alle</b>				
% i forhold	100,0	101,8	104,6	106,3

## 5. Helbred og trivsel

Dette kapitel indeholder en beskrivelse af, hvordan ældre selv oplever deres helbred og trivsel. Kapitlet indeholder også beskrivelser af ældres funktionsniveau og deres fysiske og mentale helbred. Til sidst i kapitlet præsenteres ældres selvoplevede stressniveau og deres tandsundhed. Hvor det er muligt, beskrives udviklingen over tid.

### 5.1 Selvvurderet helbred

Selvvurderet helbred er et udtryk for en persons samlede vurdering af sin egen helbredstilstand. En persons egen vurdering af eget helbred er et særdeles velegnet mål til at forudsige samme persons sygelighed og dødelighed (11, 12). Jo dårligere en person vurderer sit eget helbred, desto større er risikoen i en efterfølgende periode for sygdom og for tidlig død (11, 12).

Tabel 5.1.1 viser andelen af mænd og kvinder, der vurderer deres helbred som fremragende, vældig godt eller godt, i 2021. Tabellen viser, at mere end tre fjerdedele blandt ældre vurderer, at deres helbred er fremragende, vældig godt eller godt. Både blandt mænd (81,6 %) og blandt kvinder (79,9 %) er andelen størst i aldersgruppen 65-74 år, mens andelen er mindst i aldersgruppen 85 år eller derover (66,2 % og 60,0 % blandt henholdsvis mænd og kvinder).

**Tabel 5.1.1. Andel med fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred, fordelt på køn og aldersgruppe 2021. Procent og antal svarpersoner.**

	65-74 år	75-84 år	≥85 år	I alt
<b>Mænd</b>				
Procent	81,6	75,9	66,2	78,4
Antal svarpersoner	16.166	9.985	1.865	28.016
<b>Kvinder</b>				
Procent	79,9	71,9	60,0	74,7
Antal svarpersoner	17.640	10.897	2.604	31.141

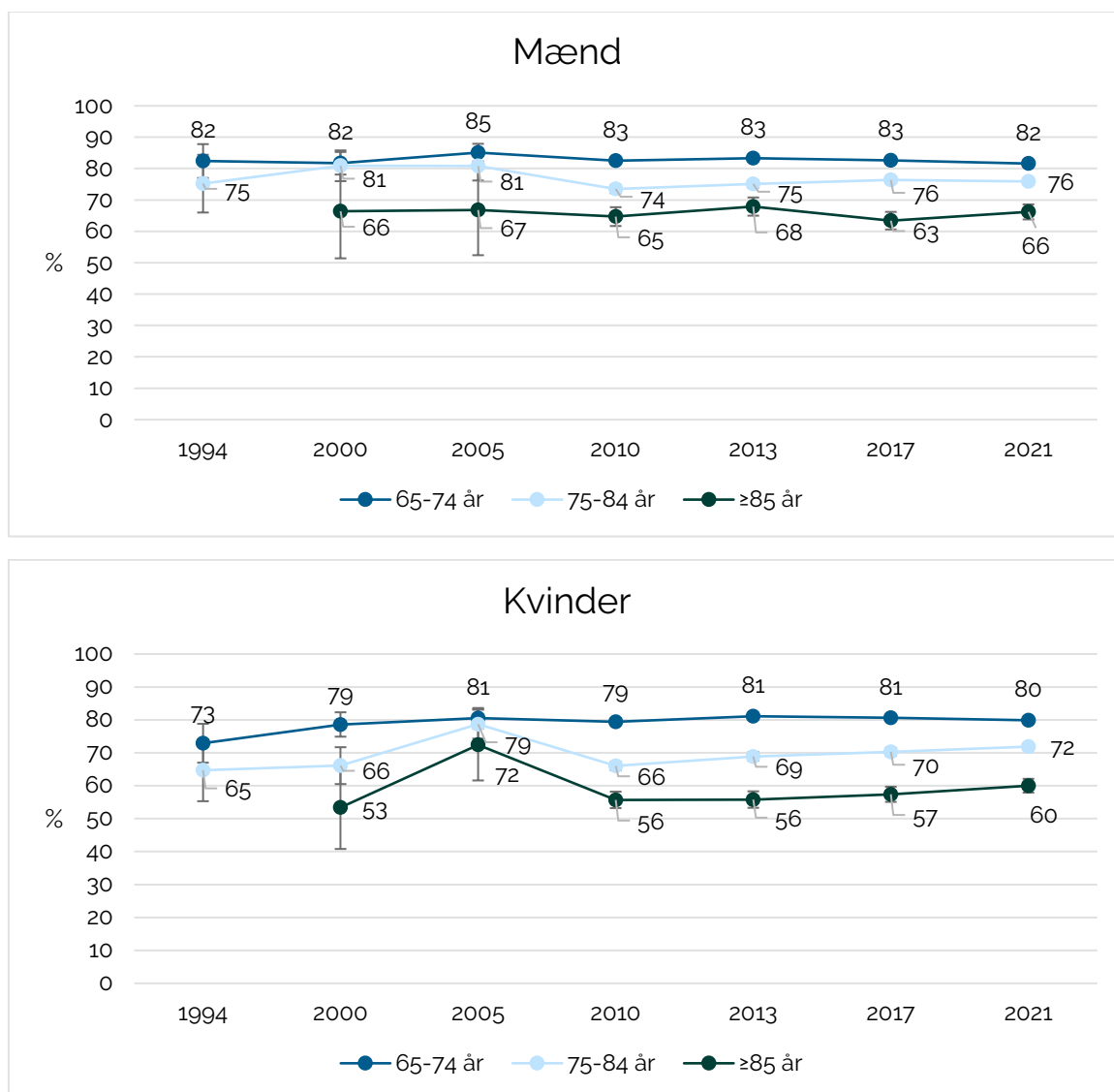
*Den Nationale Sundhedsprofil 2021*

Figur 5.1.1 viser udviklingen i andelen med fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred i perioden 1994 til 2021. Da der er få svarpersoner i aldersgruppen 85 år eller derover i 1994, vises andelen ikke i figuren. I alle år falder andelen med stigende alder. Dette ses for både mænd og kvinder. Overordnet set, er der blandt mænd ikke sket store ændringer siden 1994 i andelen, der vurderer eget helbred som fremragende, vældig godt eller godt, inden for hver af de tre aldersgrupper. Blandt kvinder er der sket en lille stigning i andelen fra 2010 til 2021 i aldersgrupperne 75-84 år og 85 år eller derover, mens andelen blandt de 65-74-årige har været konstant omkring 80 %. For aldersgrupperne 75-84 år og 85 år eller derover er andelen blandt kvinder med fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred større i 2005 end i de øvrige år. I 2005 ses en højere andel med fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred blandt



kvinder i aldersgrupperne end 75-84 år og ≥85 år. Det vides ikke, hvad der kan forklare dette hop, da spørgsmålsformulering, dataindsamlingsmetode og kodning af har været den samme som i de øvrige år.

**Figur 5.1.1. Andel med fremragende, vældig godt eller godt selv vurderet helbred, fordelt på køn og aldersgruppe. 1994-2021.**



Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 1994, 2000 og 2005 og Den Nationale Sundhedsprofil 2010-2021

## 5.2 Funktionsniveau

Funktionsniveau er målt ved en række spørgsmål om, i hvilket omfang personen kan udføre fem forskellige fysiske aktiviteter relateret til henholdsvis kommunikationsfærdigheder og mobilitet. Aktiviteterne er:

### **Kommunikationsfærdigheder:**

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

### **Mobilitet:**

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

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

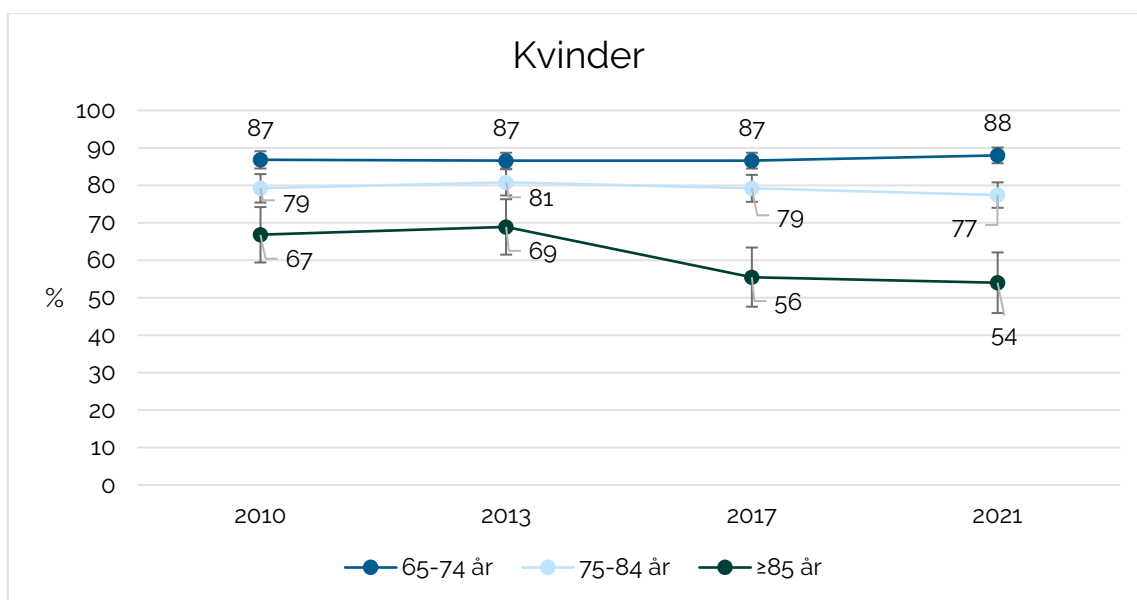
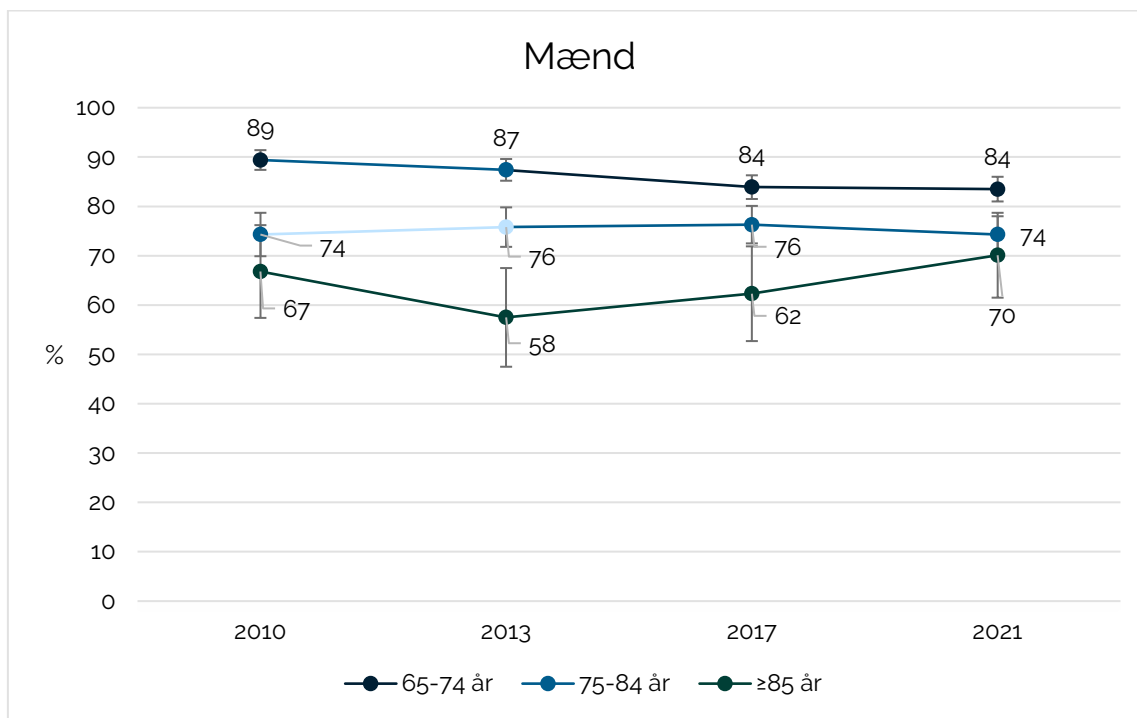
**Tabel 5.2.1. Andel, der uden besvær kan gennemføre hver af de fem aktiviteter, fordelt på køn og aldersgruppe. 2021. Procent og minimum antal svarpersoner.**

	65-74 år	75-84 år	≥85 år	I alt
<b>Mænd</b>				
Læse avistekst	83,5	74,3	70,1	79,4
Høre en samtale mellem 3 eller flere personer	56,0	42,6	30,9	49,6
Gå 400 meter uden at hvile	77,1	66,5	42,6	71,1
Gå op eller ned ad en trappe	76,1	65,6	42,5	70,2
Bære 5 kg	81,0	70,3	50,4	75,2
<i>Minimum antal svarpersoner</i>	<i>1.044</i>	<i>645</i>	<i>130</i>	<i>1.819</i>
<b>Kvinder</b>				
Læse avistekst	88,0	77,4	54,0	80,9
Høre en samtale mellem 3 eller flere personer	73,3	59,8	28,6	64,2
Gå 400 meter uden at hvile	76,6	57,7	24,6	64,7
Gå op eller ned ad en trappe	70,2	50,4	29,3	59,0
Bære 5 kg	62,3	41,6	17,2	50,3
<i>Minimum antal svarpersoner</i>	<i>1.162</i>	<i>734</i>	<i>162</i>	<i>2.065</i>

*Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2021*

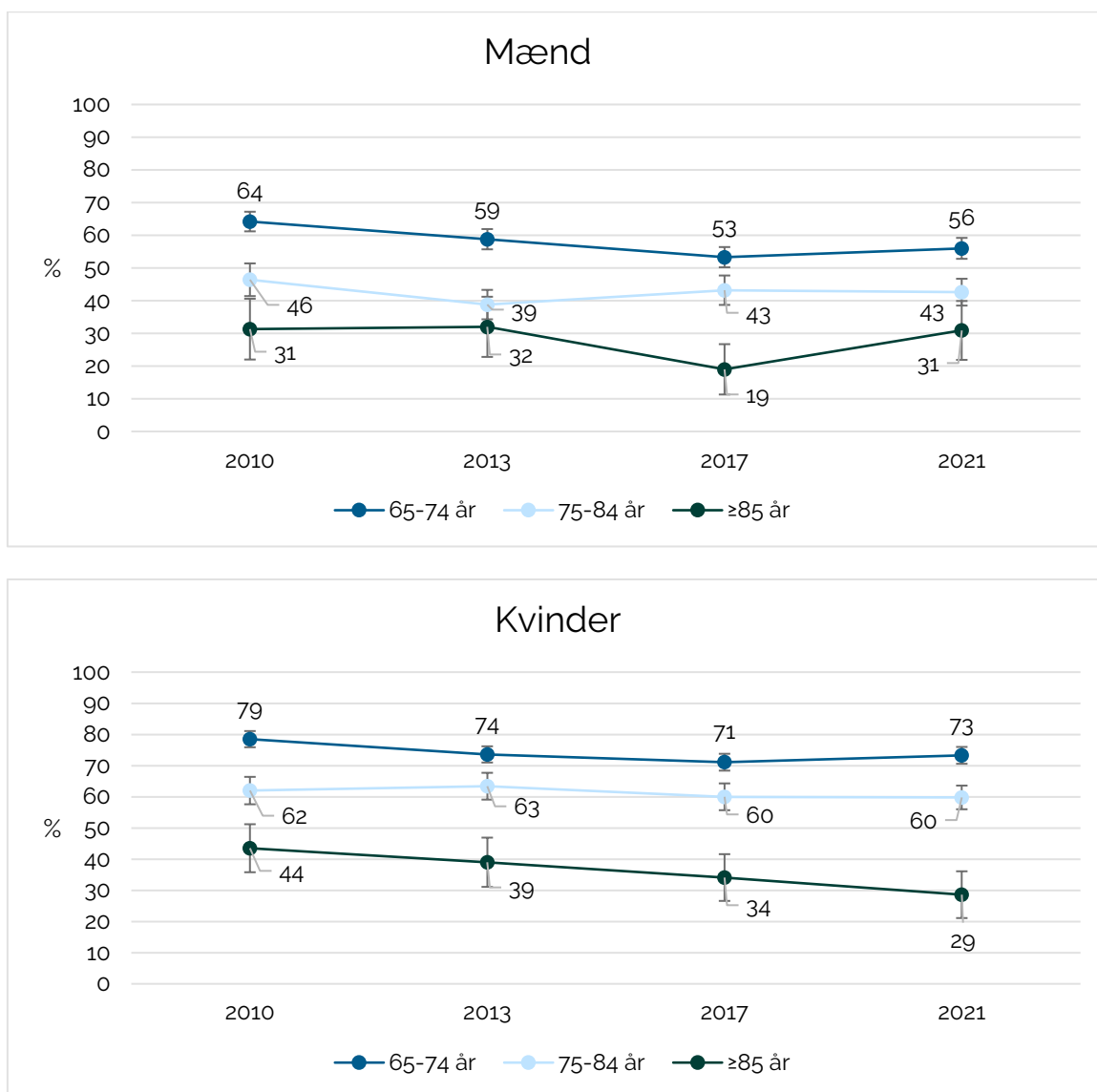
Figur 5.2.1 viser udviklingen i andelen, der uden besvær kan læse en almindelig avisartikel fra 2010 til 2021. For mændene ses en faldende tendens over årene blandt de 65-74-årige, og ingen nævneværdig udvikling blandt de 75-84-årige eller blandt de ≥85-årige. Blandt kvinder ses ingen nævneværdig udvikling blandt de 65-74-årige og de 75-84-årige og et fald i andelen blandt de ≥85-årige fra 2013-2017, som fortsætter frem mod 2021.

**Figur 5.2.1. Andel, der uden besvær kan læse en almindelig avisartikel, fordelt på køn og aldersgruppe. 2010-2021.**



Andele af ældre, der uden besvær kan høre, hvad der bliver sagt under en normal samtale mellem 3 personer eller flere, er faldet i alle aldersgrupper og for begge køn fra 2010 til 2017 og herefter stagneret frem mod 2021 i aldersgrupperne 65-74 år og 75-84 år. Hvor der for kvinder  $\geq 85$  år ses et fortsat fald frem mod 2021, ses en stigning blandt mænd fra 19 % i 2017 til 31 % i 2021, som er på niveau med andelen i 2010 og 2013 (figur 5.2.2).

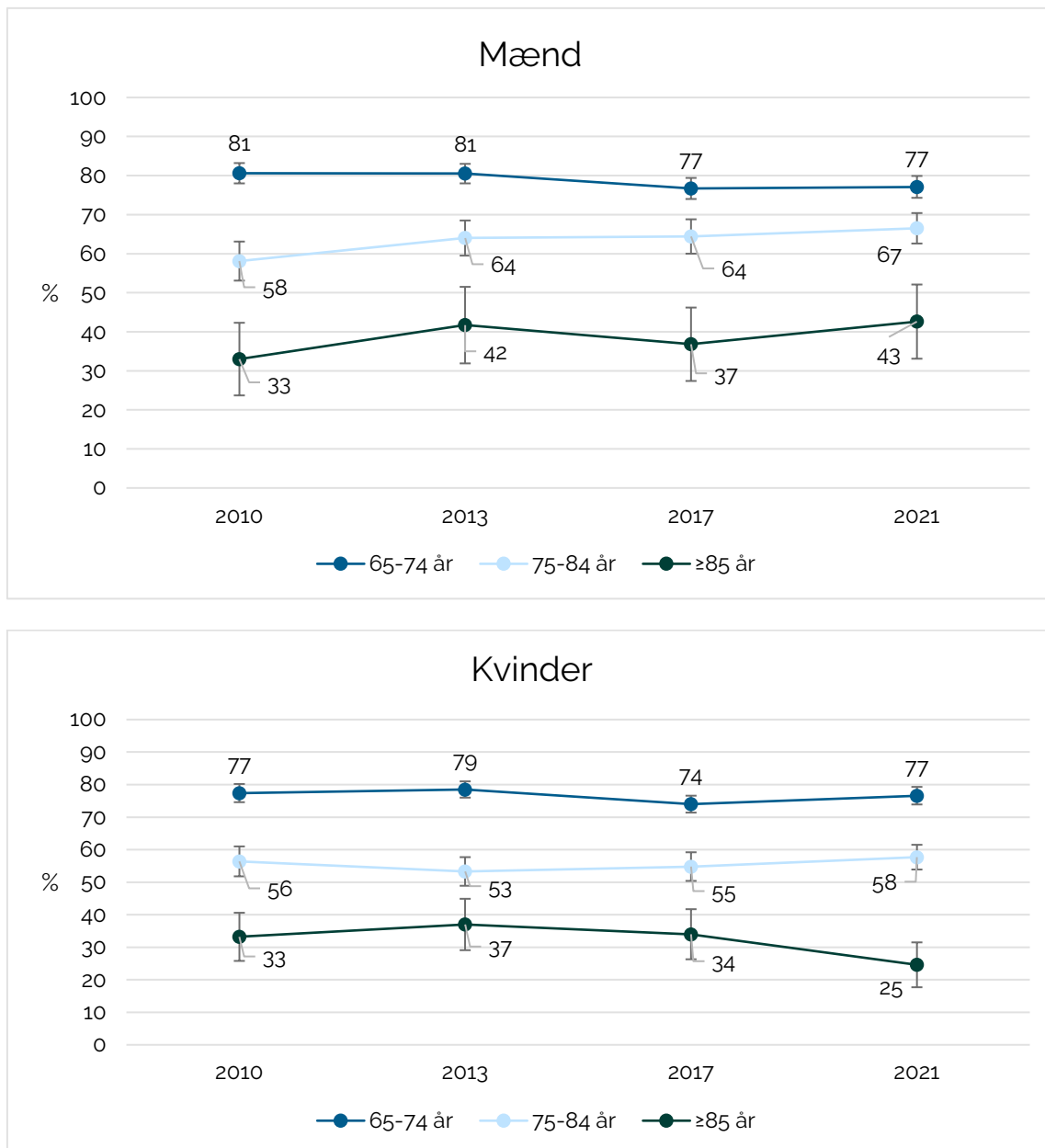
**Figur 5.2.2. Andel, der uden besvær kan høre, hvad der bliver sagt under en normal samtale mellem 3 eller flere personer, fordelt på køn og aldersgruppe. 2010-2021.**



Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2010-2021.

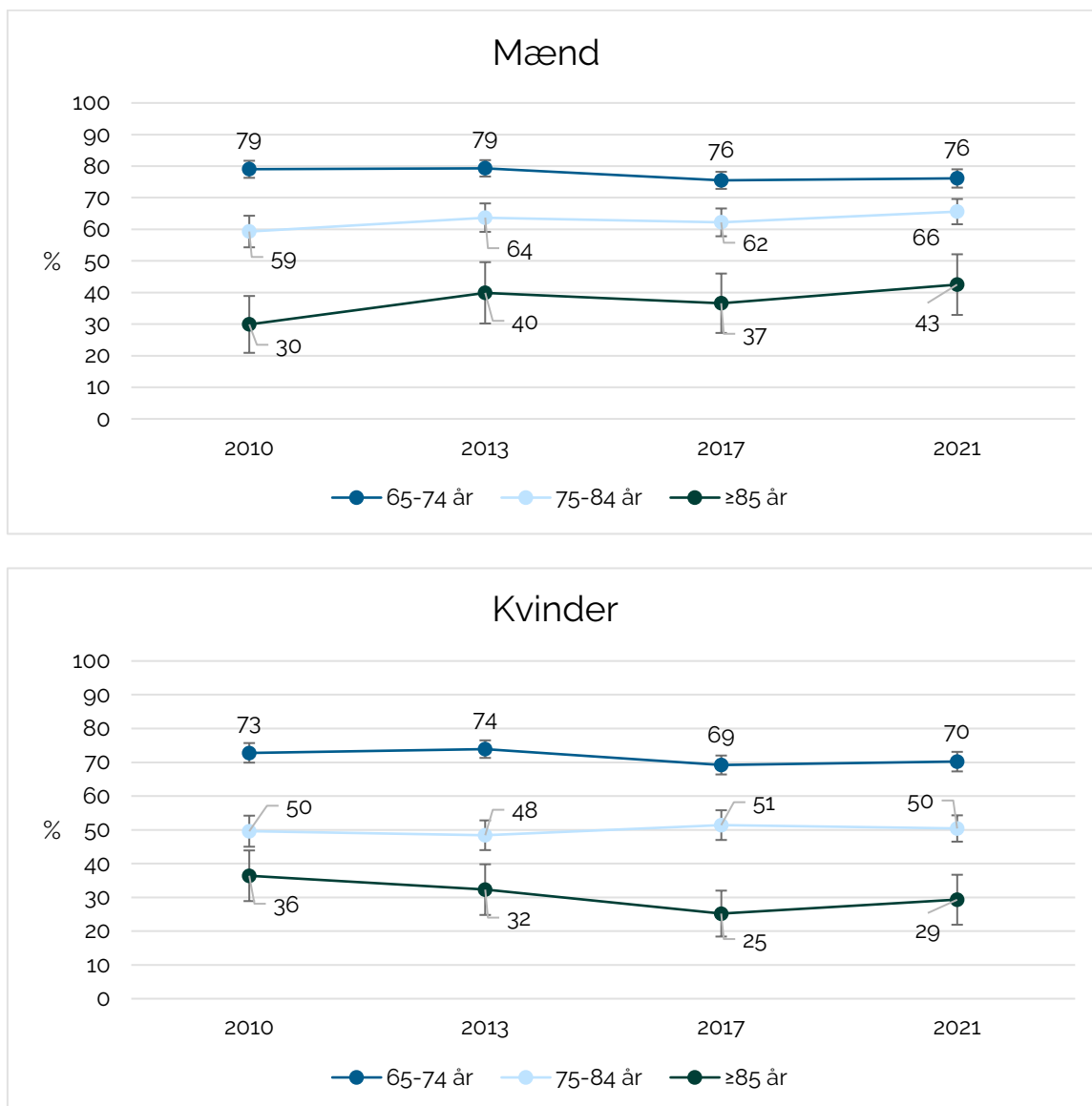
I figur 5.2.3 ses det, at blandt mænd er andelen, der uden besvær kan gå 400 meter uden hvile, steget blandt de 75-84-årige og de ≥85-årige. Derimod er andelen blandt 65-74-årige mænd faldet fra 81 % i 2013 til 77 % i 2017, hvorefter den har ligget stabilt frem mod 2021. Blandt kvinder ses ingen nævneværdig udvikling blandt de 65-74-årige og 75-84-årige, og et fald fra 2013 (37 %) til 2021 (25 %) blandt de ≥85-årige.

**Figur 5.2.3. Andel, der uden besvær kan gå 400 meter uden hvile, fordelt på køn og aldersgruppe. 2010-2021.**



Figur 5.2.4 viser andelen, der uden besvær kan gå en etage op eller ned ad en trappe uden hvile. Blandt mænd i aldersgruppen 65-74 år ses et svagt fald fra 79 % i 2010 til 76 % i 2021. For mænd i aldersgruppen 75-84 år ses en stigning fra 59 % i 2010 til 66 % i 2021, mens der i aldersgruppen ≥85 år ses en stigning fra 30 % i 2010 til 43 % i 2021. Blandt kvinder ses et svagt fald fra 73 % til 70 % i aldersgruppen 65-74 år, ingen nævneværdig udvikling i aldersgruppen 75-84 år, mens der ses et fald blandt de ≥85-årige fra 36 % i 2010 til 29 % i 2021.

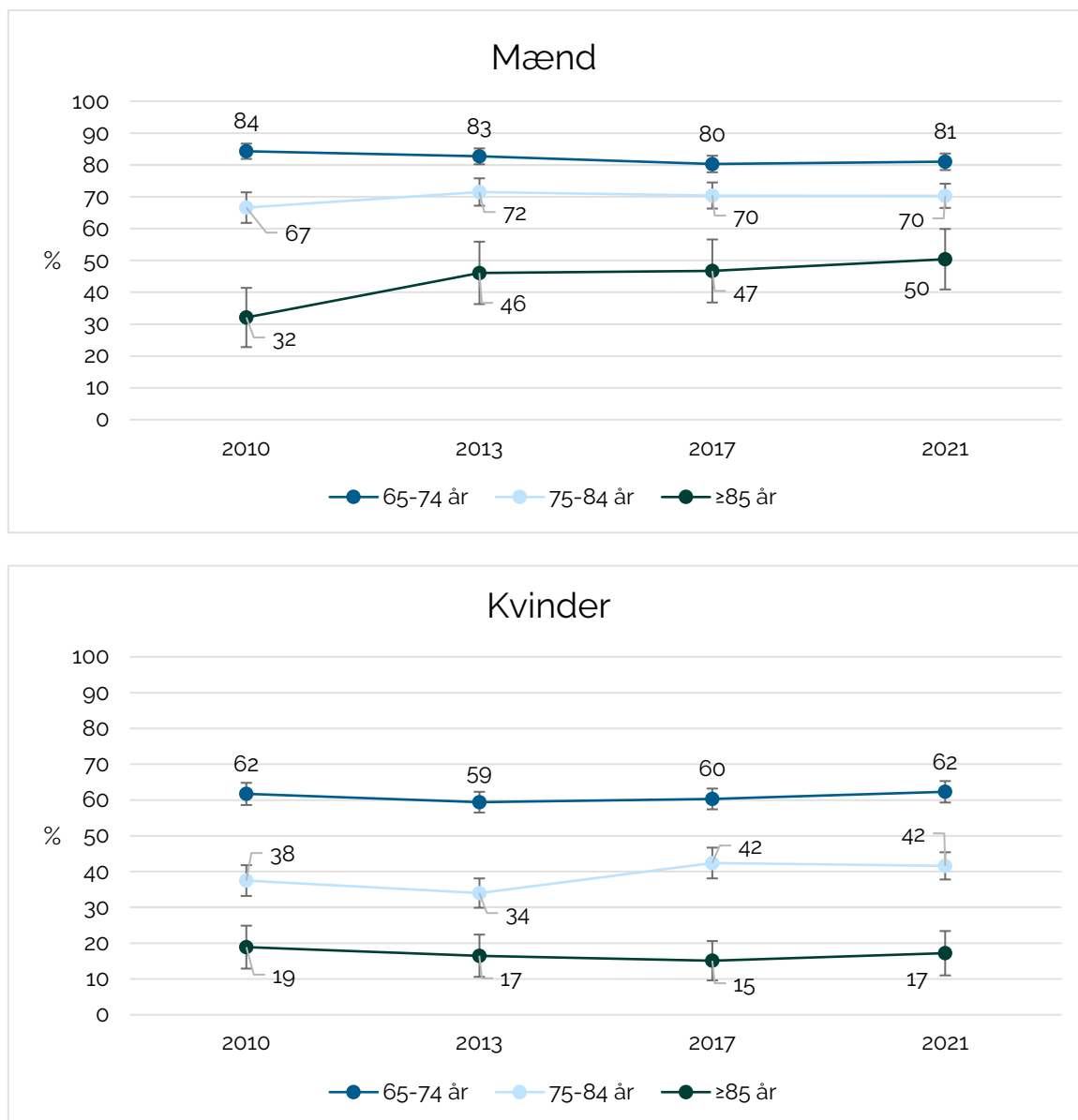
**Figur 5.2.4. Andel, der uden besvær kan gå en etage op eller ned ad en trappe uden hvile, fordelt på køn og aldersgruppe. 2010-2021.**



Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2010-2021.

Andelen, der uden besvær kan bære 5 kg, er steget fra 2010-2013, mens der fra 2013 ikke er sket nogen nævneværdig udvikling blandt mænd i aldersgrupperne 75-84 år og ≥85 år. Blandt mænd mellem 65-74 år er der sket et svagt fald i perioden fra 84 % i 2010 til 81 % i 2021 (figur 5.2.5). For kvinder ses ingen nævneværdig udvikling i aldersgrupperne 65-74 år og ≥85 år. Blandt kvinder mellem 75-84 år ses en stigning fra 34 % i 2013 til 42 % i 2017 og herefter en stagnation.

**Figur 5.2.5. Andelen, der uden besvær kan bære 5 kg, fordelt på køn og aldersgruppe. 2010-2021.**



Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2010-2021.



## 5.3 Fysisk og mentalt helbred

Der findes flere forskellige spørgeskemaer, der kan anvendes til beskrivelse af befolkningens selv vurderede fysiske og mentale helbredstilstand. I denne undersøgelse anvendes SF-12 spørgeskemaet. SF står for Short Form, og spørgeskemaet består af 12 spørgsmål, som belyser svarpersonernes helbredstilstand inden for de seneste fire uger i forhold til helbredsrelaterede begrænsninger i fysisk funktion, social funktion og mentalt velbefindende (13).

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

Ud fra besvarelserne på de 12 spørgsmål er det muligt at beregne en samlet score for to generelle helbreds-komponenter – henholdsvis en fysisk helbreds-komponent og en mental helbreds-komponent. For begge helbreds-komponenter gælder det, at jo højere score, desto bedre helbredsstatus. Standardafgrænsningen af dårligt fysisk helbred er en score på 35,37 og for dårligt mentalt helbred 35,76 (6), som i 2010 svarede til de 10 % med den laveste score blandt deltagerne i Den Nationale Sundhedsprofil. Hvis svarpersoner har en score under disse værdier, kategoriseres de som at have henholdsvis dårligt fysisk helbred og dårligt mentalt helbred. Det betyder, at definitionen af en lav score på henholdsvis den mentale og fysiske helbreds-kala ikke baserer sig på en klinisk begrundet grænseværdi for skalaen, men er et udtryk for en relativ grænseværdi. Således er det ikke så væsentligt at fokusere på absolutte hyppigheder i de følgende opgørelser, men derimod på udviklingen over tid i forekomsten af personer med en lav score på henholdsvis den mentale og fysiske helbreds-kala.

### Fysisk helbred

I tabel 5.3.1 vises andelen, der har en lav score på den fysiske helbreds-kala, blandt personer på 65 år eller derover. Andelen, der har en lav score på den fysiske helbreds-kala, er større blandt kvinder end blandt mænd i alle aldersgrupper. Det fremgår endvidere, at andelen stiger markant med stigende alder for både mænd og kvinder.

**Tabel 5.3.1. Andel med en lav score på den fysiske helbreds-kala, fordelt på køn og aldersgruppe. 2021. Procent og antal svarpersoner.**

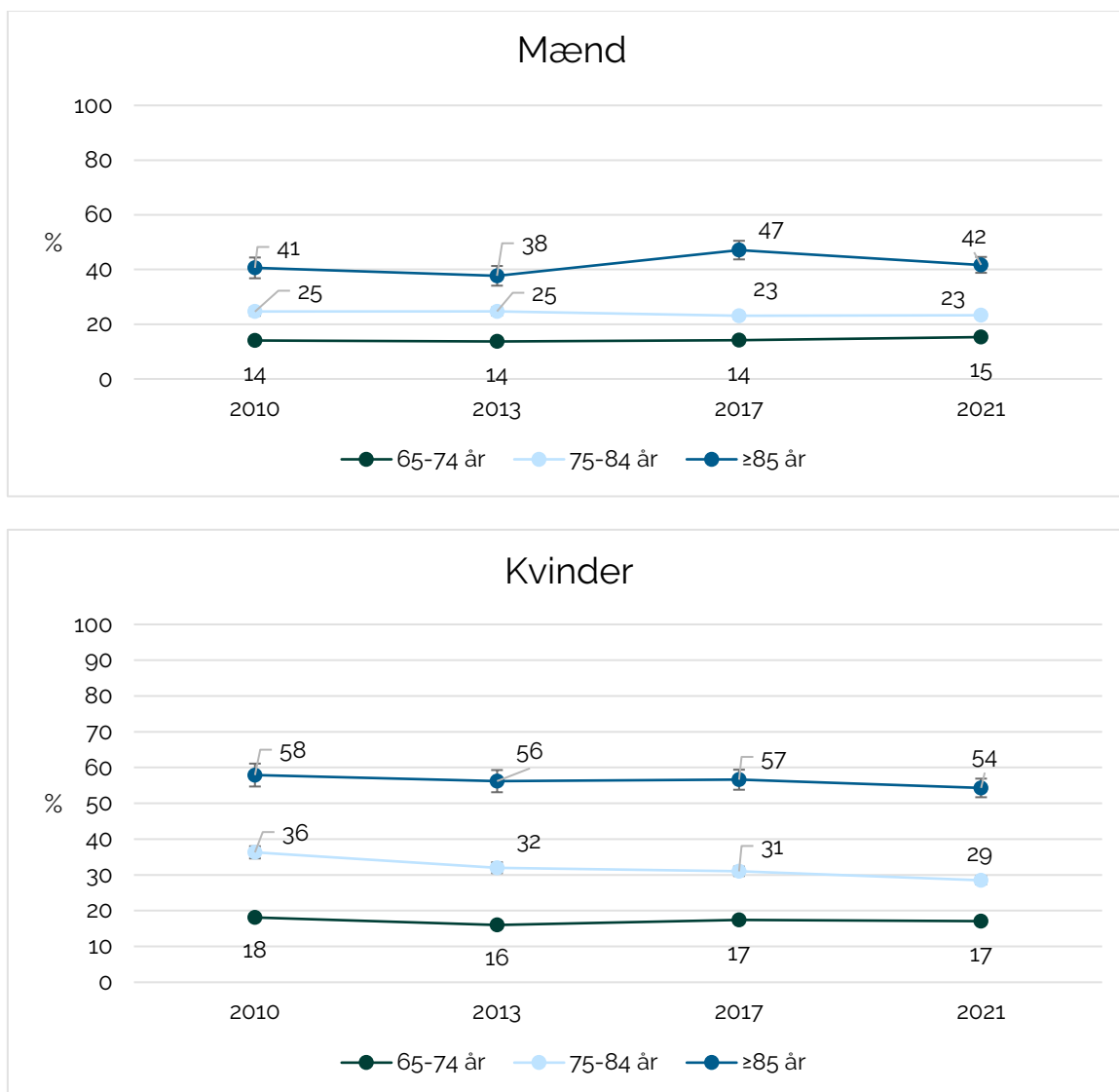
	65-74 år	75-84 år	≥85 år	I alt
<b>Mænd</b>				
Procent	15,3	23,3	41,7	19,8
Antal svarpersoner	14.953	8.676	1.408	25.037
<b>Kvinder</b>				
Procent	17,1	28,5	54,3	24,7
Antal svarpersoner	15.904	8.797	1.815	26.516

*Den Nationale Sundhedsprofil 2021*

Der er ingen nævneværdig udvikling i andelen med en lav score på den fysiske helbreds-kala i perioden 2010 til 2021 blandt de 65-75-årige og ≥85-årige mænd (figur 4.3.1). Udviklingen er ligeledes stabil fra 2010 til 2021 for de ≥85-årige, men med udsving i 2017. Overordnet ses et svagt fald i andelen med en lav score på den fysiske helbreds-kala blandt kvinder over tid, mest udtalt blandt de 75-84-årige, mens der ikke er

nogen nævneværdig udvikling i andelen med en lav score på den fysiske helbredsskala i perioden 2010 til 2021 blandt de 65-74-årige (figur 5.3.1).

**Figur 5.3.1. Andel med en lav score på den fysiske helbredsskala, fordelt på køn og aldersgruppe. 2010-2021.**



## Mentalt helbred

Tabel 5.3.2 viser andelen af ældre på 65 år eller derover, der har en lav score på den mentale helbredsskala. Det fremgår, at andelen stiger med stigende alder for både mænd og kvinder. I alle aldersgrupper er andelen med en lav score på den mentale helbredsskala større blandt kvinder end blandt mænd.

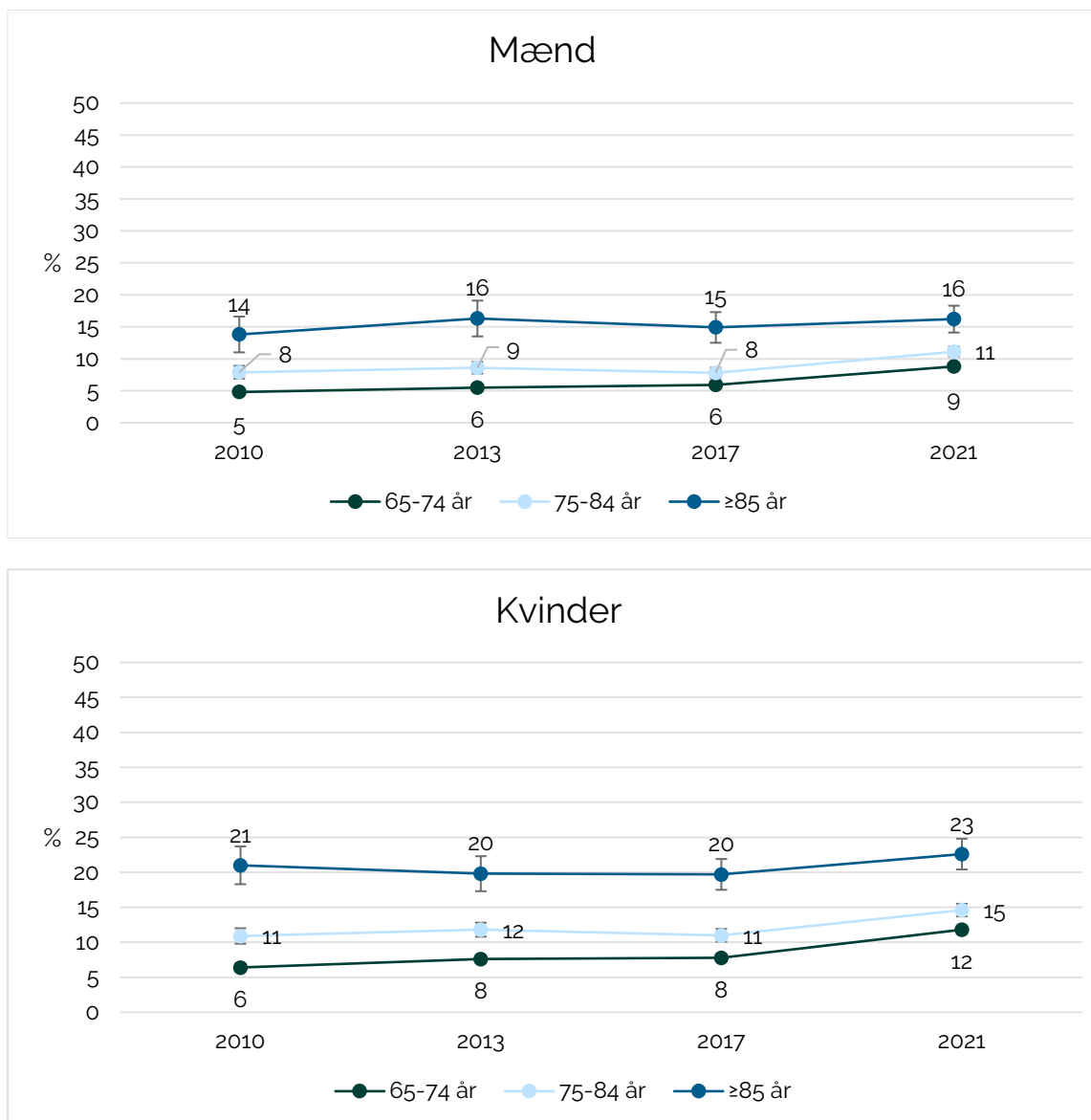
**Tabel 5.3.2. Andel med en lav score på den mentale helbredsskala, fordelt på køn og aldersgruppe. 2021. Procent og antal svarpersoner.**

	65-74 år	75-84 år	≥85 år	I alt
<b>Mænd</b>				
Procent	8,8	11,1	16,2	10,0
Antal svarpersoner	14.953	8.676	1.408	25.037
<b>Kvinder</b>				
Procent	11,8	14,6	22,6	13,8
Antal svarpersoner	15.904	8.797	1.815	26.516

*Den Nationale Sundhedsprofil 2021*

Udviklingen i andelen, der har en lav score på den mentale helbredsskala, vises i figur 5.3.2. Overordnet ses der ingen nævneværdig udvikling i de tre aldersgrupper i perioden fra 2010 til 2017, hverken blandt mænd eller blandt kvinder, mens der frem mod 2021 ses en svag stigning af andelen med en lav score på den mentale helbredsskala i alle aldersgrupper og mest udtalt blandt kvinder. Det vides ikke, i hvor høj grad denne stigning skyldes, at data er indsamlet i 2021, mens en række restriktioner og anbefalinger stadig var gældende for at begrænse smitte med covid-19. Disse restriktioner og begrænsninger kan have medført bekymringer og isolation og have påvirket det mentale helbred blandt ældre.

**Figur 5.3.2. Andel med en lav score på den mentale helbredsskala, fordelt på køn og aldersgruppe. 2010-2021.**



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

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

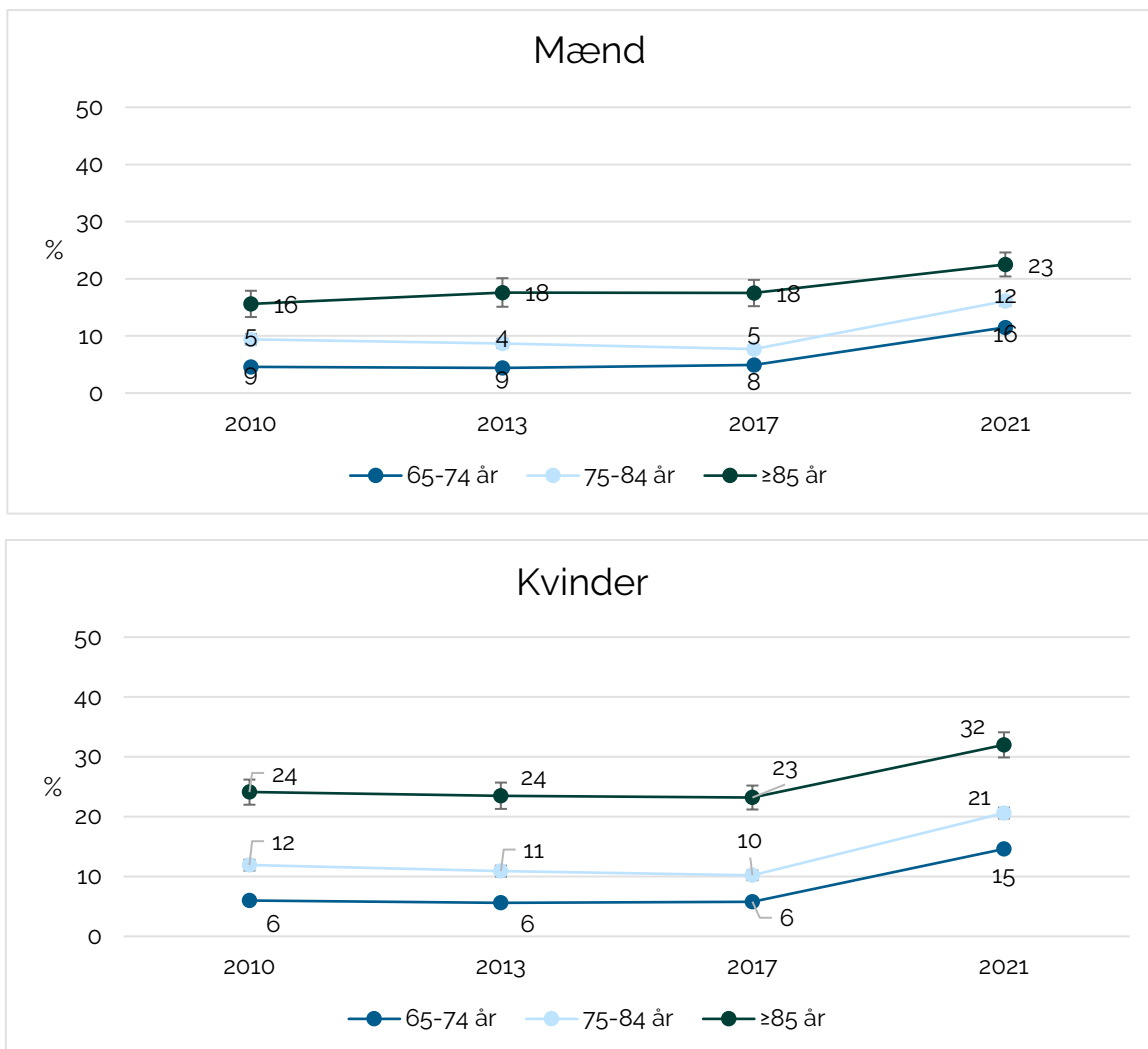
**Tabel 5.4.1. Andelen, der har vanskeligt ved at se andre på grund af fysisk helbred eller følelsesmæssige problemer, fordelt på køn og aldersgruppe. 2021. Procent og antal svarpersoner.**

	65-74 år	75-84 år	≥85 år	I alt
<b>Mænd</b>				
Procent	11,5	16,1	22,5	14,0
Antal svarpersoner	15.993	9.880	1.838	27.711
<b>Kvinder</b>				
Procent	14,6	20,6	32,0	18,7
Antal svarpersoner	17.432	10.762	2.491	30.685

*Den Nationale Sundhedsprofil 2021*

Figur 5.4.1 viser udviklingen i andelen, der hele tiden eller det meste af tiden har oplevet, at ens fysiske helbred eller følelsesmæssige problemer har gjort det vanskeligt at se andre mennesker, fra 2010 til 2021. Det ses, at for alle aldersgrupper og begge køn har der ikke været nogen nævneværdig udvikling fra 2010-2017, mens der frem mod 2021 ses en væsentlig stigning. Denne stigning må ses i lyset af, at data er indsamlet i 2021, mens en række restriktioner og anbefalinger stadig var gældende for at begrænse smitte med covid-19.

**Figur 5.4.1. Andelen, der har vanskeligt ved at se andre på grund af fysisk helbred eller psykiske problemer, fordelt på køn og aldersgruppe. 2010-2021.**



## 5.5 Trist til mode

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

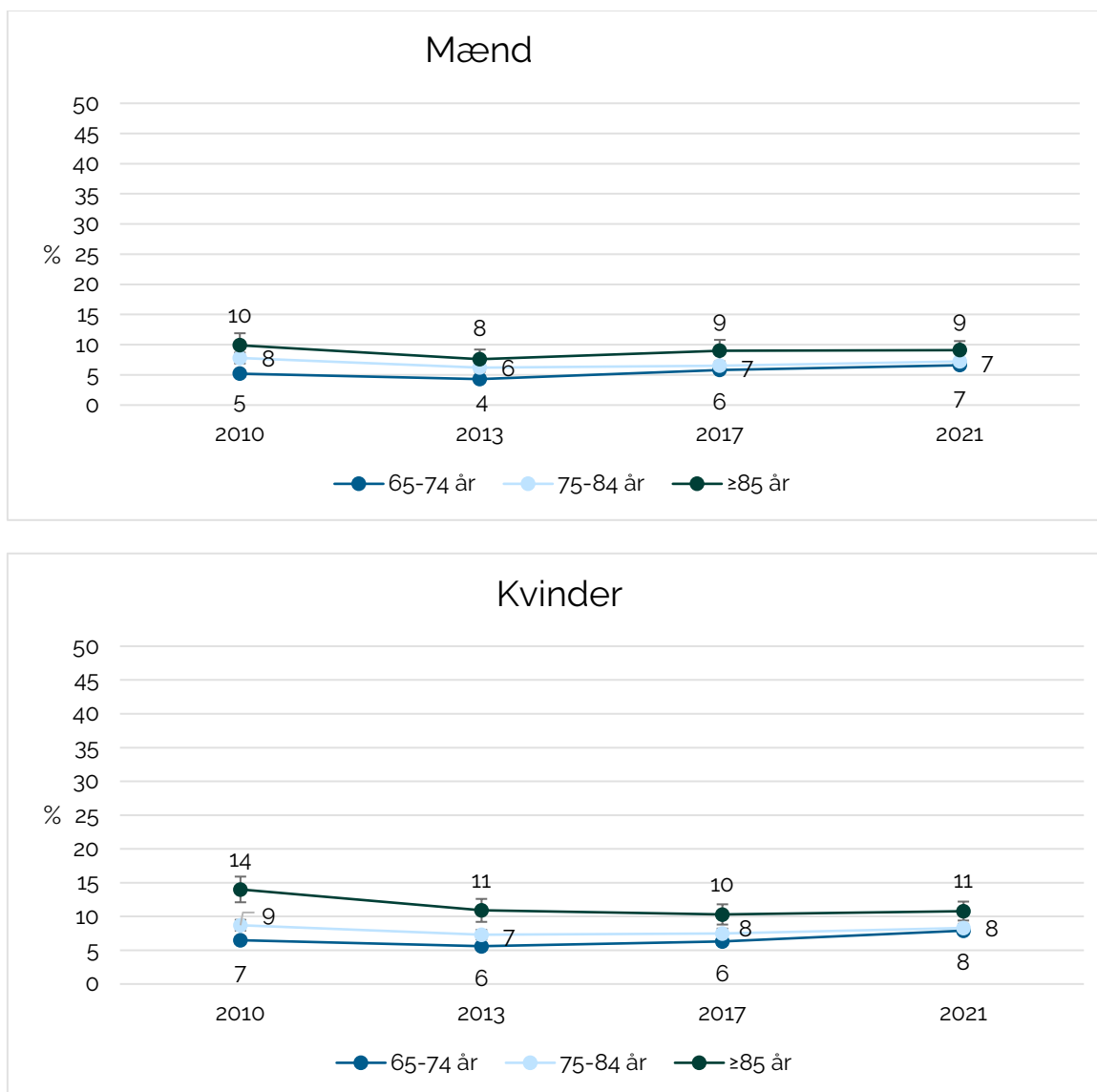
**Tabel 5.5.1. Andel, der hele tiden eller det meste af tiden har følt sig trist til mode inden for de seneste fire uger, fordelt på køn og aldersgruppe. 2021. Procent og antal svarpersoner.**

	65-74 år	75-84 år	≥85 år	I alt
<b>Mænd</b>				
Procent	6,6	7,2	9,1	7,0
Antal svarpersoner	15.924	9.741	1.772	27.437
<b>Kvinder</b>				
Procent	7,9	8,3	10,8	8,3
Antal svarpersoner	17.354	10.562	2.392	30.308

*Den Nationale Sundhedsprofil 2021*

Udviklingen i andelen, der hele tiden eller det meste af tiden har følt sig trist til mode, fremgår af figur 5.5.1. Der ses ingen nævneværdig udvikling fra 2010 til 2021.

**Figur 5.5.1. Andel, der hele tiden eller det meste af tiden har følt sig trist til mode indenfor de seneste fire uger, fordelt på køn og aldersgruppe. 2010-2021.**





## 5.6 Højt stressniveau

Stress kan beskrives som en kortere- eller længerevarende tilstand karakteriseret ved anspændthed og ulyst, og stress kan påvirke både fysisk og mentalt helbred (14). Oplevelsen af stress er subjektiv, og selvom stress ikke i sig selv defineres som en sygdom, er længerevarende stress en risikofaktor for forskellige tilstande og sygdomme (15). Graden af stress og eventuelle helbredsmæssige følgevirkninger afhænger blandt andet af belastningens styrke og varighed samt af de personlige ressourcer. Længevarende stress eller meget stærke belastninger kan medføre stressbetinget sygdom som for eksempel hjertekarsygdom og depression (16, 17, 18). I denne rapport er stressniveauet målt ved Cohens Perceived Stress Scale, PSS, som er en valideret stressskala (19). Skalaen består af 10 spørgsmål, der handler om, i hvilket omfang svarpersonen inden for de seneste fire uger har oplevet sit liv som uforudsigeligt, ukontrollerbart eller belastende, og om svarpersonen føler sig nervøs eller stresset (19). En høj score på stressskalaen er i denne undersøgelse defineret ved at tage de 20 % blandt mænd og kvinder, der oplevede det højeste niveau af stress i Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen i 2010 (en score på 18 eller derover) (12). Det betyder, at definitionen af en høj score på stressskalaen ikke baserer sig på en klinisk begrundet grænseværdi for skalaen, men på en relativ grænseværdi.

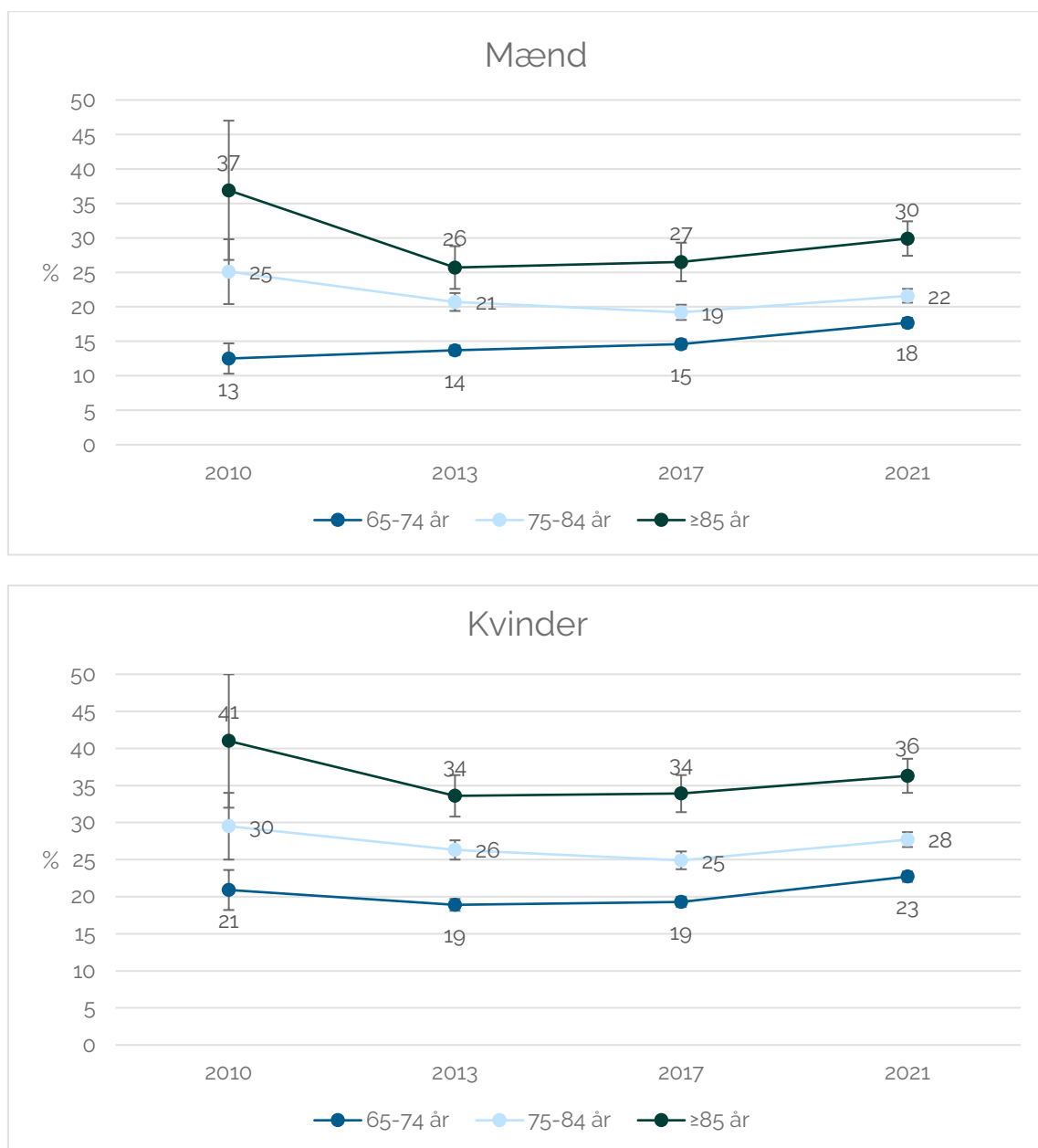
I tabel 5.6.1 præsenteres andelen, der er karakteriseret som at have en høj score på stressskalaen, opdelt på køn og aldersgruppe. Det fremgår af tabellen, at andelen med en høj score på stressskalaen er størst i aldersgruppen 85 år eller derover og mindst blandt de 65-74-årige, både blandt mænd og blandt kvinder. En større andel kvinder end mænd har en høj score på stressskalaen i alle aldersgrupper.

**Tabel 5.6.1. Andel med en høj score på stressskalaen, fordelt på køn og aldersgruppe. 2021. Procent og antal svarpersoner.**

	65-74 år	75-84 år	≥85 år	I alt
<b>Mænd</b>				
Procent	17,7	21,6	29,9	19,9
Antal svarpersoner	15.513	9.382	1.602	26.497
<b>Kvinder</b>				
Procent	22,7	27,7	36,3	25,9
Antal svarpersoner	16.764	9.831	2.123	28.718

Udviklingen i perioden 2010 til 2021 i andelen med en høj score på stressskalaen fremgår af figur 5.6.1. Der ses et fald i andelen med en høj score på stressskalaen fra 2010 til 2013, ingen nævneværdig udvikling fra 2013 til 2017 og en stigning fra 2017 til 2021 i alle aldersgrupper og blandt begge køn, med undtagelse af mænd mellem 65-74 år, hvor der ses en stigning fra 2010-2021. Resultaterne for 2010 kommer fra Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen, som inkluderer færre deltagere end i Den Nationale Sundhedsprofil. Resultaterne herfra er derfor noget mere usikre, hvilket illustreres af de bredere konfidensintervaller.

**Figur 5.6.1. Andel med en høj score på stressskalaen, fordelt på køn og aldersgruppe. 2010-2021.**



Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2010 og Den Nationale Sundhedsprofil 2013-2021.

## 5.7 Tandsundhed

Tand- og mundsundhed er en integreret del af det generelle helbred og vigtigt for livskvaliteten, eksempelvis i forbindelse med fødeindtagelse, psykisk velbefindende og social kontakt (20). Caries og parodontale sygdomme samt tandtab som følge heraf udgør fortsat den største andel af tandsygdomme i Danmark (21). Endvidere tyder studier på, at der også er direkte årsagssammenhænge mellem forskellige kroniske sygdomme og mundens sygdomme, eksempelvis mellem type 2-diabetes og alvorlig parodontose, hvor sammenhængen går begge veje (22, 23). Tandsundhed kan ligeledes ses som en markør på ældres generelle helbred, da tandsundhed er relateret til generel sundhedsadfærd (eksempelvis rygning og kost) og en række helbredsudfald, herunder funktionsnedsættelse (24, 25). At tabe tænder er en individuel risikofaktor for sygdom og død og kan være tegn på en accelereret aldringsproces (24). Et funktionelt tandsæt er tidlige blevet karakteriseret ved 20 eller flere naturlige tænder tilbage (21). I tabel 5.7.1 ses andelen med 20 eller flere egne tænder tilbage opdelt på køn og alder. Det fremgår, at andelen falder markant med stigende alder for både mænd og kvinder.

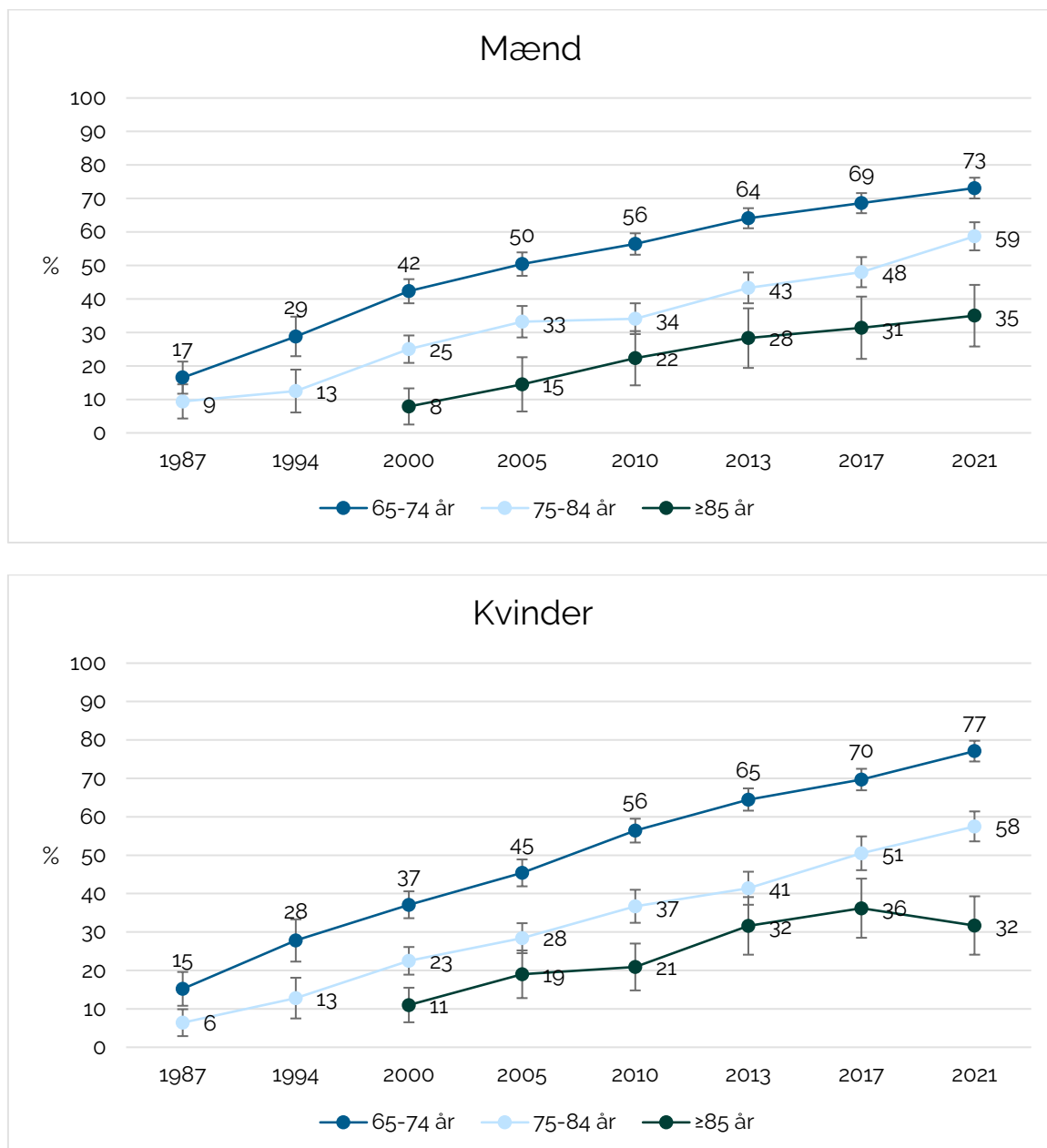
**Tabel 5.7.1. Andel med 20 eller flere egne tænder tilbage, fordelt på køn og aldersgruppe. 2021. Procent og antal svarpersoner.**

	65-74 år	75-84 år	≥85 år	I alt
<b>Mænd</b>				
Procent	73,1	58,7	35,0	65,5
Antal svarpersoner	1.017	633	125	1.775
<b>Kvinder</b>				
Procent	77,1	57,5	31,7	65,6
Antal svarpersoner	1.138	723	155	2.016

*Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2021*

Udviklingen i perioden 1987-2021 i andelen blandt ældre med 20 eller flere egne tænder tilbage ses i figur 5.7.1. Siden 1987 er andelen steget markant både blandt mænd og blandt kvinder. Der er således sket en klar forbedring af tandsundheden de sidste 30 år. I 1987 og 1994 er der relativt få svarpersoner blandt mænd og kvinder i aldersgruppen 85 år eller derover, og andelen vises derfor ikke.

**Figur 5.7.1. Andel med 20 eller flere egne tænder tilbage, fordelt på køn og aldersgruppe. 1987-2021.**



Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 1987-2021.

### Regelmæssige tandeftersyn

Regelmæssige besøg hos tandlægen med korte intervaller for eftersyn af tænderne muliggør tidlig opsporing af såvel tand- og mundsygdomme som andre underliggende kroniske sygdomme (21). Dermed har regelmæssige tandlægebesøg bredere implikationer for folkesundheden end de, der alene knytter sig til befolkningens tandsundhed (20). I tabel 5.7.2 ses andelen, der regelmæssigt har været til tandeftersyn, her defineret som andelen, der i løbet af de seneste fem år har været til tandlæge for eftersyn af tænderne med intervaller på mindre end 12 måneder. I tabellen ses, at andelen er forholdsvis ens blandt de 65-74-årige og de 75-84-årige, men er mindre blandt de ældre i aldersgruppen  $\geq 85$  år.

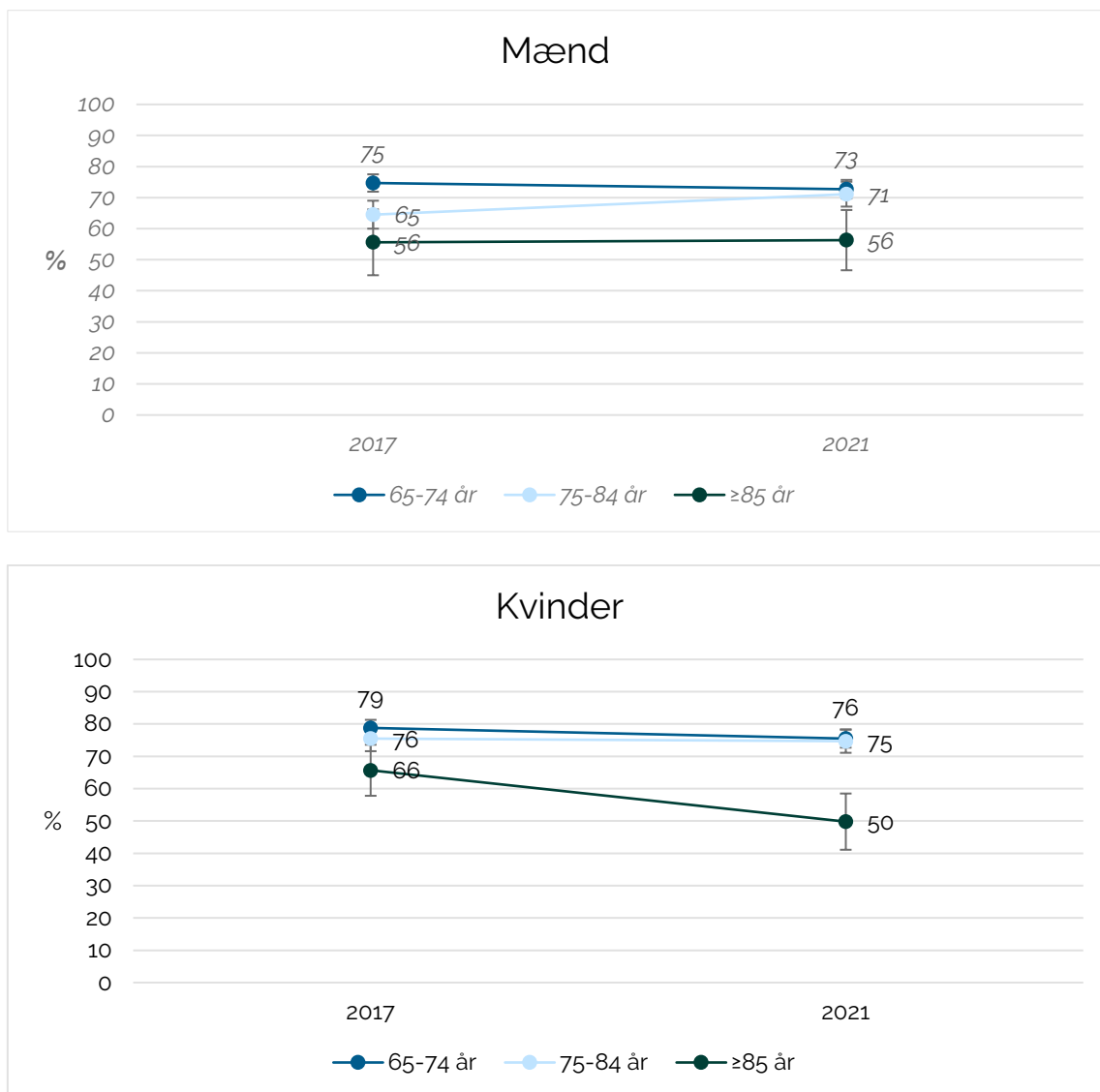
**Tabel 5.7.2. Andelen, der har været til regelmæssigt tandeftersyn, fordelt på køn og aldersgruppe. 2021. Procent og antal svarpersoner.**

	65-74 år	75-84 år	$\geq 85$ år	I alt
<b>Mænd</b>				
Procent	72,7	71,1	56,3	71,1
Antal svarpersoner	1.012	627	120	1.759
<b>Kvinder</b>				
Procent	75,5	74,7	49,8	73,0
Antal svarpersoner	1.130	707	145	1.982

Den Nationale Sundhedsprofil 2021

Spørgsmålet om regelmæssigt tandeftersyn blev modificeret i Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2017, og udviklingen over tid for denne indikator kan derfor kun følges fra 2017 og 2021. Figur 5.7.2 viser andelen, som regelmæssigt har været til tandeftersyn i 2017 og 2021. Blandt mænd har der ikke været nogen nævneværdig udvikling blandt de 65-74-årige og de ≥85-årige, mens der er sket en stigning blandt de 75-84-årige fra 65 % i 2017 til 71 % i 2021. Blandt kvinder ses et fald fra 79 % i 2017 til 76 % i 2021 blandt de 65-74-årige, ingen udvikling blandt de 75-84-årige og et fald blandt de ≥85-årige fra 66 % i 2017 til 50 % i 2021.

**Figur 5.7.2. Andelen, der har været til regelmæssigt tandeftersyn, fordelt på køn og aldersgruppe. 2017-2021.**



Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2017-2021.

## 6. Sundhedsadfærd og risikofaktorer

Sundhedsadfærd omfatter vaner og aktiviteter, der influerer på menneskets sundhed (26). Der kan være tale om både målrettede og bevidste handlinger, der udføres for at bevare eller forbedre sundheden eller for at undgå sygdom som eksempelvis at spise en sund og varieret kost eller dyrke motion. Men ligeledes om vanemæssig adfærd, som udføres uden egentlige overvejelser om de sundheds- eller helbredsmæssige konsekvenser, som eksempelvis aktiv transport (gang eller cykling) eller alkoholforbrug (27). De forskellige former for sundhedsadfærd kan påvirke sundhed og helbred både positivt og negativt. Er der tale om en positiv virkning, anvendes begreber som forebyggende og sundhedsfremmende virkning (28). Er der tale om negativ påvirkning, taler man om sundhedsadfærd som risikofaktorer (29). Mange af de vigtigste risikofaktorer for sygdomme som eksempelvis rygning, alkohol, kost, fysisk aktivitet og svær overvægt er de samme hele livet. Dog oplever ældre et generelt fald i fysisk og mental kapacitet, som kan forstærke eller ændre anbefalinger til sunde vaner, der kan forebygge sygdomme og funktionsevnetab.

I dette kapitel beskrives rygning – herunder andelen af personer, der ryger dagligt, og andelen, der ryger 15 eller flere cigaretter om dagen; alkoholforbrug – herunder andelen, der overskrider Sundhedsstyrelsen anbefalinger; kost – herunder andelen med et sundt og usundt kostmønster; fysisk aktivitet – herunder andelen, der er stillesiddende, samt undervægt og overvægt.

For tabeller, der viser ønske om adfærdsændringer blandt dem med usund adfærd, vises kun tal for aldersgrupperne 65-74 år og 75-84 år, da delpopulationerne bliver meget små i aldersgruppen 85 år og derover. I alt kolonnen indeholder stadig denne aldersgruppe.

### 6.1 Rygning

Rygning er den forebyggelige enkeltfaktor, der har størst betydning for folkesundheden i Danmark (30). Blandt mænd og kvinder, der ryger eller har røget, er der henholdsvis 7.504 og 8.416 ekstra dødsfald årligt i forhold til mænd og kvinder, der aldrig har røget (30). Rygning øger risikoen for en lang række alvorlige sygdomme, særligt lungekræft, KOL og hjertekarsygdom (30). Uanset hvor meget man ryger, er rygning relateret til en øget risiko for sygdom. Der er derved ingen sikker grænse, hvor rygning ikke medfører øget risiko for helbredsskader. Personer, der ryger 15 cigaretter eller flere om dagen, lever i gennemsnit 10-11 år kortere end personer, der aldrig har røget, mens personer, der ryger færre end 15 cigaretter om dagen, lever næsten seks år kortere end personer, der aldrig har røget (6). Risikoen for at udvikle sygdomme forbundet med rygning er afhængig af det ophobede tobaksforbrug gennem livet. Den skadelige virkning af tobakken på organismen kender ikke til aldersgrænser, derved øges risikoen for rygerelateret sygdom til stadighed, hvis rygningen fastholdes i de ældre år (31). Omvendt har også ældre mulighed for at mindske risikoen for sygdom og opnår gavnlige sundhedseffekter ved et rygestop (31).

Andelen af personer, der ryger dagligt, og personer, der ryger 15 eller flere cigaretter om dagen, falder med stigende alder (tabel 6.1.1). Blandt mænd stiger andelen af personer, der tidligere har røget, med stigende alder. Blandt kvinder falder andelen af personer, der tidligere har røget, fra 41,8 % blandt de 65-74-årige til ca. 35 % i de to ældste aldersgrupper (75-84-årige og ≥85-årige). Blandt kvinder stiger andelen af personer, der aldrig har røget, med stigende alder, mens den blandt mænd er forholdsvis ens i de tre aldersgrupper (ca. 31 %).

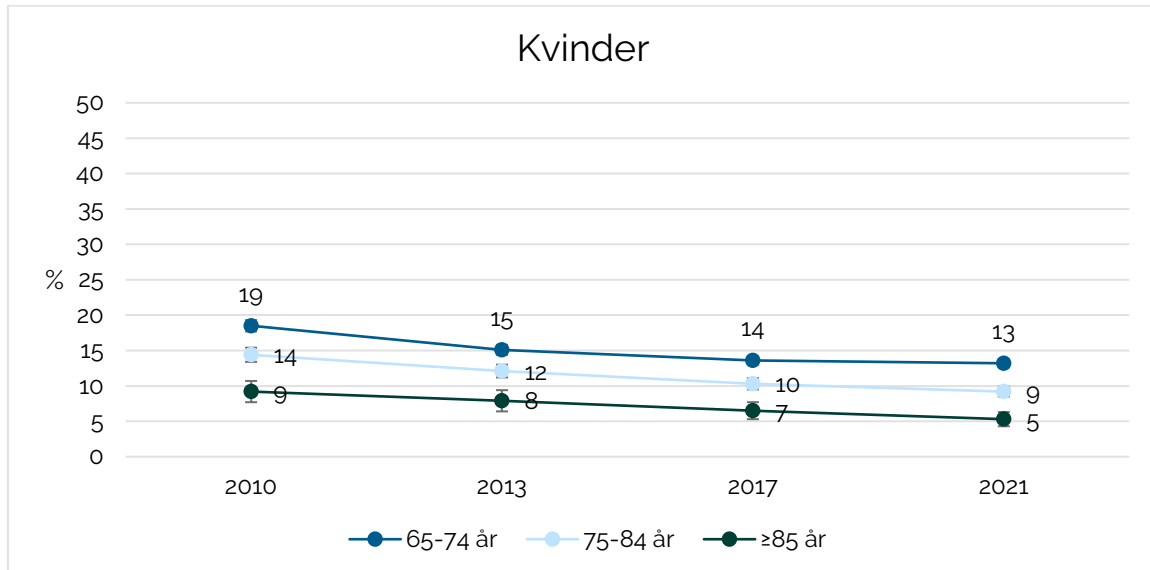
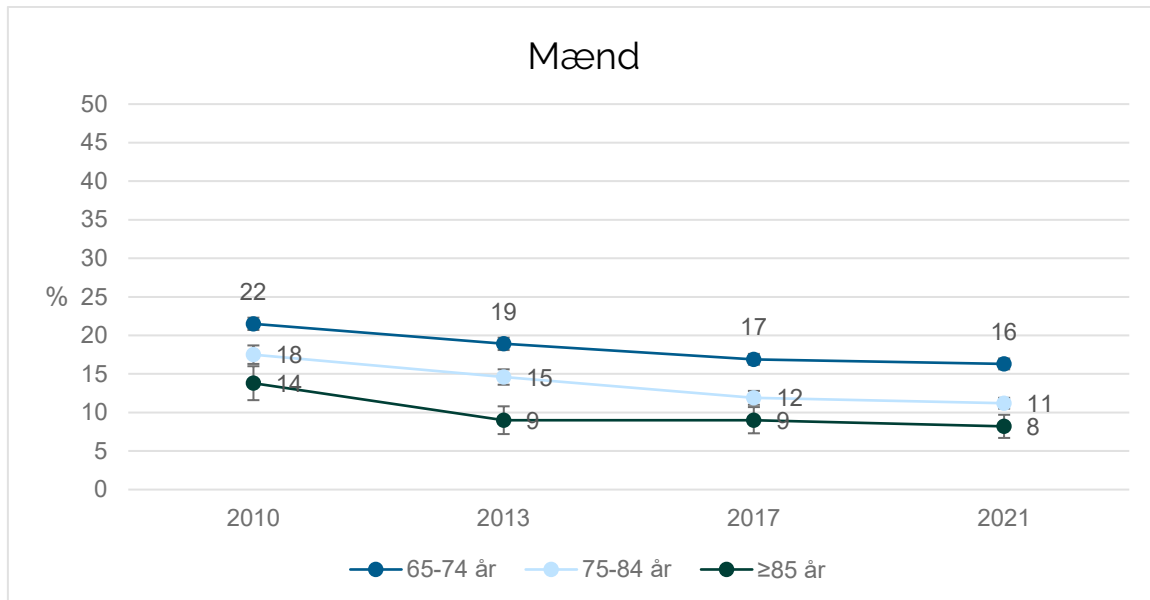
Tabel 6.1.1. Rygestatus, fordelt på køn og aldersgruppe. 2021. Procent og minimum antal svarpersoner.

	65-74 år	75-84 år	≥85 år	I alt
<b>Mænd</b>				
Ryger dagligt	16,3	11,2	8,2	13,8
Ryger 15 cigaretter eller flere om dagen	7,2	3,3	1,6	5,4
Tidligere har røget	48,5	53,4	55,3	50,8
Aldrig røget	31,3	31,8	31,1	31,5
Minimum antal svarpersoner	15.744	9.735	1.772	27.251
<b>Kvinder</b>				
Ryger dagligt	13,2	9,2	5,3	10,9
Ryger 15 cigaretter eller flere om dagen	4,7	2,4	1,2	3,4
Tidligere har røget	41,8	34,7	35,3	38,4
Aldrig røget	42,1	53,0	55,3	47,6
Minimum antal svarpersoner	17.255	10.554	2.421	30.230



I figur 6.1.1 ses, at andelen, der ryger dagligt, er faldet i alle tre aldersgrupper og for begge køn fra 2010 frem mod 2021.

**Figur 6.1.1. Andel, der ryger dagligt, fordelt på køn og aldersgruppe. 2010-2021.**



I tabel 6.1.2 vises andelen, der gerne vil holde op med at ryge, blandt mænd og kvinder, der ryger dagligt. Andelen falder både blandt mænd og kvinder med stigende alder, og samlet set ønsker godt halvdelen af ældre at holde op med at ryge. Næsten 2 ud af 3 blandt personer, der ryger dagligt, i aldersgruppen 65-74 år vil gerne holde op (62,6 % blandt mænd og 67,6 % blandt kvinder).

**Tabel 6.1.2 Andel, der gerne vil holde op med at ryge, blandt mænd og kvinder, der ryger dagligt, fordelt på køn og aldersgruppe. 2021. Procent og antal svarpersoner.**

	65-74 år	75-84 år	I alt
<b>Mænd</b>			
Procent	62,6	44,7	55,9
Antal svarpersoner	2.278	993	3.398
<b>Kvinder</b>			
Procent	67,6	50,9	60,5
Antal svarpersoner	2.051	888	3.062

Den Nationale Sundhedsprofil 2021

Andelen, som angiver, at de gerne vil holde op med at ryge, og som gerne vil have støtte og hjælp til at gennemføre det (eksempelvis rygestopkursus, støtte fra egen læge) fremgår af tabel 6.1.3. Andelen er større i aldersgruppen 65-74 år (40,1 % blandt mænd og 38,4 % blandt kvinder) end i aldersgruppen 75-84 år (ca. 34 % blandt både mænd og kvinder).

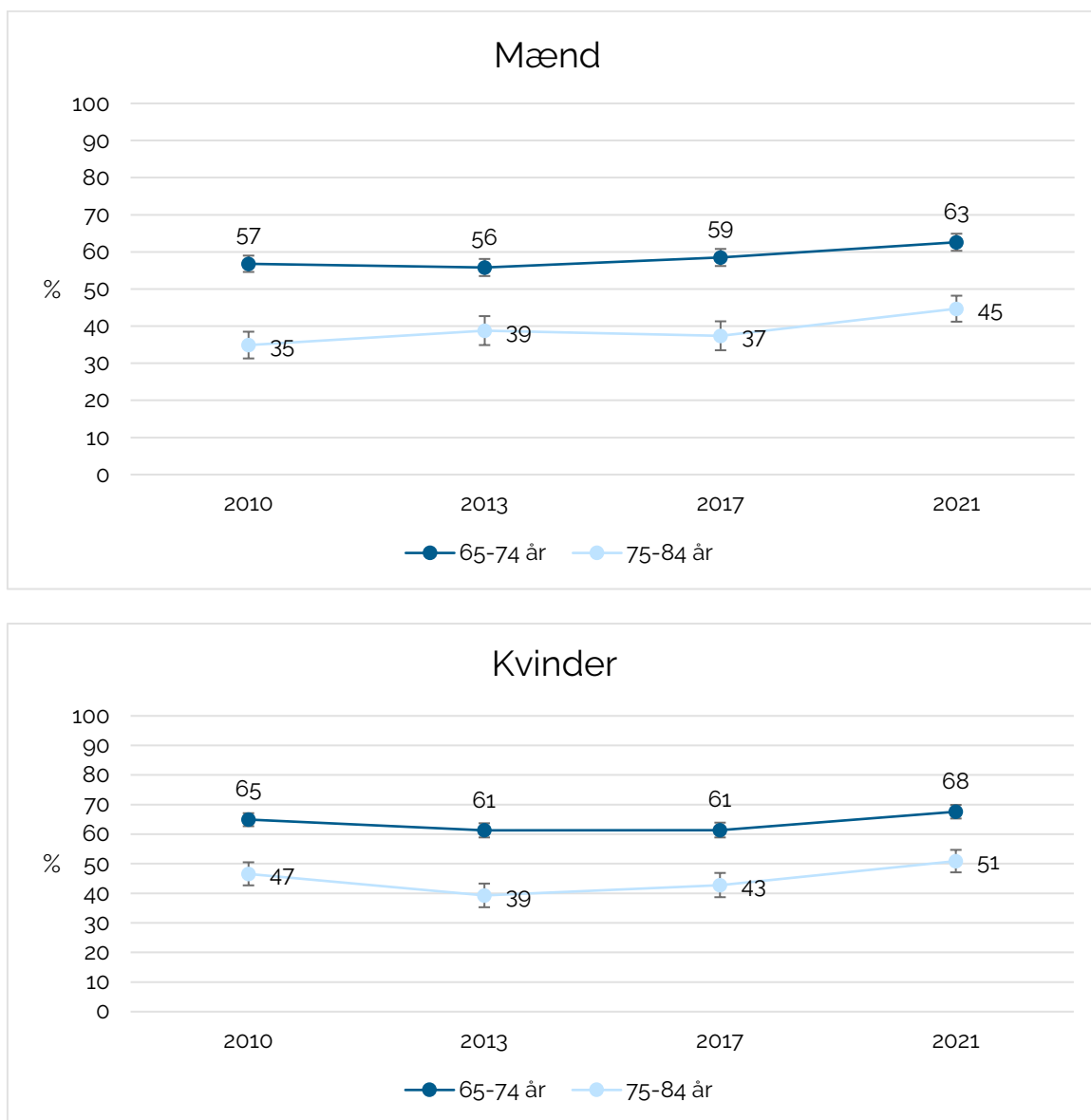
**Tabel 6.1.3 Andel, der gerne vil holde op med at ryge, og som gerne vil have støtte og hjælp til at gennemføre det, blandt mænd og kvinder, der ryger dagligt, fordelt på køn og aldersgruppe. 2021. Procent og antal svarpersoner.**

	65-74 år	75-84 år	I alt
<b>Mænd</b>			
Procent	40,1	33,8	38,3
Antal svarpersoner	1.578	514	2.127
<b>Kvinder</b>			
Procent	38,4	33,9	37,1
Antal svarpersoner	1.521	489	2.044

Den Nationale Sundhedsprofil 2021

I figur 6.1.2 ses udviklingen i andel, der ryger, og som gerne vil holde op med at ryge. I aldersgruppen 65-74 år og 75-84 år ses en stigning i andelen, der gerne vil holde op med at ryge, fra 2017 frem mod 2021 blandt både mænd og kvinder.

**Figur 6.1.2. Andel, der gerne vil holde op med at ryge, blandt mænd og kvinder, der ryger dagligt, fordelt på køn og aldersgruppe. 2010-2021.**



Tabel 6.1.4 viser andelen, som udsættes for passiv rygning. Tabellen viser, at hovedparten af ældre ikke udsættes for passiv rygning dagligt (i alt 79,9 % blandt mænd og 87,4 % blandt kvinder). Andelen stiger med stigende alder. Dog angiver i alt 7,0 % blandt mænd og 5,4 % blandt kvinder, at de udsættes for passiv rygning over 5 timer om dagen. Andelen falder overordnet set med stigende alder blandt begge køn.

**Tabel 6.1.4 Andel, der udsættes for passiv rygning, fordelt på køn og aldersgruppe. 2021. Procent og antal svarpersoner.**

	65-74 år	75-84 år	≥85 år	I alt
<b>Mænd</b>				
Over 5 timer om dagen	7,7	6,1	6,0	7,0
1-5 timer om dagen	3,5	2,8	2,6	3,2
1/2-1 time om dagen	3,2	2,5	1,8	2,8
mindre end 1/2 time om dagen	7,6	6,4	5,8	7,0
0 timer om dagen	77,9	82,2	83,7	79,9
Antal svarpersoner	11.163	7.181	1.427	19.771
<b>Kvinder</b>				
Over 5 timer om dagen	5,9	5,1	4,1	5,4
1-5 timer om dagen	2,2	1,7	0,9	1,9
1/2-1 time om dagen	1,8	1,4	0,9	1,6
mindre end 1/2 time om dagen	4,1	3,4	3,4	3,7
0 timer om dagen	86,0	88,4	90,8	87,4
Antal svarpersoner	11.915	8.399	23.789	22.693

## 6.2 Alkohol

Alkohol har en meget stor betydning for folkesundheden i Danmark, og hvert år er der omkring 2.500 dødsfald herhjemme, der har alkohol som enten primær eller medvirkende årsag (30).

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at voksne mænd og kvinder ikke drikker over 10 genstande om ugen og ikke mere end 4 genstande på én gang (32). Endvidere anbefales det af Sundhedsstyrelsen, at ingen drikker alkohol for deres sundheds skyld, og at intet alkoholforbrug er risikofrit, da individuelle faktorer som alder, kropstørrelse, genetik og fysiske og psykiske sygdomme giver forskellig følsomhed for effekterne af alkohol. Ved at følge Sundhedsstyrelsens udmeldinger om alkohol kan man mindske sin risiko for alkoholrelateret sygdom og død. Disse anbefalinger gælder også for ældres alkoholforbrug, da dette er forbundet med de samme risici, som ses blandt yngre voksne. Dog kan følgevirkningerne ved et stort alkoholforbrug være sværere og opstår typisk ved et mindre alkoholforbrug (33). Ældre får nemlig generelt en højere alkoholprocent end yngre ved indtagelse af samme mængde alkohol, og de har oftere sygdomme eller tilstande, som kan forværres af alkohol (34). Ligeledes er mange ældre i behandling med medicin, hvor alkohol kan påvirke virkningen heraf eller øge risikoen for bivirkninger (35, 36).

Et problematisk alkoholforbrug belyses i denne rapport ved hjælp af et screeningsinstrument for problematisk alkoholforbrug, CAGE-C, der består af 6 spørgsmål, hvor en særlig kombination af tre bekræftende svar giver udslag som tegn på et problematisk alkoholforbrug (37). Risikoen for at opleve alkoholrelaterede skader er større ved et forbrug, hvor der drikkes store mængder alkohol på én gang, end ved et forbrug, hvor man drikker hyppigere men mindre på én gang (38). At binge-drikke er defineret som, at man drikker 5 eller flere genstande ved samme lejlighed ugentligt eller oftere.

I tabel 6.2.1 præsenteres fordelingen af forskellige indikatorer for alkoholforbrug blandt ældre. Andelen, der har drukket alkohol inden for de seneste 12 måneder, falder med stigende alder. Det gælder både blandt mænd og kvinder. Faldet er dog større blandt kvinderne, hvor der ses en mindre andel end blandt mænd, der drikker alkohol, drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, binge-drikker og har tegn på moderate eller svære alkoholproblemer. Ligeledes er det gennemsnitlige ugentlige alkoholforbrug højere blandt mænd end blandt kvinder og falder med stigende alder.

**Tabel 6.2.1 Andel med forskellige indikatorer for alkoholforbrug, fordelt på køn og aldersgruppe. 2021. Procent og minimum antal svarpersoner.**

	65-74 år	75-84 år	≥85 år	I alt
<b>Mænd</b>				
Har drukket alkohol inden for de seneste 12 måneder	89,5	88,6	84,9	88,8
Gennemsnitlig ugentligt alkoholforbrug (antal genstande) blandt dem, som har drukket alkohol de seneste 12 måneder	9,9	9,0	7,2	9,4
Drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge	32,5	31,2	23,0	31,4
Binge-drikker ugentligt	12,2	7,4	4,0	9,9
Tegn på moderate eller svære alkoholproblemer (CAGE-C 3+)	10,9	7,2	2,5	9,0
Minimum antal svarpersoner	14.490	8.846	1.563	24.899
<b>Kvinder</b>				
Har drukket alkohol inden for de seneste 12 måneder	82,9	78,1	66,6	79,3
Gennemsnitlig ugentligt alkoholforbrug (antal genstande) blandt dem, som har drukket alkohol de seneste 12 måneder	5,1	4,8	3,1	4,8
Drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge	13,7	12,7	7,0	12,6
Binge-drikker ugentligt	4,0	2,8	1,2	3,2
Tegn på moderate eller svære alkoholproblemer (CAGE-C 3+)	4,6	2,4	0,8	3,4
Minimum antal svarpersoner	15.784	9.542	2.141	27.467

Andelen, der gerne vil nedsætte eget forbrug blandt personer, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, er større blandt kvinder (17,0 %) end blandt mænd (14,6 %) og alder med stigende alder (tabel 6.2.2).

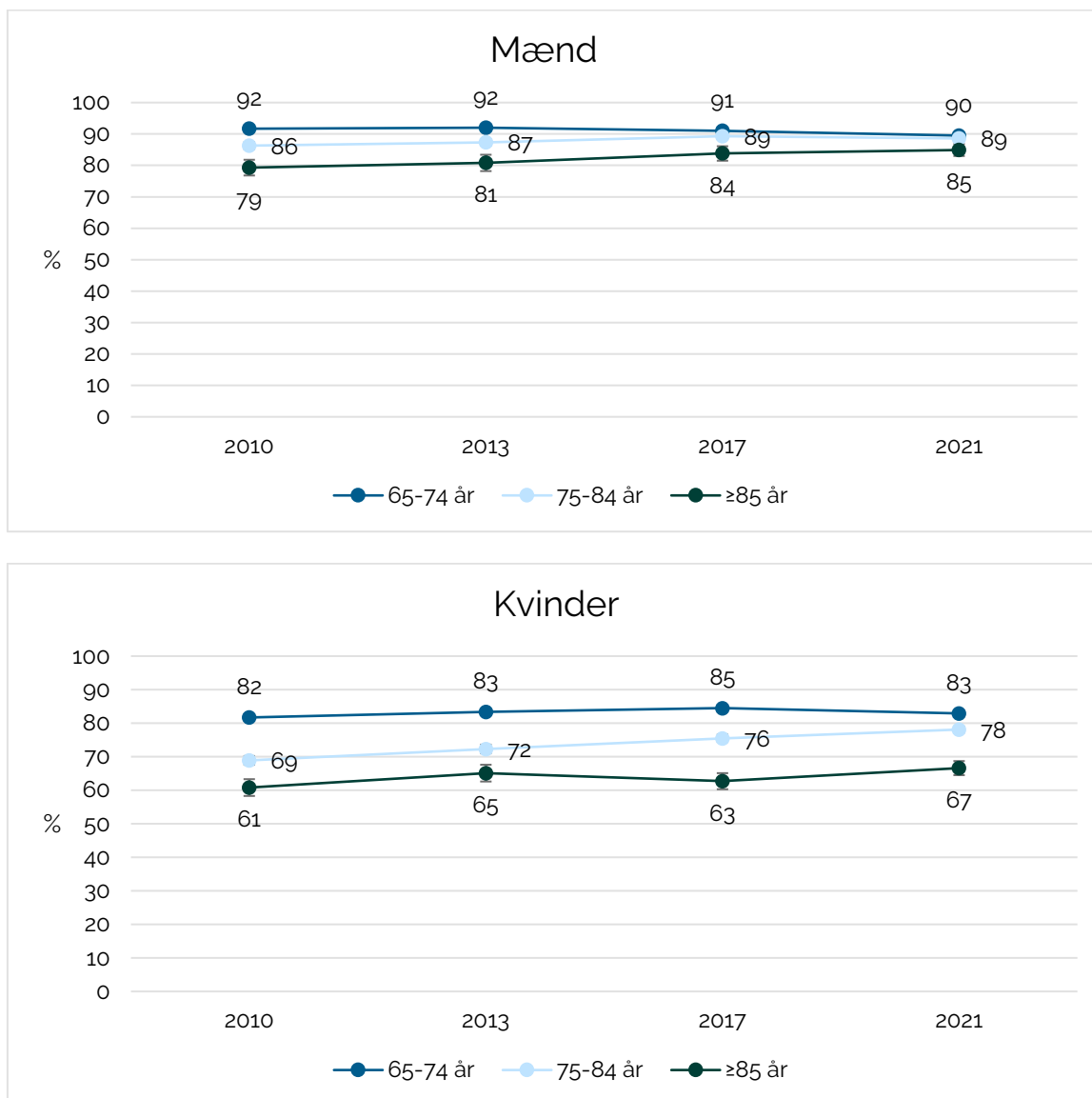
**Tabel 6.2.2 Andel, der gerne vil nedsætte eget alkoholforbrug blandt dem, som drikker over 10 genstande i løbet af en typisk uge, fordelt på køn og aldersgruppe. 2021. Procent og antal svarpersoner.**

	65-74 år	75-84 år	I alt
<b>Mænd</b>			
Procent	18,8	9,2	14,6
Antal svarpersoner	5.084	2.968	8.438
<b>Kvinder</b>			
Procent	23,0	10,0	17,0
Antal svarpersoner	2.399	1.336	3.897

*Den Nationale Sundhedsprofil 2021*

Udviklingen i andelen, der har drukket alkohol inden for de seneste 12 måneder, præsenteres i figur 6.2.1. Der er siden 2010 sket en stigning i andelen blandt mænd og kvinder i aldersgrupperne 75-84-år og 85 år, mens andelen blandt de 65-74-årige har været forholdsvis konstant.

**Figur 6.2.1. Andelen, der har drukket alkohol inden for de seneste 12 måneder, fordelt på køn og aldersgruppe. 2010-2021.**

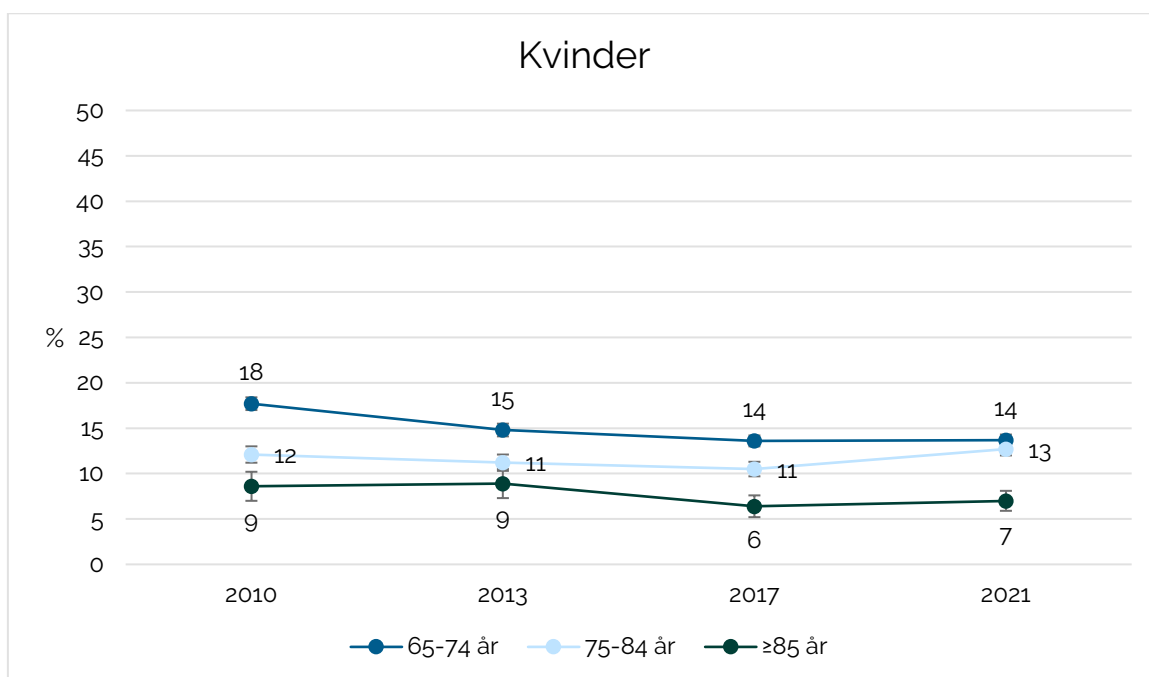
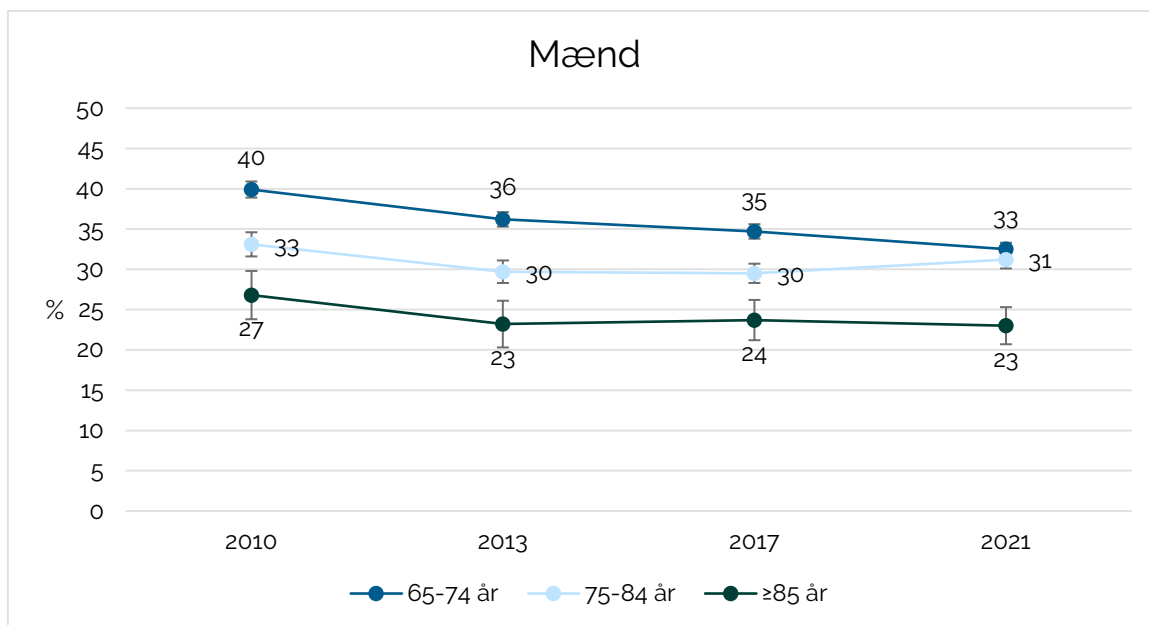


Den Nationale Sundhedsprofil 2010-2021

I figur 6.2.2 ses udviklingen i andelen, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, fra 2010 til 2021. Blandt de 65-74-årige ses for mænd et fald i andelen fra 40 % i 2010 til 33 % i 2021 og for kvinder fra 18 % i 2010 til 14 % i 2021. For de 75-84-årige og aldersgruppen ≥85 år ses et fald for mænd fra 2010 til 2013 og herefter ingen nævneværdig udvikling. For kvinder ses ingen nævneværdig udvikling.

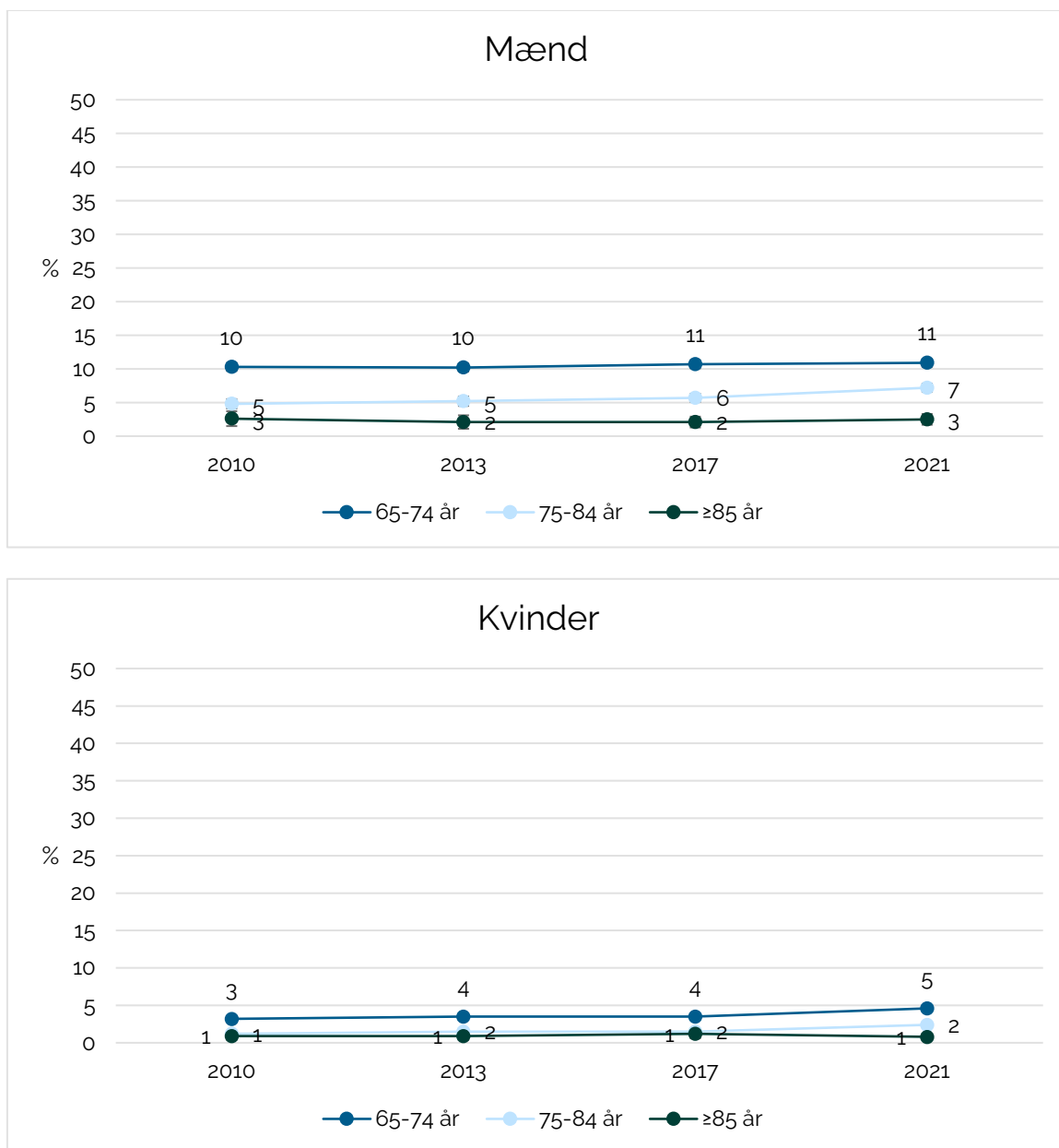


Figur 6.2.2. Andel, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, fordelt på køn og aldersgruppe. 2010-2021.



I figur 6.2.3 ses udviklingen i andelen med tegn på moderate eller svære alkoholproblemer. For hverken mænd eller kvinder ses nogen nævneværdig udvikling.

**Figur 6.2.3. Andel med tegn på moderate eller svære alkoholproblemer, fordelt på køn og aldersgruppe. 2010-2021.**



## 6.3 Kost

Kosten har stor betydning for sundhedstilstanden. Sunde kostvaner og måltidsvaner kan være med til at fremme og bevare godt helbred og forebygge sygdom, mens et usundt kostmønster kan øge risikoen for hjertekarsygdomme, diabetes, slagtilfælde og visse kræftsygdomme (39). De officielle kostråd fra Fødevarestyrelsen gælder for ældre såvel som yngre. Som ældre anbefales det desuden at spise tilstrækkeligt protein, at få tilstrækkeligt med D-vitamin og calcium samt at fortsætte med at være fysisk aktiv (40). Når ældre får den rette ernæring, kan det bidrage til at udgå pludseligt vægttab, undervægt eller svær overvægt, og til at bevare funktionsevne og livskvalitet (40).

Ældres kostvaner er vurderet på baggrund af en såkaldt kostscore som et samlet udtryk for kostens sundhed og kvalitet (41). I kostscoren indgår fire kostelementer: frugt, fisk, fedt og grønt. Scoren går fra 0 til 8, og opnås en score på 6 eller derover kategoriseres man til, at man har et sundt kostmønster. Opnår man en score på under 3, kategoriseres kostmønsteret som et usundt kostmønster, mens en score mellem 3 til 5 er kategoriseret som et kostmønster med både sunde og usunde elementer (6).

Tabel 6.3.1 beskriver andelen med henholdsvis et sundt og et usundt kostmønster. For mænd er andelen forholdsvis ens blandt de 65-74-årige og de 75-84-årige; ca. 14 % har et sundt kostmønster og ca. 21 % har et usundt kostmønster, mens andelen, der har et sundt kostmønster, er lidt mindre blandt mænd  $\geq 85$  år (11,3 %), og andelen, der har et usundt kostmønster, er lidt større (22,5 %). Blandt kvinder falder andelen, der har et sundt kostmønster, med stigende alder, mens andelen, der har et usundt kostmønster, stiger med stigende alder.

**Tabel 6.3.1. Andel med usundt og sundt, fordelt på køn og aldersgruppe. 2021. Procent og antal svarpersoner.**

	65-74 år	75-84 år	$\geq 85$ år	I alt
<b>Mænd</b>				
Sundt kostmønster	13,9	13,7	11,3	13,6
Usundt kostmønster	20,7	20,6	22,5	20,8
Antal svarpersoner	15.346	9.260	1.581	26.187
<b>Kvinder</b>				
Sundt kostmønster	22,7	18,9	13,2	20,4
Usundt kostmønster	11,1	13,8	18,7	12,9
Antal svarpersoner	16.973	10.197	2.126	29.296

Andelen af ældre, der har et usundt kostmønster, og som ønsker at ændre kost, falder med stigende alder for begge køn (tabel 6.3.2).

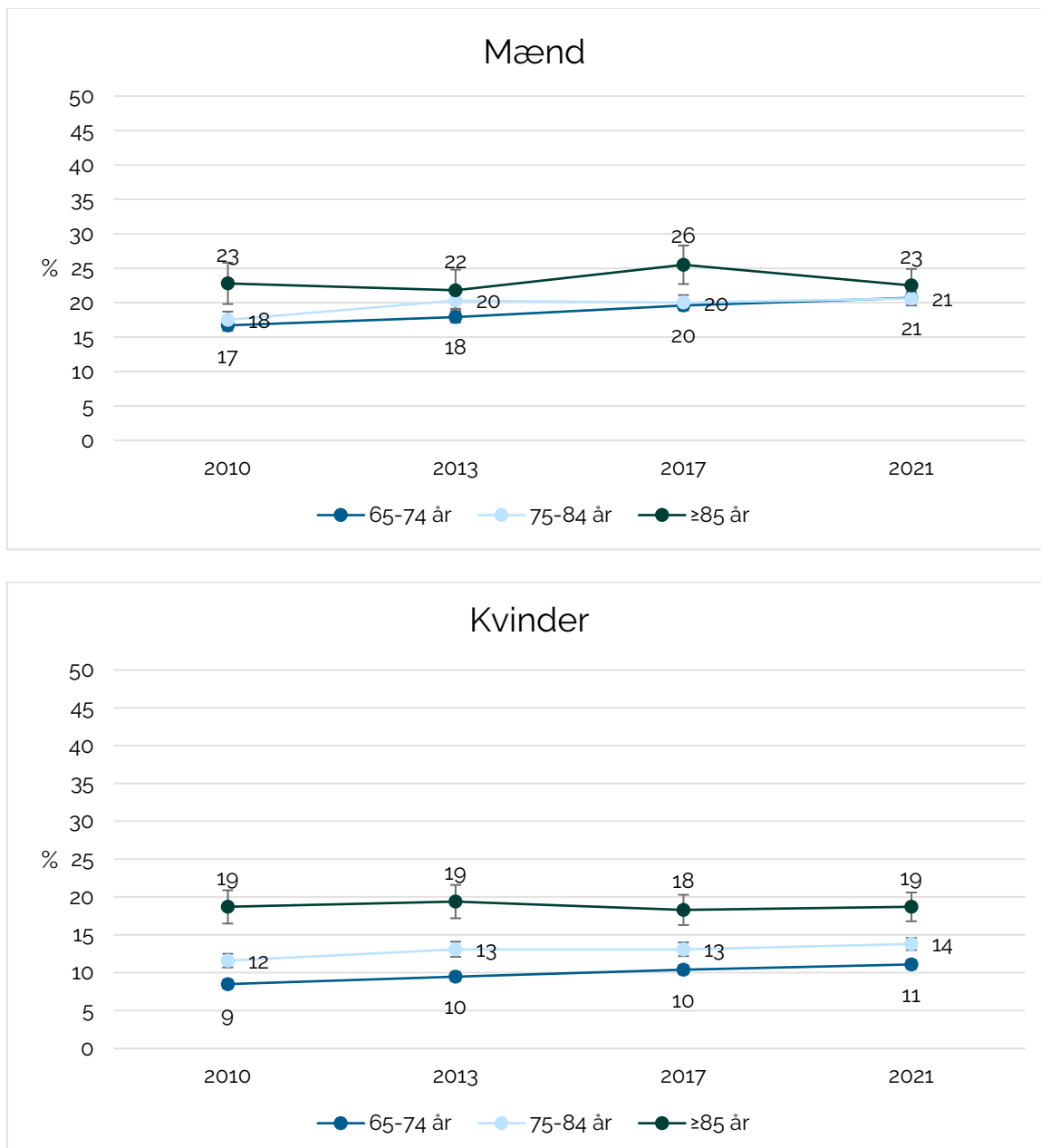
**Tabel 6.3.2. Andel med usundt kostmønster, der gerne vil spise mere sundt, fordelt på køn og aldersgruppe. 2021. Procent og antal svarpersoner.**

	65-74 år	75-84 år	I alt
<b>Mænd</b>			
Procent	35,4	25,3	30,9
Antal svarpersoner	2.996	1.782	5.112
<b>Kvinder</b>			
Procent	46,5	36,5	39,5
Antal svarpersoner	1.729	1.279	3.379

*Den Nationale Sundhedsprofil 2021*

I perioden 2010 til 2021 har der for mænd i aldersgrupperne 65-74 år og 75-84 år været en stigning i andelen med et usundt kostmønster, mens der ikke ses nogen nævneværdig ændring i aldersgruppen  $\geq 85$  år. For kvinder ses ingen nævneværdig udvikling i alle aldersgrupper (figur 6.3.1).

**Figur 6.3.1. Andel med et usundt kostmønster, fordelt på køn og aldersgruppe. 2010-2021.**



## 6.4 Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet er sundhedsfremmende gennem hele livet og afgørende for at bevare funktionsevnen blandt ældre. Det er stærk evidens for, at fysisk aktivitet reducerer risikoen for tidlig død og kardiovaskulære sygdomme som eksempelvis hjertekarsygdomme og diabetes blandt ældre (42). Der er ligeledes stærk evidens for, at fysisk aktivitet reducerer risikoen for faldulykker, og moderat til stærk evidens for, at fysisk aktivitet reducerer risikoen for kognitivt forfald og udvikling af demenssygdomme (42). Sundhedsstyrelsen anbefaler derfor at ældre over 65 år:

- Er fysisk aktiv minimum 30 minutter om dagen, hvor man bliver let forpustet eller forpustet
- Træner balance og bevægelighed 3 gange om ugen
- Laver aktiviteter, der styrker muskulaturen, mindst 2 gange om ugen.
- Begrænser den tid, man sidder stille

Anbefalingerne gælder for raske ældre uden kompliceret sygdom eller skrøbelighed (43). Men selv for ældre, som er svækket af sygdom, kan struktureret fysisk træning indgå som et effektivt supplement i behandlingen eller rehabilitering af mange sygdomme for at vedligeholde eller genoptræne funktionsevnen (42).

Fysisk aktivitet blandt ældre er i denne rapport belyst ved et spørgsmål om fysisk aktivitet i fritiden. I til-læg til dette spørgsmål er svarpersonerne også blevet spurgt om, hvorvidt de gerne vil være mere fysisk aktiv.

I alt angiver omkring en femtedel (21,4 %) blandt mænd og en fjerdedel (24,9 %) blandt kvinder på 65 år eller derover beskriver egen fysiske aktivitet i fritiden som hovedsageligt stillesiddende (tabel 6.4.1). Blandt begge køn stiger andelen med stigende alder, og andelen er ca. dobbelt så stor blandt de ≥85-årige, sammenlignet med 75-84-årige. Blandt de ≥85-årige er det 46,1 % af mændene og 59,0 % af kvinderne, der beskriver eget fysiske aktivitetsniveau i fritiden som hovedsageligt stillesiddende.

**Tabel 6.4.1 Andel, der beskriver egen fysiske aktivitet i fritiden som moderat eller hård fysisk aktivitet eller stillesiddende, fordelt på køn og aldersgruppe. 2021. Procent og antal svarpersoner.**

	65-74 år	75-84 år	≥85 år	I alt
<b>Mænd</b>				
Dyrker hård eller moderat fysisk aktivitet i fritiden	18,0	12,8	6,2	15,3
Stillesiddende	16,0	24,9	46,1	21,4
Antal svarpersoner	15.573	9.598	1.732	26.903
<b>Kvinder</b>				
Dyrker hård eller moderat fysisk aktivitet i fritiden	10,5	6,8	3,3	8,4
Stillesiddende	15,6	28,5	59,0	24,9
Antal svarpersoner	17.096	10.420	2.336	29.852

Både blandt mænd og kvinder falder andelen med stillesiddende fritid, som gerne vil være mere fysisk aktiv, med stigende alder (tabel 6.4.2). I alt vil 50,8 % af mændene og 52,7 % af kvinderne gerne være mere fysisk aktiv.

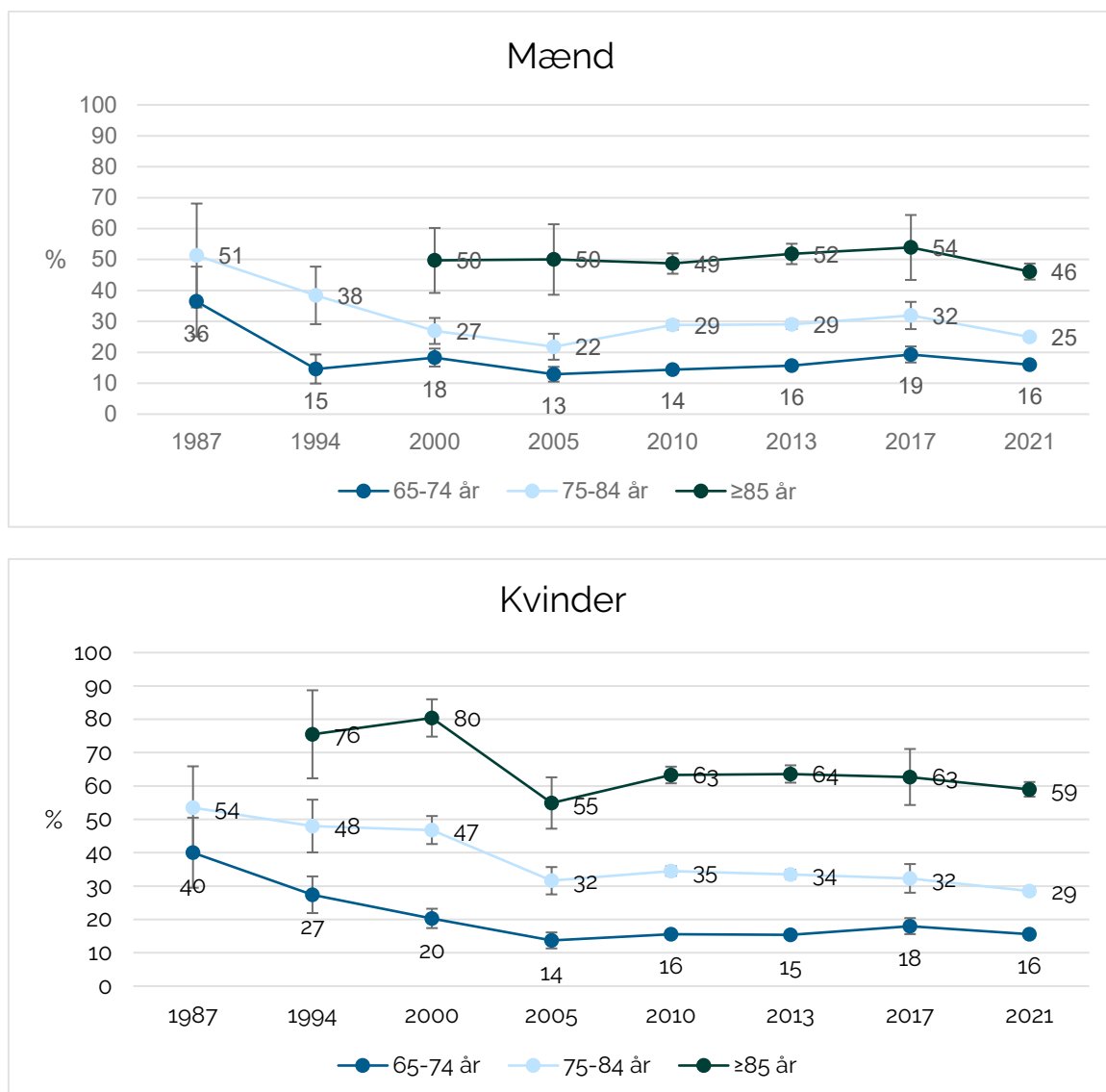
**Tabel 6.4.2 Andel, med stillesiddende fritid, der gerne vil være mere fysisk aktiv, fordelt på køn og aldersgruppe. 2021. Procent og antal svarpersoner.**

	65-74 år	75-84 år	I alt
<b>Mænd</b>			
Procent	56,2	49,1	50,8
Antal svarpersoner	2.231	2.153	5.107
<b>Kvinder</b>			
Procent	61,5	52,9	52,7
Antal svarpersoner	2.370	2.617	6.211

*Den Nationale Sundhedsprofil 2021*

Det fremgår af figur 6.4.1, at der i alle aldersgrupper i perioden 1987-2005 er sket et fald i andelen med stillesiddende fritidsaktivitet, både blandt mænd og kvinder. Eneste undtagelse fra dette billede ses for mænd på 85 år eller derover, hvor andelen i perioden har været nogenlunde stabil. Siden 2005 er andelen med stillesiddende fritidsaktivitet steget i alle aldersgrupper frem mod 2017, med undtagelse af kvinder i alderen 75-84 år, hvor andelen har været nogenlunde stabil fra 2005 til 2017. Fra 2017 til 2021 er der sket et svagt fald i andelen med stillesiddende fritidsaktiviteter i alle aldersgrupper. Blandt de >85-årige er der få svarpersoner blandt mænd og kvinder i 1987 og få svarpersoner blandt mænd i 1994, og andelen derfor vises derfor ikke.

**Figur 6.4.1. Andel med stillesiddende fritidsaktivitet, fordelt på køn og aldersgruppe. 1987-2021.**



Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 1987, 1994, 2000, 2005 og 2017 og Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2021



## 6.5 Undervægt og overvægt

Det er velkendt, at overvægt er en risikofaktor for sygdomme som for eksempel type 2-diabetes og hjerte-karsygdomme samt tidlig død (44, 45, 46). Samtidig har studier vist, at undervægt hos ældre kan føre til et svækket immunforsvar, længere hospitalsindlæggelser og tidligere død (47).

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

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

Forholdet mellem dødelighed og BMI kan beskrives ved en J- eller U-formet kurve, hvor den laveste dødelighed findes i gruppen af normalvægtige (48). Undersøges sammenhængen mellem dødelighed og BMI i forskellige aldersgrupper, viser det sig, at de, der er en smule overvægtig som ældre, har bedre overlevelse, mens undervægt og svær overvægt er forbundet med øget dødelighed (48).

I tabel 6.5.1 ses andelen af de forskellige vægtgrupper blandt ældre kategoriseret efter ovenstående BMI-grænser. Det fremgår, at andelen med undervægt overordnet set er lav både blandt mænd (0,6 %) og blandt kvinder (3,4 %) på 65 år eller derover. Blandt begge køn stiger andelen med stigende alder, og blandt personer på 85 år eller derover har 1,4 % af mændene og 5,4 % af kvinderne undervægt. Andelen med moderat eller svær overvægt falder med stigende alder.

**Tabel 6.5.1. Andel kategoriseret i forskellige vægtgrupper baseret på BMI, fordelt på køn og aldersgruppe. 2021. Procent og antal svarpersoner.**

	65-74 år	75-84 år	≥85 år	I alt
<b>Mænd</b>				
Undervægt: $BMI < 18,5$	0,4	0,8	1,4	0,6
Normal vægt: $18,5 \leq BMI < 25,0$	31,4	35,5	47,7	34,1
Moderat overvægt: $25,0 \leq BMI < 30,0$	68,2	63,8	50,9	65,3
Svær overvægt: $BMI \geq 30,0$	22,3	17,6	11,0	19,8
Antal svarpersoner	15.506	9.529	1.721	26.756
<b>Kvinder</b>				
Undervægt: $BMI < 18,5$	2,6	4,0	5,4	3,4
Normal vægt: $18,5 \leq BMI < 25,0$	44,9	47,6	52,0	46,6
Moderat overvægt: $25,0 \leq BMI < 30,0$	52,5	48,4	42,5	49,9
Svær overvægt: $BMI \geq 30,0$	19,4	15,7	12,6	17,3
Antal svarpersoner	16.709	10.219	2.273	29.201

Andelen med svær overvægt, der gerne vil tabe sig, falder med stigende alder (tabel 6.5.2). Blandt henholdsvis mænd og kvinder i alderen 65-74 år ønsker 35,9 % og 48,5 % blandt personer med svær overvægt at tabe sig, mens det samme gælder for 22,6 % blandt mænd og 31,6 % blandt kvinder i aldersgruppen 75-84 år.

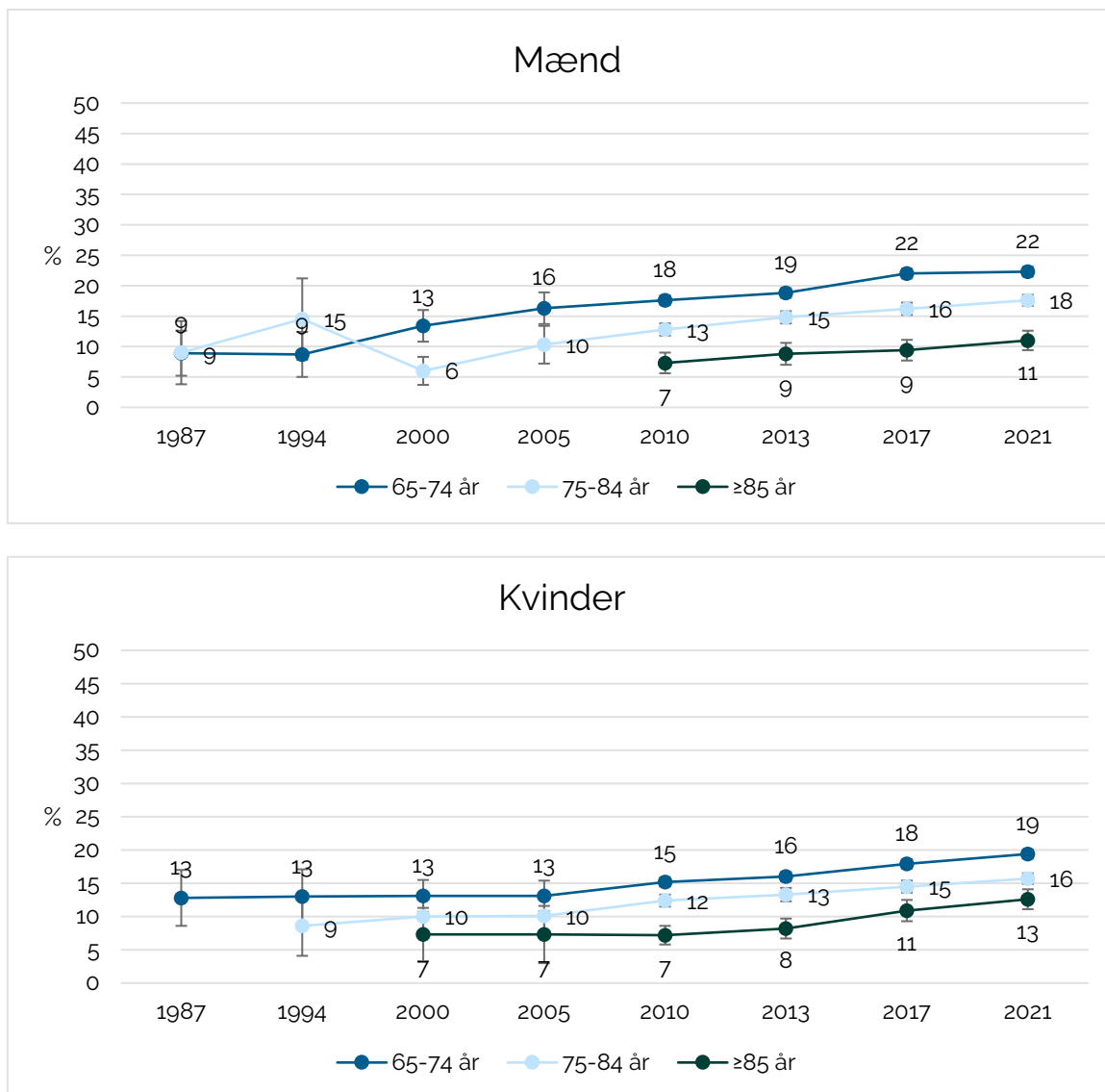
**Tabel 6.5.2. Andel med svær overvægt, der gerne vil tabe sig, fordelt på køn og aldersgruppe. 2021. Procent og antal svarpersoner.**

	65-74 år	75-84 år	I alt
<b>Mænd</b>			
Procent	35,9	22,6	30,7
Antal svarpersoner	3.395	1.578	5.157
<b>Kvinder</b>			
Procent	48,5	31,6	40,4
Antal svarpersoner	3.123	1.568	4.962

*Den Nationale Sundhedsprofil 2021*

I figur 6.5.1 ses andelen med svær overvægt blandt ældre i perioden 1987 til 2021. Der ses overordnet en stigende udvikling i alle aldersgrupper og blandt begge køn. Der er for få til at vise tal for aldersgruppen 85 år eller derover blandt mænd i årene 1987 til 2005 og blandt kvinder i år 1987 og 1994. For kvinder er der ligeledes for få til at vise andelen blandt de 75-84-årige i år 1987.

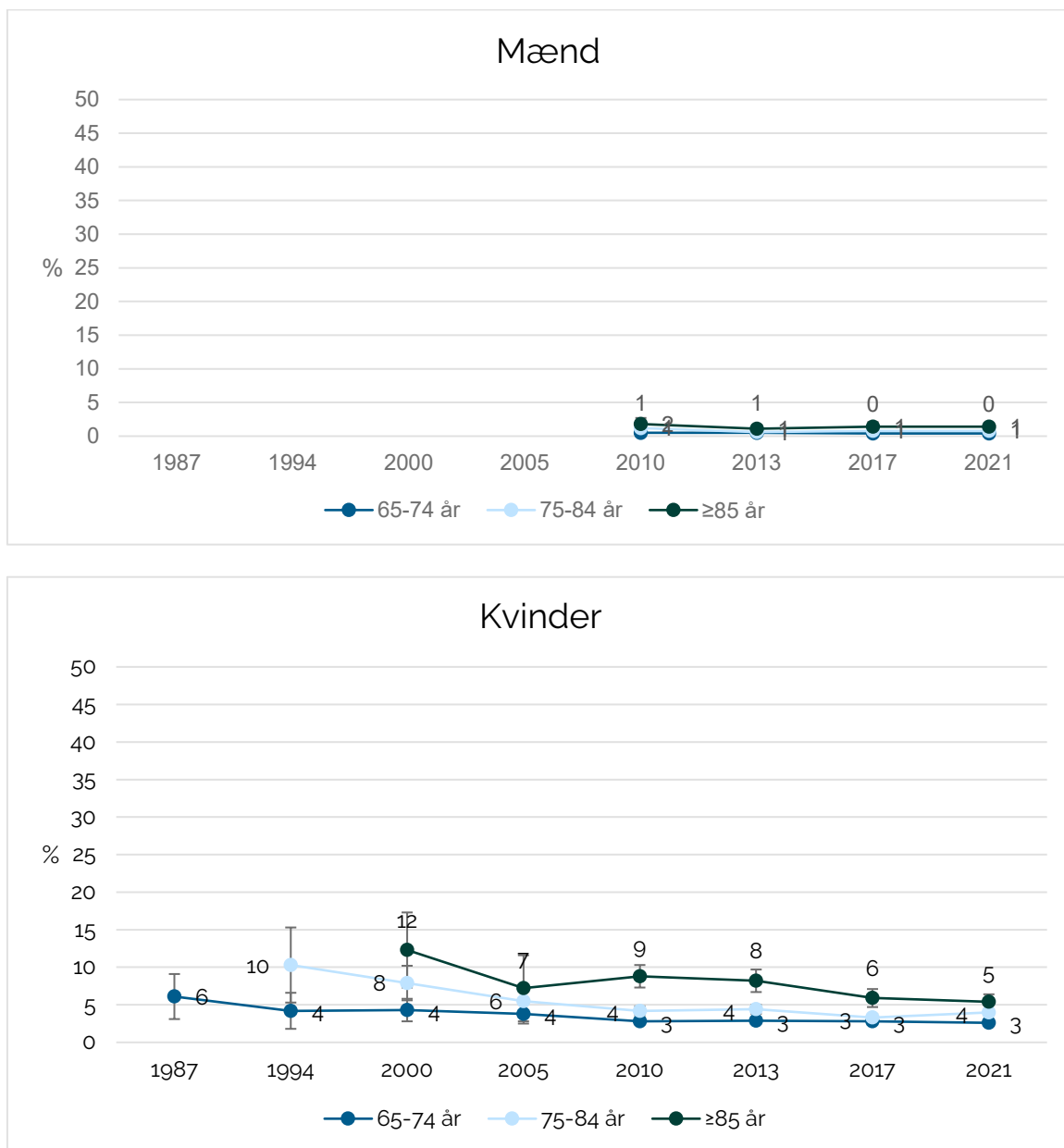
**Figur 6.5.1. Andel med svær overvægt, fordelt på køn og aldersgruppe. 1987-2021.**



Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 1987-2005 og Den Nationale Sundhedsprofil 2010-2021

Figur 6.5.2 viser udviklingen i andelen med undervægt fra 2010 til 2021 blandt mænd og fra 1987 til 2021 blandt kvinder. Fra 1987 til 2005 er der for få mænd i alle aldersgrupper til, at tal for undervægt kan vises. I alle år ses meget lave andele blandt mænd, mellem 0-2 % i alle aldersgrupper. Blandt kvinder ses et fald i andelen med undervægt i alle aldersgrupper.

**Figur 6.5.2. Andel med undervægtig, fordelt på køn og aldersgruppe. 2010-2021.**



Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 1987-2005 og Den Nationale Sundhedsprofil 2010-2021

## 7. Sociale relationer

Der ses en sammenhæng mellem en persons helbredstilstand og sociale relationer (49). Flere undersøgelser har vist, at personer med gode sociale relationer i mindre grad bliver syge end dem med svage sociale relationer. Og hvis de bliver syge, kommer de sig hurtigere efter deres sygdom. Ligeledes har personer med gode sociale relationer mindre risiko for at dø tidligt end personer med svage relationer (26, 49).

Sociale relationer beskrives i litteraturen ofte ved en strukturel og en funktionel dimension (50). Den strukturelle dimension forholder sig til de kvantitative aspekter af relationerne, det vil sige hvor mange og hvilke personer, man har kontakt med. Disse er i denne rapport belyst ved andelen, der mere end én gang om ugen er i kontakt med forskellige relationer. Den funktionelle dimension henviser derimod til mere kvalitative aspekter af éns sociale relationer. Herunder hvordan relationerne fungerer, og dimensionen dækker eksempelvis over graden af oplevet følelsesmæssig støtte og praktisk hjælp. De funktionelle dimensioner belyses i denne rapport, ved andelen, der har tegn på ensomhed, og andelen, der for det meste eller altid har nogen at tale med om problemer. Kapitlet afsluttes med en analyse af sammenhængen mellem tegn på ensomhed og selvurderet helbred.

### 7.1 Kontakt til andre

Kontakt til andre er her defineret som, at man eksempelvis er sammen med andre, taler i telefon med andre eller skriver til hinanden. I tabel 7.1.1 ses andelen, der mere end én gang om ugen har kontakt til henholdsvis familie, venner, naboer/beboere i lokalområdet eller personer, man mest kender fra internettet. Andelen der mere end én gang om ugen har kontakt til venner, falder med stigende alder. Der ikke ses nogen klare forskelle på tværs af alder for andelen, der mere end én gang om ugen er sammen med familie, man ikke bor sammen med, og naboer eller beboere i lokalområdet. I alle aldersgrupper er andelen, der mere end én gang om ugen har kontakt med familie, venner eller naboer, større blandt kvinder end blandt mænd. Da spørgsmålene om kontakt til andre er stillet første gang i 2021, vises ikke udvikling herfor.

**Tabel 7.1.1. Andel, der mere end én gang om ugen har kontakt til andre, fordelt på køn og aldersgruppe. 2021. Procent og minimum antal svarpersoner.**

	65-74 år	75-84 år	≥85 år	I alt
<b>Mænd</b>				
Familie, man ikke bor sammen med	72,3	70,2	75,2	71,7
Venner	58,9	53,7	46,8	56,2
Naboer eller beboere i lokalområdet	56,0	56,3	51,0	55,8
Minimum antal svarpersoner	15.347	9.308	1.601	26.256
<b>Kvinder</b>				
Familie, man ikke bor sammen med	83,8	82,8	84,9	83,5
Venner	63,6	61,8	54,0	62,0
Naboer eller beboere i lokalområdet	56,4	60,6	57,0	58,0
Minimum antal svarpersoner	16.731	9.961	2.185	28.877

## 7.2 Tegn på ensomhed

Ensomhed defineres ofte som en oplevet uoverensstemmelse mellem ønskede sociale relationer og faktiske sociale relationer (51). Ensomhed kan opstå, hvis man mangler social kontakt, ved lav grad af social støtte, eller når man føler sig alene, selvom man ønsker at være sammen med andre. Dog kan ensomhed også opstå, når man er blandt andre. Således er ensomhed relateret til både kvantiteten såvel som kvaliteten af de sociale relationer (51). Tegn på ensomhed belyses i denne rapport på baggrund af indekset Three-Item Loneliness Scale (T-ILS) (52), som tager udgangspunkt i besvarelser af tre spørgsmål om, hvor ofte man henholdsvis føler sig isoleret fra andre, savner nogle at være sammen med og føler sig udenfor. Det er muligt at opnå en score i intervallet 0 til 9, og jo højere score, desto tydeligere tegn på ensomhed. Grænseværdien for tegn på ensomhed er defineret til en score på 7 eller derover (52).

I tabel 7.2.1 præsenteres andelen af ældre på 65 år eller derover, der har tegn på ensomhed. Andelen, der har tegn på ensomhed, stiger med stigende alder både blandt mænd og kvinder. Stigningen er størst mellem aldersgruppen 75-84 år og aldersgruppen 85 år eller derover. Blandt ældre  $\geq 85$  år er det 10,3 % af mændene og 17,2 % af kvinderne, der har tegn på ensomhed. At andelen, der oplever tegn på ensomhed, er større blandt kvinder end blandt mænd, kan muligvis forklares af, at flere kvinder end mænd lever i enkestand (se tabel 4.1.2).

**Tabel 7.2.1. Andel, med tegn på ensomhed, fordelt på køn og aldersgruppe. 2021. Procent og antal svarpersoner.**

	65-74 år	75-84 år	$\geq 85$ år	I alt
<b>Mænd</b>				
Procent	5,8	6,2	10,3	6,3
Antal svarpersoner	15.482	9.502	1.697	26.681
<b>Kvinder</b>				
Procent	9,1	10,0	17,2	10,3
Antal svarpersoner	16.936	10.203	2.274	29.413

*Den Nationale Sundhedsprofil 2021*

Da spørgsmålene om ensomhed ikke indgik i Den Nationale Sundhedsprofil i 2010, 2013 og 2017, er det ikke muligt at belyse udviklingen over tid for denne indikator.

### 7.3 Nogen at tale med ved problemer eller brug for støtte

Andelen af ældre på 65 år eller derover, der svarer, at de for det meste eller altid har nogen at tale med, hvis de har problemer eller brug for støtte, vises i tabel 7.3.1. Det ses, at der ikke er nævneværdig forskel i andelen i de forskellige aldersgrupper, men i alle aldersgrupper er andelen lidt større blandt kvinder (87,1 %) end blandt mænd (85,1 %).

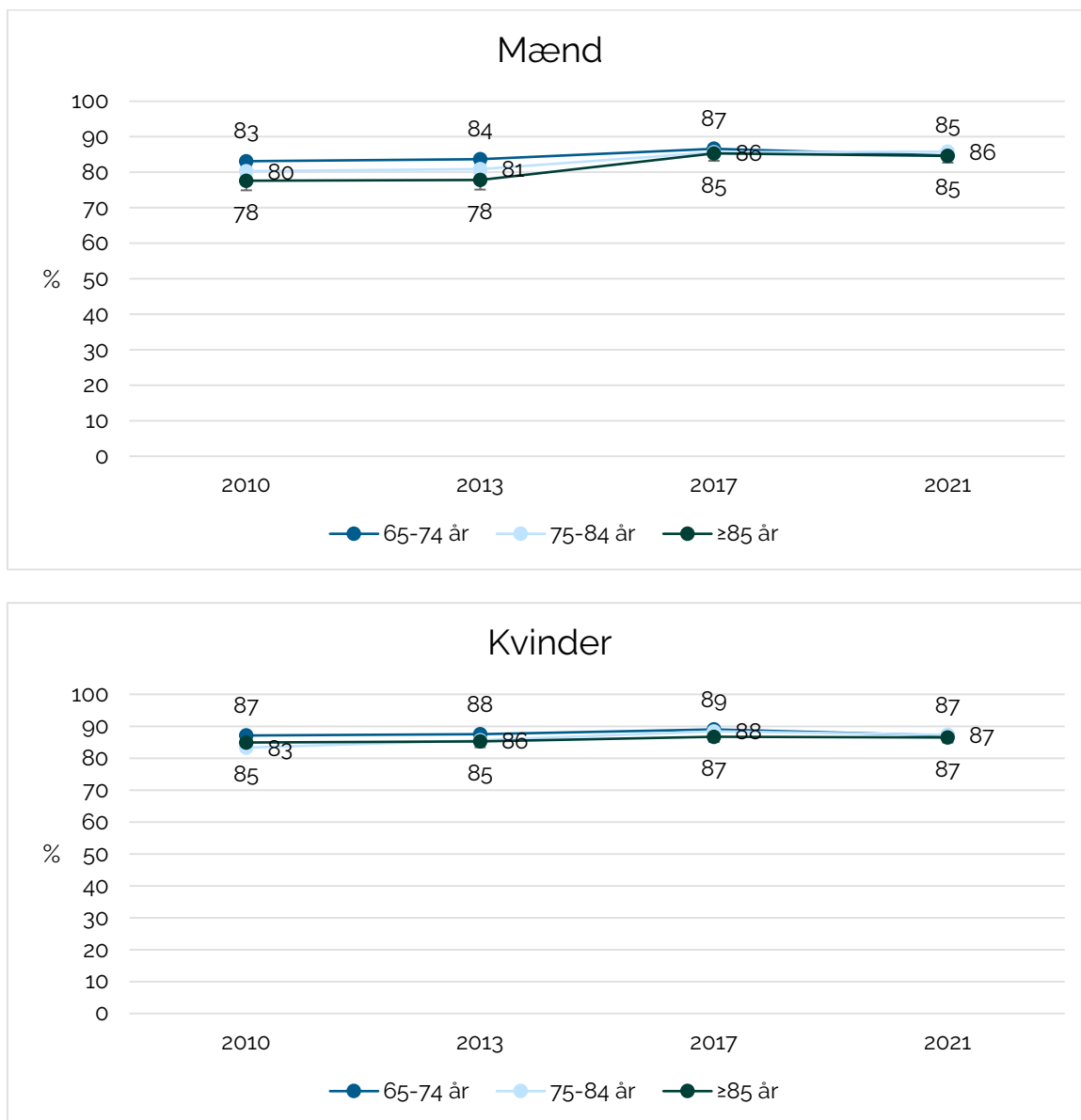
**Tabel 7.3.1. Andel, der for det meste eller altid har nogen at tale med ved problemer eller brug for støtte, fordelt på køn og aldersgruppe. 2021. Procent og antal svarpersoner.**

	65-74 år	75-84 år	≥85 år	I alt
<b>Mænd</b>				
Procent	84,7	85,8	84,6	85,1
Antal svarpersoner	15.564	9.646	1.764	26.974
<b>Kvinder</b>				
Procent	87,1	87,3	86,5	87,1
Antal svarpersoner	17.053	10.525	2.445	30.023

*Den Nationale Sundhedsprofil 2021*

Mellem 2013 og 2017 er andelen, der for det meste eller altid har nogen at tale med ved problemer og ved brug for støtte, steget blandt mænd i alle aldersgrupper, hvorefter andelen har været forholdsvis konstant og ens i alle aldersgrupper. Blandt kvinder ses ingen nævneværdig udvikling.

**Figur 7.3.1. Andel, der for det meste eller altid har nogen at tale med ved problemer eller brug for støtte, fordelt på køn og aldersgruppe. 2010-2021.**





## 7.4 Sammenhæng mellem selv vurderet helbred og tegn på ensomhed

Lysten og muligheden for at deltage i sociale aktiviteter og mødes med andre mennesker påvirkes af helbredet. Samtidig påvirkes helbredet af sociale relationer. Her vises sammenhængen mellem indikatoren tegn på ensomhed og selv vurderet helbred (tabel 7.4.1). Godt selv vurderet helbred er defineret som dem, der angiver eget helbred som fremragende, vældig godt eller godt, mens dårligt selv vurderet helbred er dem, som angiver, eget helbred er mindre godt eller dårligt. Det er ikke muligt at sige noget om den kausale sammenhæng. Andelen, som har tegn på ensomhed, er næsten 4 gange større blandt ældre som har dårligt selv vurderet helbred (i alt 15,0 % blandt mænd og 22,0 % blandt kvinder), end blandt ældre, der vurderer eget helbred som godt (i alt 3,9 % blandt mænd og 6,4 % blandt kvinder). Forskelle er mindre i aldersgruppen på 85 år eller derover.

**Tabel 7.4.1. Andel med tegn på ensomhed blandt ældre med godt eller dårligt selv vurderet helbred. Procent og antal svarpersoner.**

	65-74 år		75-84 år		≥85 år		I alt	
	Selv vurderet helbred		Selv vurderet helbred		Selv vurderet helbred		Selv vurderet helbred	
	Godt	Dårligt	Godt	Dårligt	Godt	Dårligt	Godt	Dårligt
<b>Mænd</b>								
Procent	3,5	16,0	4,0	13,5	7,2	16,6	3,9	15,0
Antal svarpersoner	8.949	1.953	5.256	1.633	917	434	15.122	4020
<b>Kvinder</b>								
Procent	6,1	21,1	5,9	21,0	10,4	27,2	6,4	22,0
Antal svarpersoner	9.376	2.277	5.873	2.246	1.363	906	16.612	5429

## 8. Sygelighed

Kroniske sygdomme kan medføre tab af livskvalitet, men kan også medføre store samfundsmæssige omkostninger (53). Samtidig er der mange mennesker med kronisk eller langvarig sygdom, der har en udmærket livskvalitet og funktionsevne i hverdagen. Sygeligheden beskrives på flere måder i denne undersøgelse af ældres sundhedstilstand.

I Den Nationale Sundhedsprofil 2021 er der præsenteret en liste med 18 specifikke sygdomme og helbredsproblemer, og svarpersonerne er blevet spurgt, om de aktuelt har eller tidligere har haft sygdommen (og stadig har eftervirkninger heraf). Ud over en beskrivelse af forekomsten af specifikke sygdomme og helbredsproblemer blandt ældre omfatter dette kapitel en opgørelse over andelen blandt ældre, der er multisyge. At være multisyg defineres i denne rapport som at have mere end én af de angivne sygdomme eller helbredsproblemer. Endvidere er svarpersonerne blevet spurgt om, hvorvidt de har en langvarig sygdom, langvarig eftervirkning af skade, handicap eller anden langvarig lidelse. Yderligere er også forekomsten af smerter og ubehag beskrevet i kapitlet.

### 8.1 Forekomst af specifikke sygdomme og helbredsproblemer

Svarpersonerne er blevet bedt om at angive, om de på nuværende tidspunkt har eller tidligere har haft og har eftervirkninger af 18 specifikke sygdomme og helbredsproblemer. De 18 sygdomme og helbredsproblemer bidrager hver især til sygdomsbyrden i befolkningen, enten fordi de forårsager mange dødsfald, eller fordi de fører til nedsat livskvalitet og funktionsevne i store grupper af befolkningen (53).

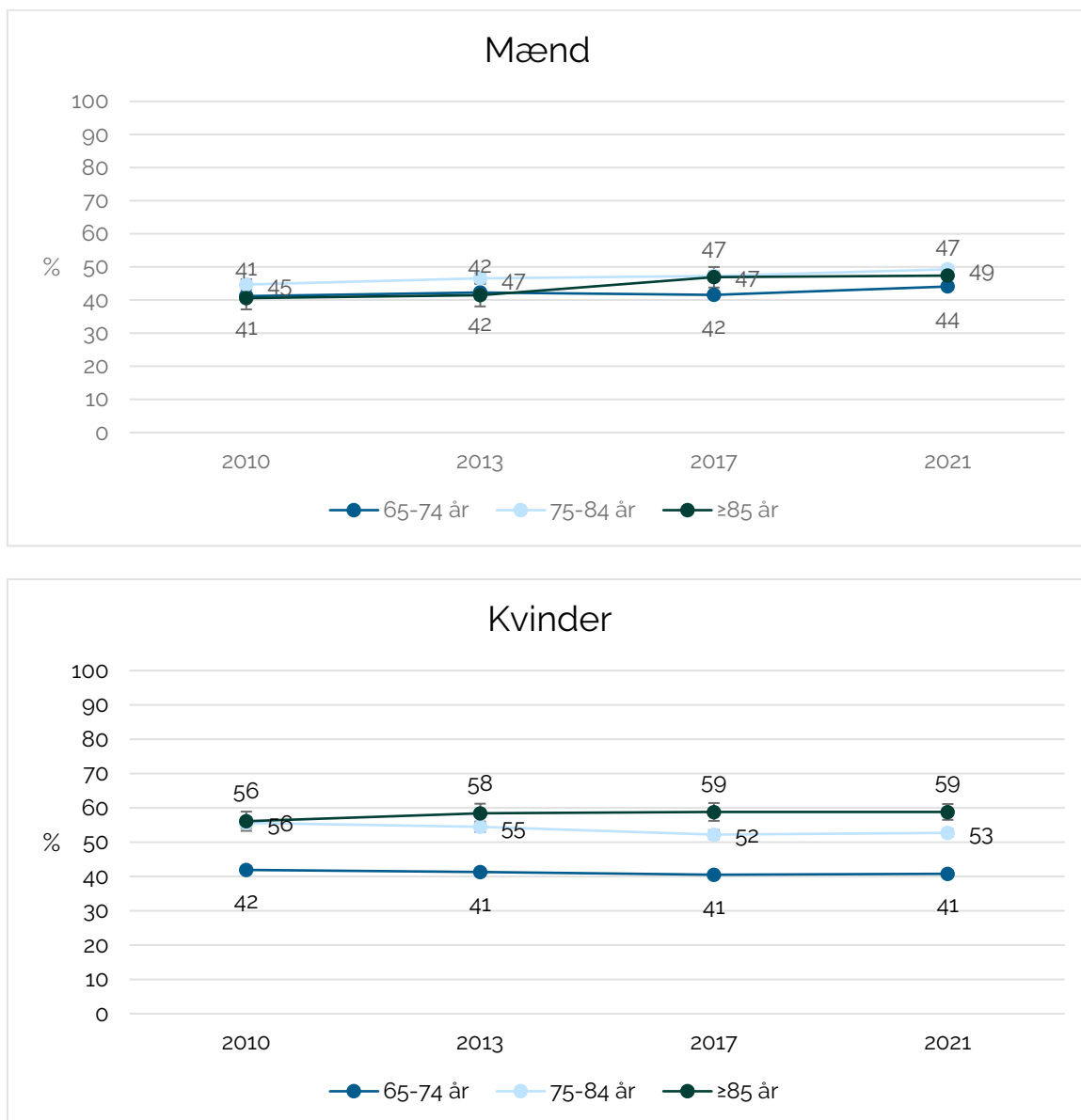
I tabel 8.1.1 præsenteres andelen blandt mænd og kvinder, der har eller tidligere har haft og har eftervirkninger af hver af de 18 specifikke sygdomme og helbredsproblemer i forskellige aldersgrupper. Samme person kan godt have flere sygdomme og helbredsproblemer. For sygdommene blodprop i hjertet, hjertekrampe, hjerneblødning/blodprop i hjernen, slidgigt, knogleskørhed, kræft og grå stær stiger andelen med stigende alder for begge køn. For kvinder stiger andelen med diabetes, leddegigt og diskusprolaps eller andre rygsygdomme ligeledes med stigende alder. For tinnitus, blandt både mænd og kvinder, og migræne og psykiske lidelse (både mindre og mere end af 6 måneders varighed) blandt kvinder ses en faldende andel med stigende alder.

**Tabel 8.1.1. Andel med specifikke sygdomme og helbredsproblemer, fordelt på køn og aldersgruppe. 2021. Procent og minimum antal svarpersoner.**

	65-74 år	75-84 år	≥85 år	I alt
<b>Mænd</b>				
Astma	7,4	7,7	7,3	7,5
Allergi	14,3	11,2	7,9	12,7
Diabetes	14,9	17,6	15,2	15,9
Forhøjet blodtryk	44,1	49,3	47,4	46,2
Blodprop i hjertet	3,8	5,2	7,7	4,6
Hjertekrampe	4,5	6,3	8,8	5,5
Hjerneblødning	4,7	6,9	7,8	5,7
Kronisk bronkitis	11,5	14,5	14,5	12,8
Slidgigt	37,1	39,6	44,1	38,5
Leddegigt	16,2	16,7	16,4	16,4
Knogleskørhed	3,5	5,6	6,5	4,4
Kræft	8,9	12,3	12,4	10,4
Migræne eller hyppig hovedpine	8,5	6,2	6,2	7,5
Psykisk lidelse, som varede mindre en 6	3,8	2,8	3,3	3,4
Psykisk lidelse, som varede mere en 6 må-	4,9	3,4	3,7	4,3
Diskusprolaps eller andre rygsygdomme	20,6	18,7	20,0	19,9
Grå stær	9,9	18,3	24,9	13,9
Tinnitus	31,8	28,2	19,7	29,6
Minimum antal svarpersoner	15.479	9.453	1.649	26.604
<b>Kvinder</b>				
Astma	9,9	9,8	9,0	9,8
Allergi	21,6	17,3	15,1	19,3
Diabetes	9,2	11,9	12,3	10,5
Forhøjet blodtryk	40,8	52,7	58,8	47,1
Blodprop i hjertet	1,5	2,2	5,0	2,1
Hjertekrampe	3,4	4,8	9,1	4,5
Hjerneblødning	3,2	4,6	5,9	4,0
Kronisk bronkitis	10,7	12,9	12,8	11,7
Slidgigt	50,4	57,6	64,0	54,5
Leddegigt	12,1	14,7	17,0	13,5
Knogleskørhed	15,6	23,2	29,7	19,8
Kræft	7,8	8,9	9,0	8,3
Migræne eller hyppig hovedpine	13,0	9,3	8,1	11,1
Psykisk lidelse, som varede mindre en 6	5,2	4,1	3,8	4,6
Psykisk lidelse, som varede mere en 6 må-	7,0	5,1	5,0	6,1
Diskusprolaps eller andre rygsygdomme	19,7	22,2	23,5	21,0
Grå stær	13,5	23,9	32,8	19,3
Tinnitus	19,1	18,2	16,1	18,5
Minimum antal svarpersoner	16.663	9.837	2.110	28.610

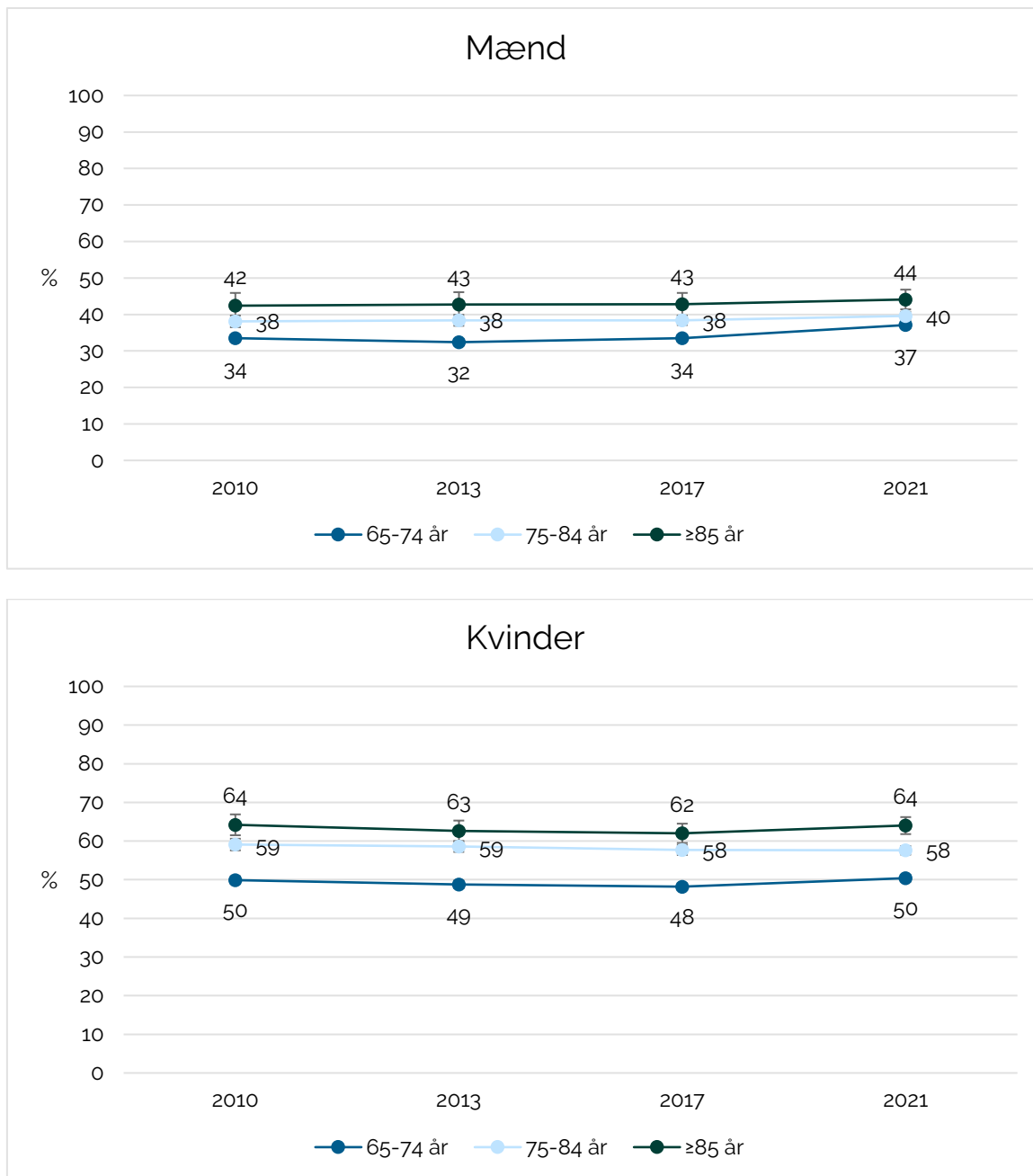
I nedenstående figurer ses udviklingen fra 2010 til 2021 for de fem hyppigst rapporterede sygdomme. Udviklingen beskrives for andelen, der har henholdsvis forhøjet blodtryk, slidgigt, tinnitus, diskusprolaps og knogleskørhed. Figur 8.1.1 viser en stigning i andelen med forhøjet blodtryk blandt mænd i aldersgruppen 75-84-årige, her steg andelen fra 41 % i 2010 til 47 % i 2021. For de øvrige aldersgrupper blandt mænd og for kvinder ses ingen nævneværdig udvikling.

**Figur 8.1.1. Andel med forhøjet blodtryk, fordelt på køn og aldersgruppe. 2010-2021.**



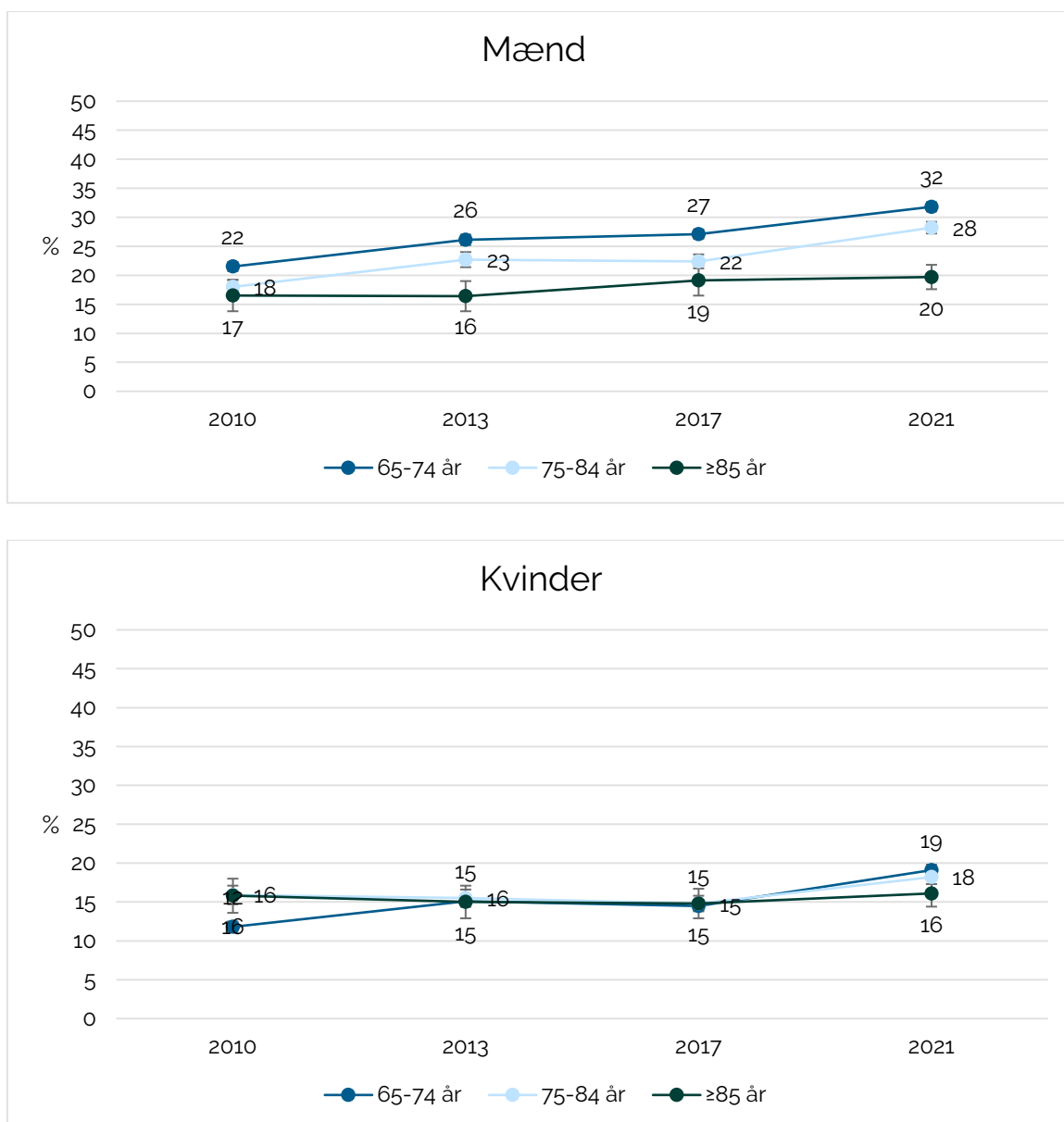
Figur 8.1.2 viser, at der hverken for mænd eller kvinder ses nogen nævneværdig udvikling i andelen med slidgigt fra 2010 til 2021.

**Figur 8.1.2. Andel med slidgigt, fordelt på køn og aldersgruppe. 2010-2021.**



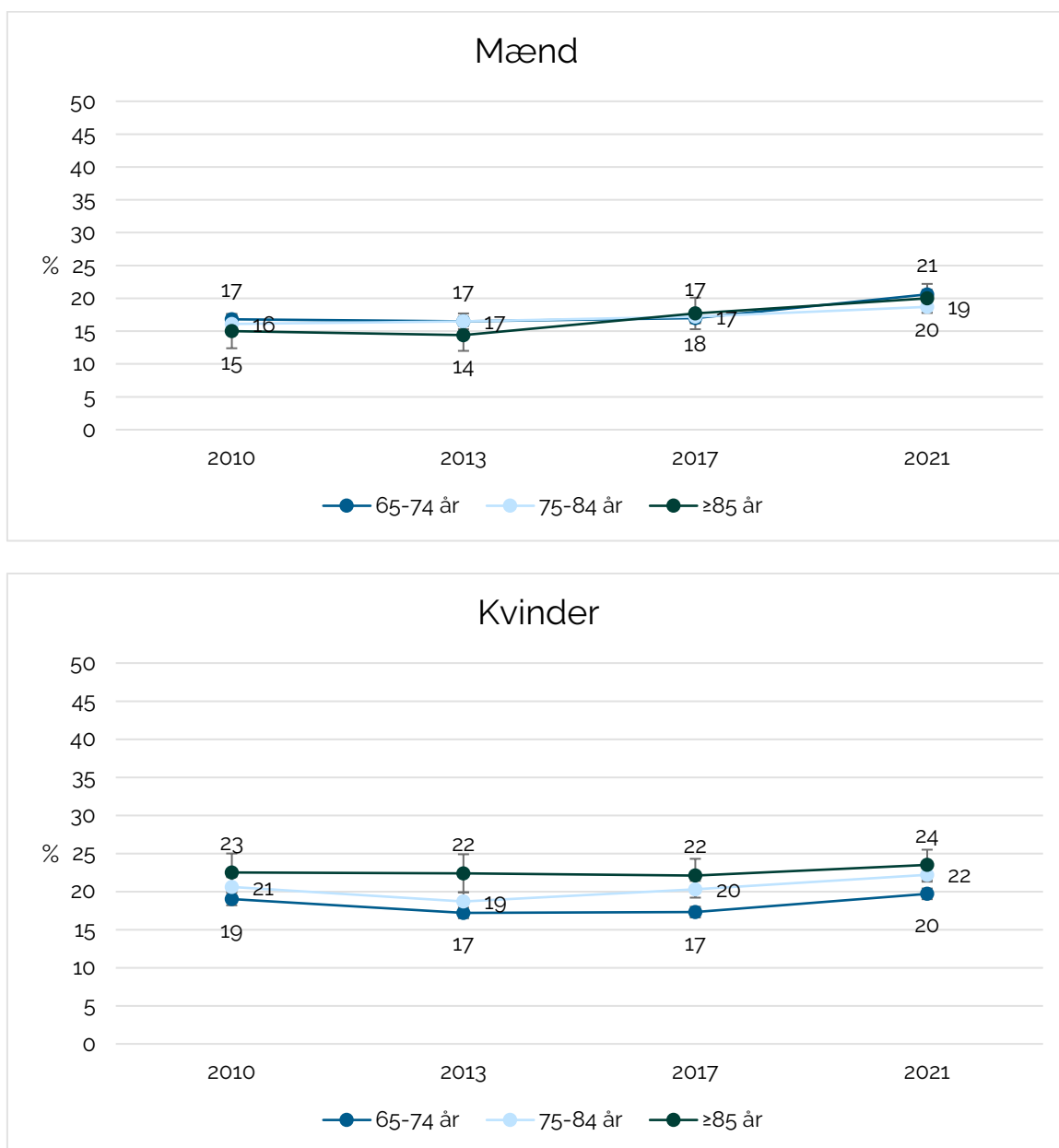
Figur 8.1.3 viser udviklingen i andelen med tinnitus fra 2010 til 2021. For mænd ses i alle aldersgrupper en stigende tendens. Eksempelvis er andelen med tinnitus 22 % blandt mænd mellem 65-74 år i 2010, mens andelen er 32 % i 2021. Blandt mænd er andelen med tinnitus større blandt de 65-75-årige end blandt de 75-84-årige og dem på 85 år eller derover i alle år. For kvinder ses ingen klare aldersforskelle i andelen med tinnitus. Fra 2010-2017 ses ingen udvikling, mens der ses en lille stigning frem mod 2021. Eksempelvis var andelen med tinnitus blandt 65-74-årige kvinder 15 % i 2017, mens den var 19 % i 2021.

**Figur 8.1.3. Andel med tinnitus, fordelt på køn og aldersgruppe. 2010-2021.**



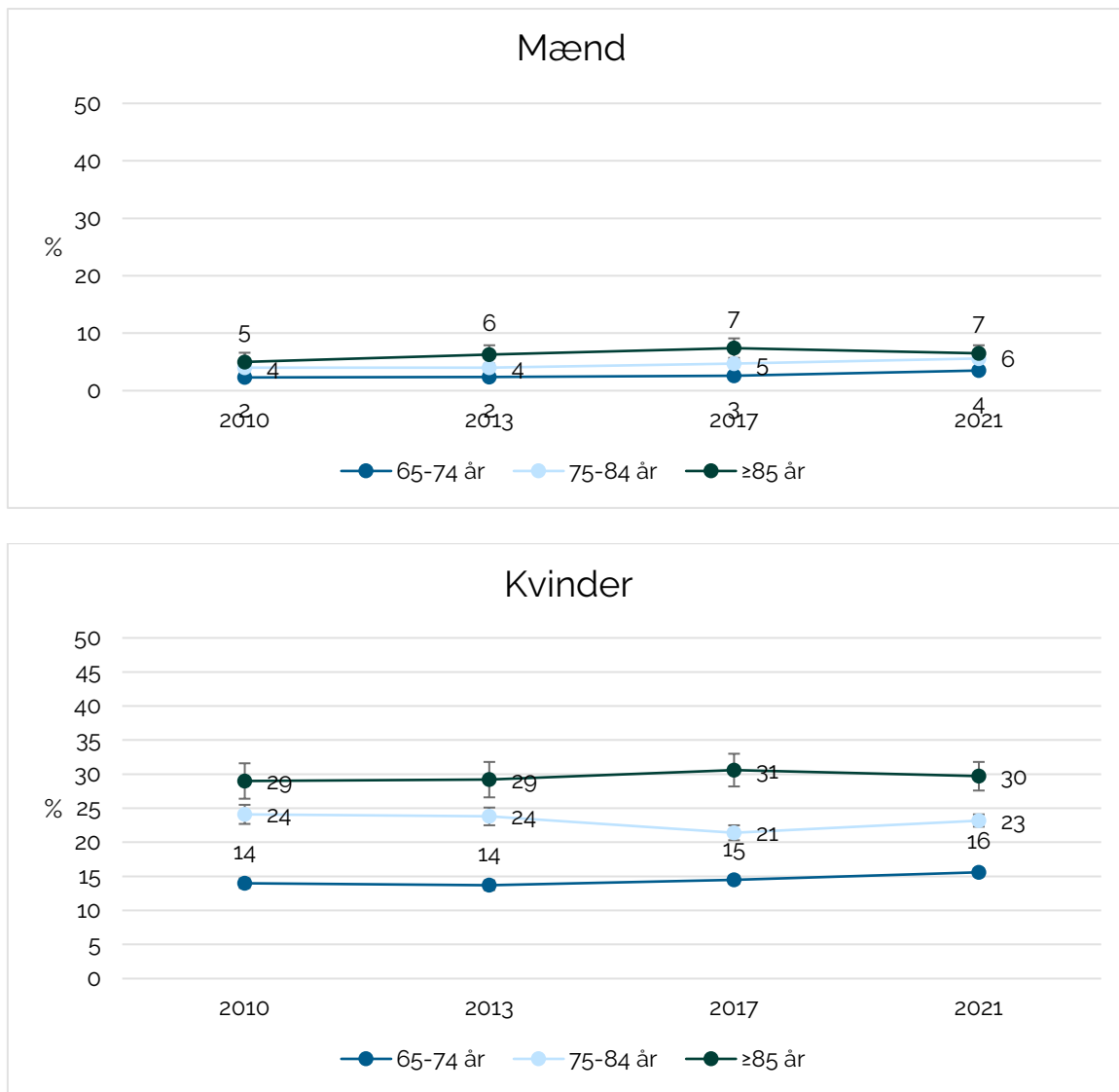
Figur 8.1.4 viser andelen med diskusprolaps eller andre ryg sygdomme fra 2010 til 2021. For mænd ses en lille stigning i alle aldersgrupper fra 2013 til 2021. Eksempelvis steg andelen med diskusprolaps eller andre ryg sygdomme blandt mænd mellem 75-84 år fra 16 % i 2013 til 19 % i 2021. For kvinder ses ingen nævneværdig udvikling.

**Figur 8.1.4. Andel med diskusprolaps eller andre ryg sygdomme, fordelt på køn og aldersgruppe. 2010-2021.**



Figur 8.1.5 viser ingen nævneværdig udvikling i andelen med knogleskørhed fra 2010 til 2021. Her ses i alle aldersgrupper væsentligt større andele blandt kvinder end blandt mænd.

**Figur 8.1.5. Andel med knogleskørhed, fordelt på køn og aldersgruppe. 2010-2021.**





## 8.2 Multisygdom

Forekomsten af flere sygdomme eller helbredsproblemer på samme tid betegnes multisygdom. Ofte defineres en person som multisyg, når personen har to eller flere sygdomme på samme tid. Har en person flere sygdomme inden for samme sygdomsgruppe, tæller det som en enkelt sygdom i denne opgørelse. Hvis en person eksempelvis har flere kræftsygdomme på samme tid, sættes der et enkelt kryds ved kræft i spørgeskemaet. Hvis en person derimod både har astma og allergi, har personen to sygdomme, og som begge tæller med i denne opgørelse. I tabel 8.2.1 præsenteres andelen af personer, der har to eller flere sygdomme på samme tid. Blandt mænd findes den højeste andel med to eller flere samtidige sygdomme i aldersgruppen 75-84 år (67,1%). Blandt kvinder stiger andelen med to eller flere sygdomme med stigende alder, fra 66,1% i aldersgruppen 65-74 år til 75,4% i aldersgruppen 85 år eller derover.

**Tabel 8.2.1. Andel, der har to eller flere samtidige specifikke sygdomme, fordelt på køn og aldersgruppe. 2021. Procent og antal svarpersoner.**

	65-74 år	75-84 år	≥85 år	I alt
<b>Mænd</b>				
Procent	62,8	67,1	65,3	64,6
Antal svarpersoner	15.853	9.868	1.819	27.540
<b>Kvinder</b>				
Procent	66,1	71,6	75,3	69,1
Antal svarpersoner	17.369	10.804	2.525	30.698

Den Nationale Sundhedsprofil 2021

I tabel 8.2.2 præsenteres andelen af personer, der har henholdsvis to, tre, fire og fem eller flere samtidige sygdomme. Opgørelserne er baseret på besvarelserne om, hvorvidt man har de 18 specifikke sygdomme eller helbredsproblemer, som præsenteres i tabel 8.1.1. Det fremgår af tabellen, at andelen, der har to samtidige sygdomme, ikke adskiller sig nævneværdigt på tværs af aldersgrupperne, hverken blandt mænd eller kvinder, og ligger omkring 22 %. Derimod ses en stigning i andelen med tre, fire og fem eller flere samtidige sygdomme med stigende alder blandt kvinder, mens andelen er forholdsvis ens blandt mænd på tværs af aldersgrupper.

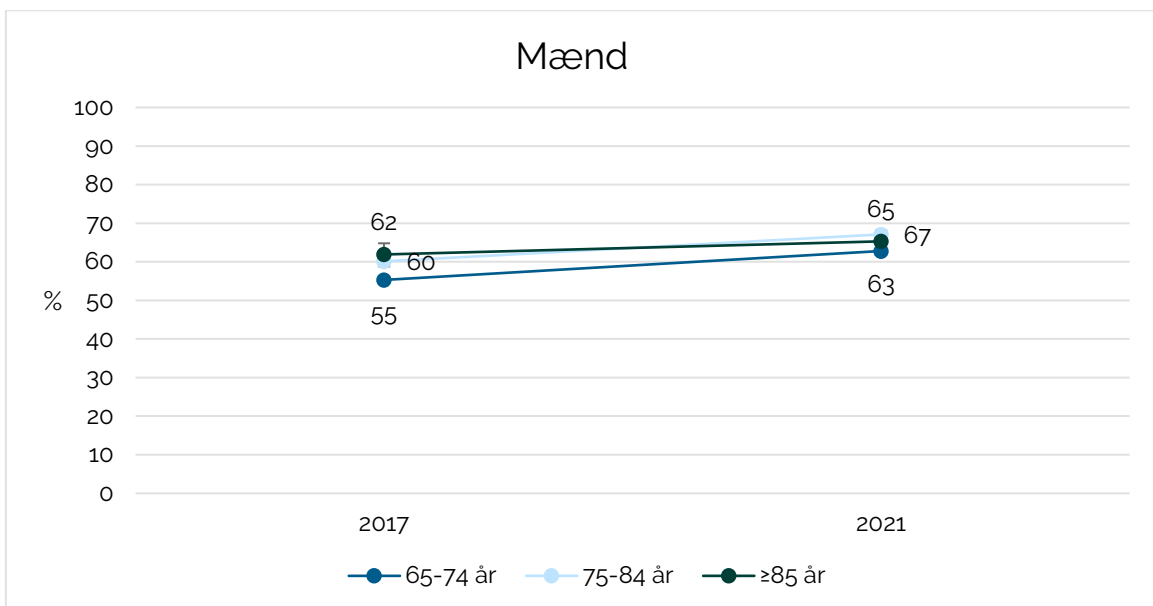
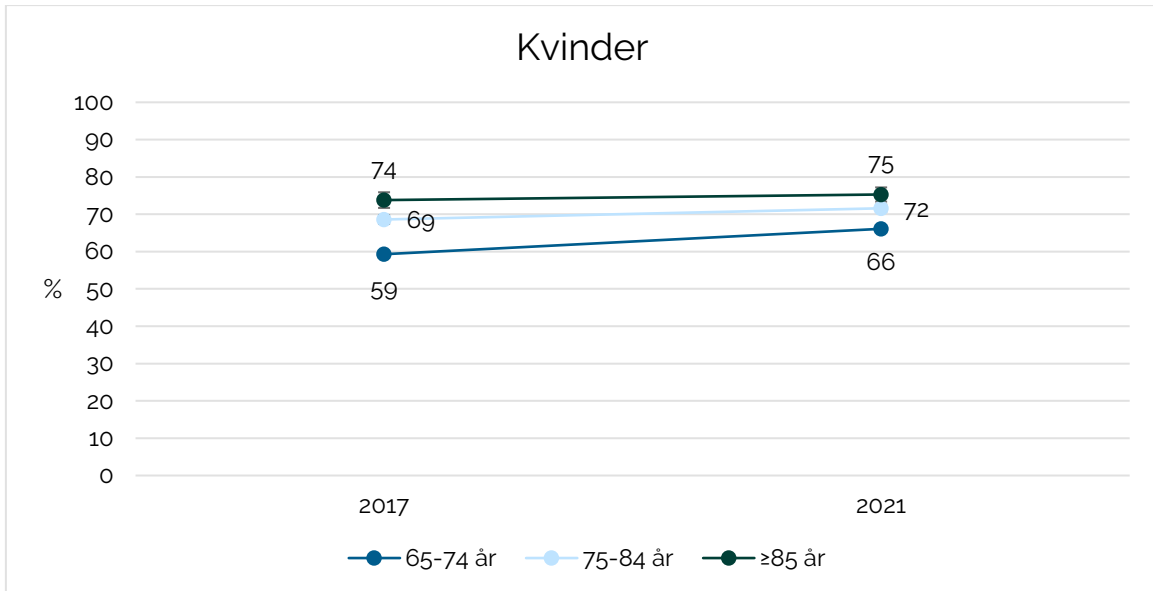
**Tabel 8.2.2. Andel, der har flere samtidige specifikke sygdomme, fordelt på køn og aldersgruppe. 2021. Procent og antal svarpersoner.**

	65-74 år	75-84 år	≥85 år	I alt
<b>Mænd</b>				
To sygdomme	21,3	21,8	21,5	21,5
Tre sygdomme	16,3	17,7	16,5	16,9
Fire sygdomme	10,8	11,6	11,9	11,2
Fem eller flere sygdomme	14,4	15,9	15,4	15,0
Antal svarpersoner	15.853	9.868	1.819	27.540
<b>Kvinder</b>				
To sygdomme	22,3	21,0	21,9	21,8
Tre sygdomme	16,5	19,0	19,8	17,8
Fire sygdomme	11,7	13,6	14,1	12,6
Fem eller flere sygdomme	15,6	18,1	19,5	17,0
Antal svarpersoner	17.369	10.804	2.525	30.698

*Den Nationale Sundhedsprofil 2021*

Figur 8.2.2. viser andelen, der har to eller flere samtidige sygdomme fra 2017 til 2021. Da der er variationer i hvilke sygdomme, der er spurgt til i de forskellige år, vises udelukkende udviklingen fra 2017 til 2021, hvor sygdommene, som der er blevet spurgt til, er de samme. Figuren viser en stigning fra 2017 til 2021 i alle aldersgrupper blandt mænd og blandt kvinder i aldersgrupperne 65-74 år og 75-84 år, mens der ikke ses nogen nævneværdig udvikling i aldersgruppen 85 år eller derover blandt kvinder.

**Figur 8.2.2. Andel, der har 2 eller flere samtidige sygdomme, fordelt på køn og aldersgruppe. 2017-2021.**



### 8.3 Langvarig sygdom

Kroniske sygdomme kan medføre tab af livskvalitet. Dog har mange mennesker, der lever med kronisk sygdom, en udmærket livskvalitet (53). Der er flere, der lever længere, også med kronisk sygdom, på grund af bedre behandlingsmuligheder og bedre levevilkår. I tabel 8.3.1 vises andelen, der har angivet, at de har en langvarig sygdom, langvarig eftervirkning af skade, handicap eller anden langvarig lidelse af mindst 6 måneders varighed. Det fremgår, at andelen stiger en smule med stigende alder fra lige under halvdelen blandt de 65-74-årige til over halvdelen blandt  $\geq 85$ -årige, blandt både blandt mænd og kvinder.

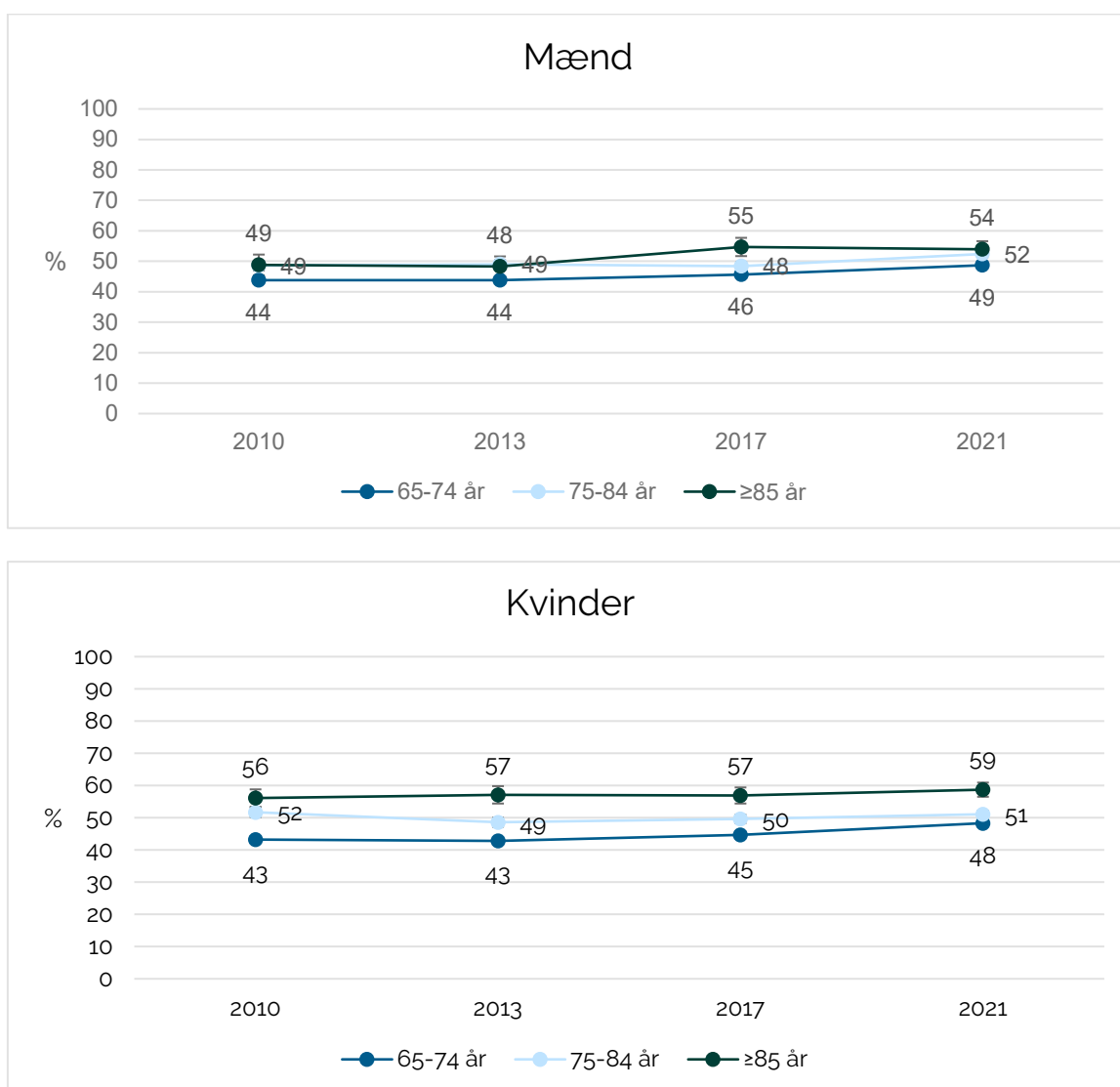
**Tabel 8.3.1. Andel med langvarig sygdom, langvarig eftervirkning af skade, handicap eller anden langvarig lidelse af mindst 6 måneders varighed, fordelt på køn og aldersgruppe. 2021. Procent og antal svarpersoner.**

	65-74 år	75-84 år	$\geq 85$ år	I alt
<b>Mænd</b>				
Procent	48,7	52,4	53,9	50,4
Antal svarpersoner	15.689	9.545	1.681	26.915
<b>Kvinder</b>				
Procent	48,3	51,1	58,7	50,4
Antal svarpersoner	17.059	10.256	2.287	29.602

Den Nationale Sundhedsprofil 2021

I figur 8.3.1 præsenteres udviklingen i andelen med langvarig sygdom, langvarig eftervirkning af skade, handicap eller anden langvarig lidelse af mindst 6 måneders varighed i perioden 2010 til 2021. For mænd ses i alle aldersgrupper en svagt stigende udvikling. Eksempelvis er andelen med langvarig sygdom, langvarig eftervirkning af skade, handicap eller anden langvarig lidelse af mindst 6 måneders varighed steget fra 44 % i 2010 til 49 % i 2021 blandt de 65-74-årige og blandt de ≥85-årige fra 49 % i 2010 til 54 % i 2021. For kvinder ses ligeledes en svagt stigende udvikling i aldersgrupperne 65-74 år og ≥85 år, mens udviklingen er forholdsvis konstant blandt de 75-84-årige.

**Figur 8.3.1. Andel med langvarig sygdom, langvarig eftervirkning af skade, handicap eller anden langvarig lidelse af mindst 6 måneders varighed, fordelt på køn og aldersgruppe. 2010-2021.**



Tabel 8.3.2 viser andelen, der inden for de seneste 6 måneder har følt sig begrænset i udførelsen af aktiviteter på grund af helbredsproblemer eller sygdom. Det ses at andelen stiger med alderen, med en stor stigning fra 47,6 % blandt mænd og 54,7 % blandt kvinder i alderen 75-84 år til 70,7 % blandt mænd og 82,0 % blandt kvinder i alderen 85 år eller herover.

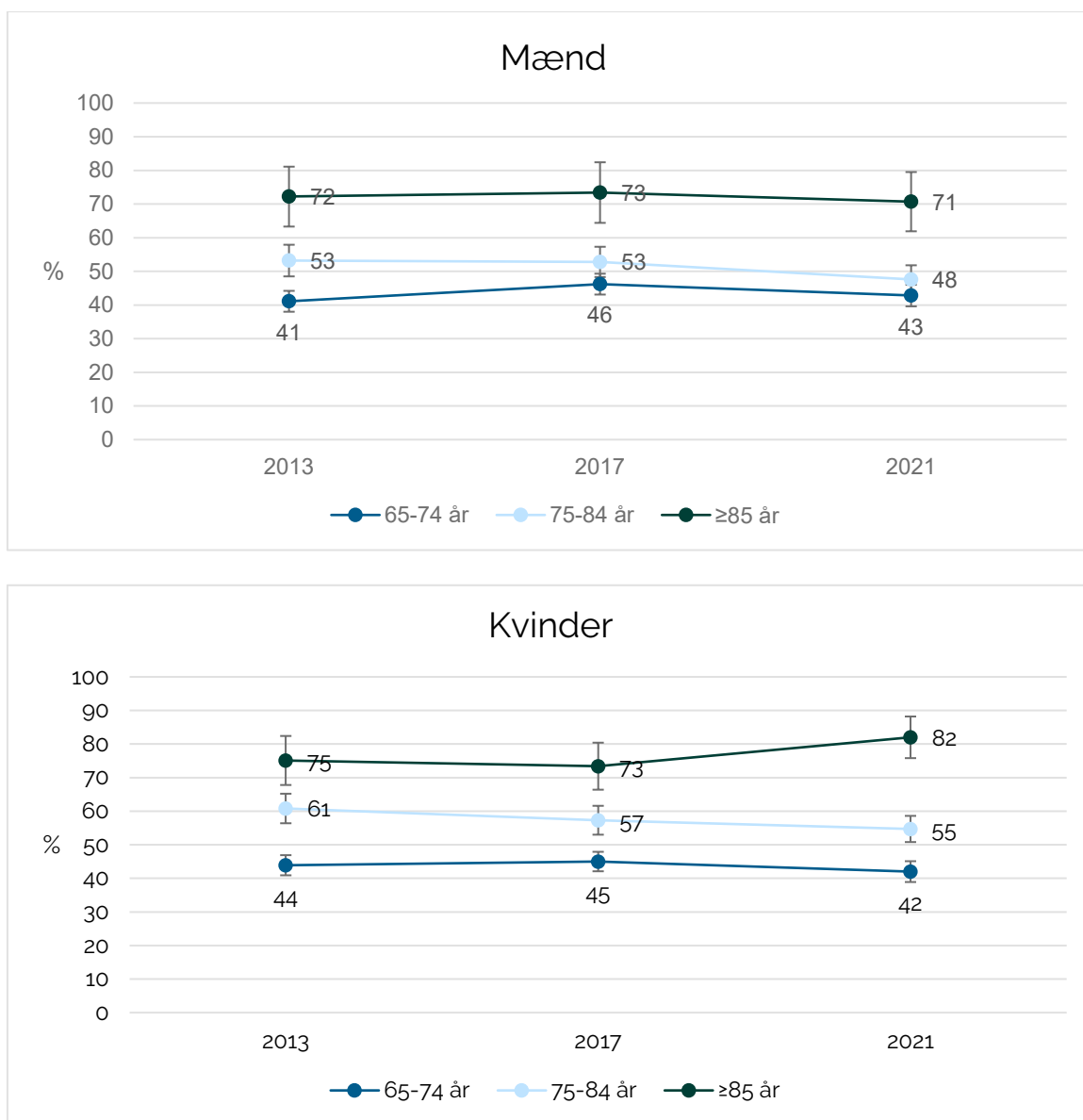
**Tabel 8.3.2. Andel, der har følt sig begrænset i udførelsen af aktiviteter, på grund af helbredsproblemer eller sygdom indenfor de seneste 6 måneder, fordelt på køn og aldersgruppe. 2021. Procent og antal svarpersoner.**

	65-74 år	75-84 år	≥85 år	I alt
<b>Mænd</b>				
Procent	42,8	47,6	70,7	46,2
Antal svarpersoner	1.028	642	123	1.793
<b>Kvinder</b>				
Procent	42,0	54,7	82,0	50,4
Antal svarpersoner	1.142	717	155	2.014

*Den Nationale Sundhedsprofil 2021*

Figur 8.3.2 viser udviklingen i andelen, der inden for de seneste 6 måneder har følt sig begrænset i udførelsen af aktiviteter på grund af helbredsproblemer eller sygdom, fra 2013 til 2021. Blandt kvinder i aldersgruppen 65-74 år ses ingen nævneværdig udvikling, mens der for mænd i samme aldersgruppe ses en stigning i fra 41 % i 2013 til 46 % i 2017, efterfulgt af et fald til 43 % frem mod 2021. I aldersgruppen 75-84 år ses et fald i andelen, der har følt sig begrænset i udførelsen af aktiviteter, fra 2013 til 2021, blandt både mænd og kvinder. Blandt mænd ses ingen nævneværdig udvikling i aldersgruppen 85 år eller derover, mens der for kvinder ses en stigning fra 73 % i 2017 til 82 % i 2021.

**Figur 8.3.2. Andel, der har følt sig begrænset i udførelsen af aktiviteter på grund af helbredsproblemer eller sygdom indenfor de seneste 6 måneder, fordelt på køn og aldersgruppe. 2013-2021.**



## 8.4 Smerter eller ubehag

Svarpersonerne er blevet bedt om at vurdere, hvor generet de har været af en række forskellige smerter eller ubehag inden for de seneste 14 dage. I tabel 8.4.1 fremgår andelen blandt mænd og kvinder, der har været meget generet af smerter eller ubehag. For de fleste former for smerter og ubehag ses en stigende andel med stigende alder. For hovedpine ses dog ikke samme forskel på tværs af alder. Her ligger andelen på omkring 3 % blandt mænd og omkring 5 % blandt kvinder i alle aldersgrupper. For mænd ses heller ingen klar forskel på tværs af alder for henholdsvis smerter eller ubehag i skulder eller nakke, nedtrykthed, deprimeret eller ulykkelig, og ængstelse, nervøsitet, uro og angst. For både mænd (i alt 20,7 %) og kvinder (i alt 28,8 %) findes den højeste andel, der har været meget generet af smerter eller ubehag i arme, hænder, ben, knæ, hofter eller led.

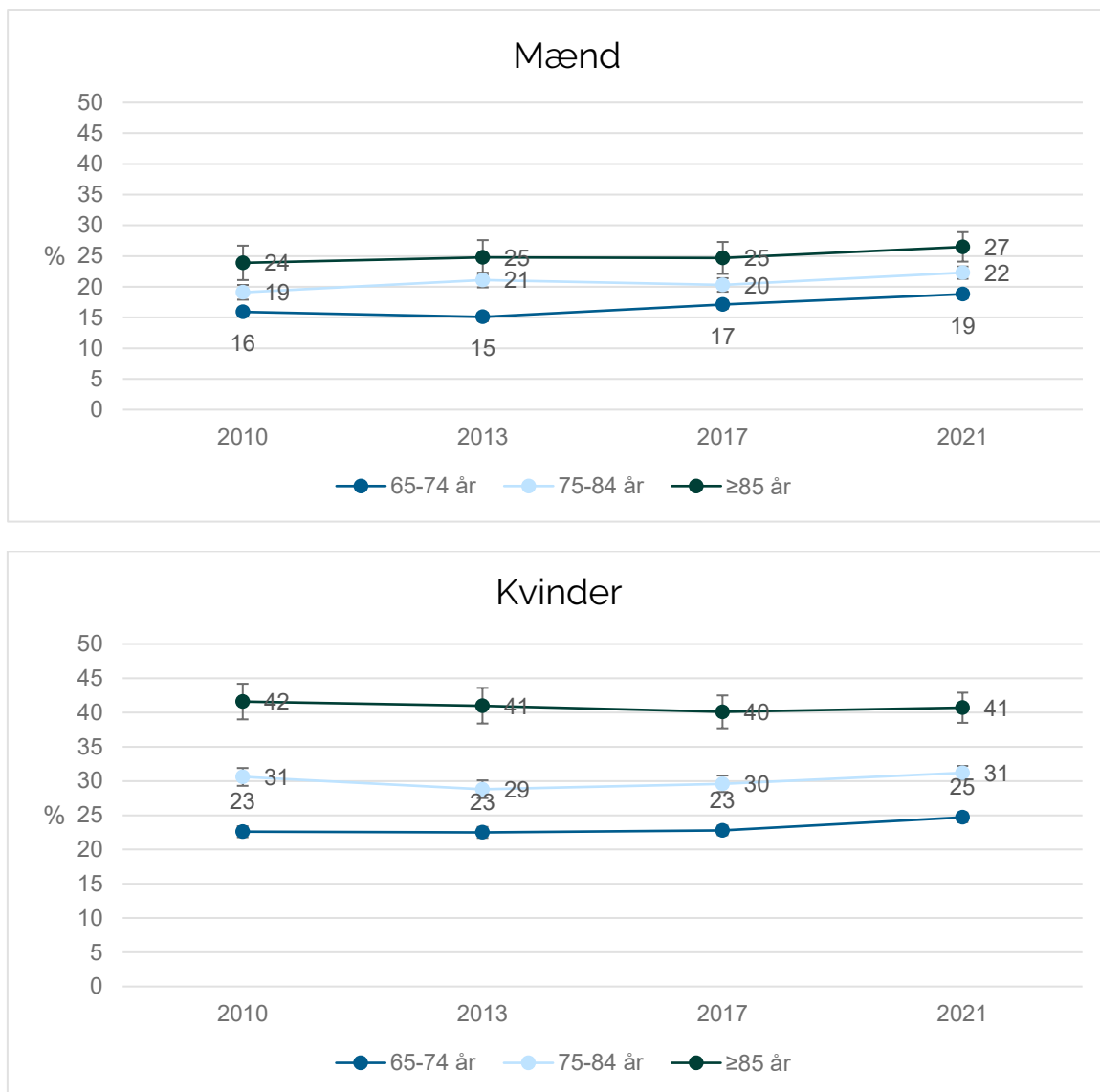
**Tabel 8.4.1. Andel, der har været meget generet af forskellige former for smerter eller ubehag indenfor de seneste 14 dage, fordelt på køn og aldersgruppe. 2021. Procent og minimum antal svarpersoner.**

	65-74 år	75-84 år	≥85 år	I alt
<b>Mænd</b>				
Smerter eller ubehag i skulder eller nakke	12,1	10,9	11,1	11,6
Smerter eller ubehag i arme, hænder, ben, knæ, hofter eller led	18,8	22,3	26,5	20,7
Smerter eller ubehag i ryg eller lænd	15,2	17,0	21,9	16,3
Træthed	11,6	14,0	19,6	13,1
Hovedpine	3,2	2,6	3,0	3,0
Søvnbesvær	9,0	9,8	10,6	9,4
Nedtrykthed, deprimeret eller ulykkelig	3,5	3,2	3,9	3,4
Ængstelse, nervøsitet, uro eller angst	3,2	3,0	4,2	3,2
Minimum antal svarpersoner	15.768	9.722	1.765	27.269
<b>Kvinder</b>				
Smerter eller ubehag i skulder eller nakke	15,6	16,2	19,5	16,3
Smerter eller ubehag i arme, hænder, ben, knæ, hofter eller led	24,7	31,2	40,7	28,8
Smerter eller ubehag i ryg eller lænd	20,1	25,2	31,9	23,2
Træthed	13,8	17,3	27,4	16,5
Hovedpine	5,0	4,6	4,8	4,8
Søvnbesvær	15,1	16,0	18,2	15,8
Nedtrykthed, deprimeret eller ulykkelig	5,6	5,8	6,9	5,8
Ængstelse, nervøsitet, uro eller angst	5,9	6,1	8,0	6,2
Minimum antal svarpersoner	17.200	10.450	2.332	29.982



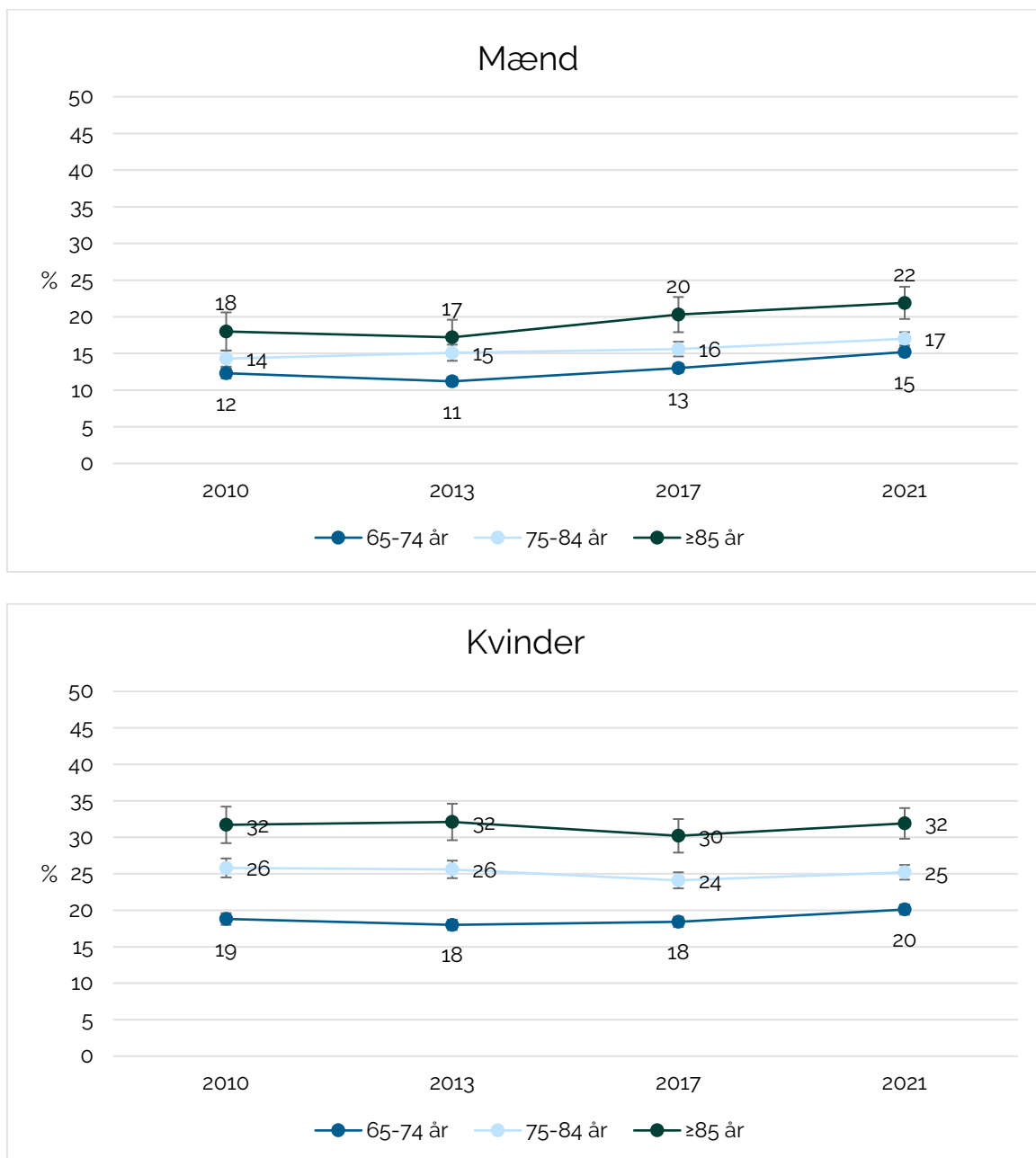
Figur 8.4.1 viser udviklingen i andelen, der har været meget generet af smerter i arme, hænder, ben, knæ, hofter eller led inden for de seneste 14 dage, fra 2010 til 2021. For både mænd og kvinder og i alle aldersgrupper ses ingen nævneværdig udvikling.

**Figur 8.4.1. Andel, der har været meget generet af smerter i arme, hænder, ben, knæ, hofter eller led inden for de seneste 14 dage, fordelt på køn og aldersgruppe. 2010-2021.**



Figur 8.4.2 viser udviklingen i andelen, der har været meget generet af smerter i ryg og lænd inden for de seneste 14 dage, fra 2010 til 2021. For mænd ses en stigning i andelen i alle aldersgrupper fra 2013 til 2021, mens der for kvinder ikke ses nogen nævneværdig udvikling.

**Figur 8.4.2. Andel, der har været meget generet af smerter i ryg og lænd inden for de seneste 14 dage, fordelt på køn og aldersgruppe. 2010-2021.**



Andelen, der har smerter, der har varet i mere end 6 måneder, er forholdsvis ens i aldersgrupperne 65-74 år og 75-84 år, blandt kvinder ca. 35 % og blandt mænd ca. 28 % (tabel 8.4.2). Andelen er større blandt både mænd (33,1 %) og kvinder (43,5 %) i alderen 85 år eller derover.

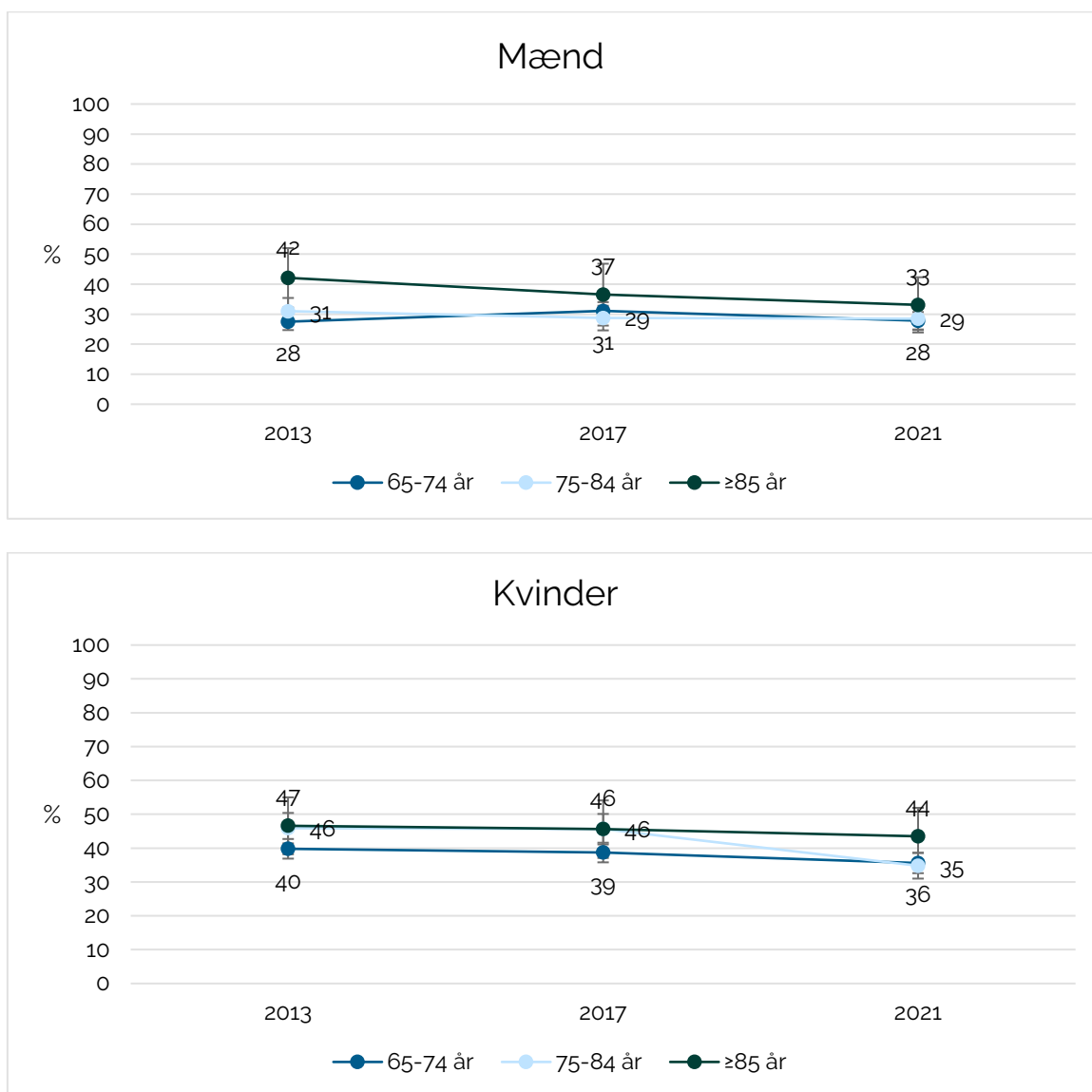
**Tabel 8.4.2. Andel, der har langvarige smerter, der har varet i mere end 6 måneder, fordelt på køn og aldersgruppe. 2021. Procent og antal svarpersoner.**

	65-74 år	75-84 år	≥85 år	I alt
<b>Mænd</b>				
Procent	27,8	28,5	33,1	28,4
Antal svarpersoner	1.030	638	124	1.792
<b>Kvinder</b>				
Procent	35,6	34,8	43,5	36,0
Antal svarpersoner	1.139	719	152	2.010

*Den Nationale Sundhedsprofil 2021*

Figur 8.4.3 viser andelen, der har langvarige smerter, der har varet i mere end 6 måneder, opdelt på køn og aldersgrupper fra 2013 til 2021. Blandt mænd ses et fald i aldersgruppen 85 år eller derover fra 42 % i 2013 til 33 % i 2021. For de øvrige aldersgrupper er andelen forholdsvis ens fra 2013 til 2021. For kvinder ses en faldende tendens i alle aldersgrupper, med det mest markant fald blandt de 75-84-årige fra 46 % i 2017 til 35 % i 2021.

**Figur 8.4.3. Andel, der har langvarige smerter, der har varet i mere end 6 måneder, fordelt på køn og aldersgruppe. 2013-2021.**



## 9. Brug af sundhedsvæsenet og håndkøbsmedicin

I dette kapitel præsenteres andelen af ældre, der svarer, at de har været ved egen læge i løbet af de seneste 12 måneder, samt hvornår de sidst har fået målt henholdsvis deres blodtryk, kolesterol og syn. Desuden præsenteres andelen, der angiver, at de har taget forskellige former for håndkøbsmedicin inden for de seneste 14 dage og seneste år.

### 9.1 Kontakt til egen læge

Andelen på 65 år eller derover, der angiver, at de har været ved egen læge i løbet af de seneste 12 måneder, er lige stor blandt mænd (i alt 84,4 %) og kvinder (i alt 83,5 %) (tabel 9.1.1). Blandt begge køn er andelen større i aldersgruppen 75-84 år end i aldersgruppen 65-74 år, mens der ikke er nogen nævneværdig forskel på andelen i aldersgruppen 75-84 år og 85 år eller derover.

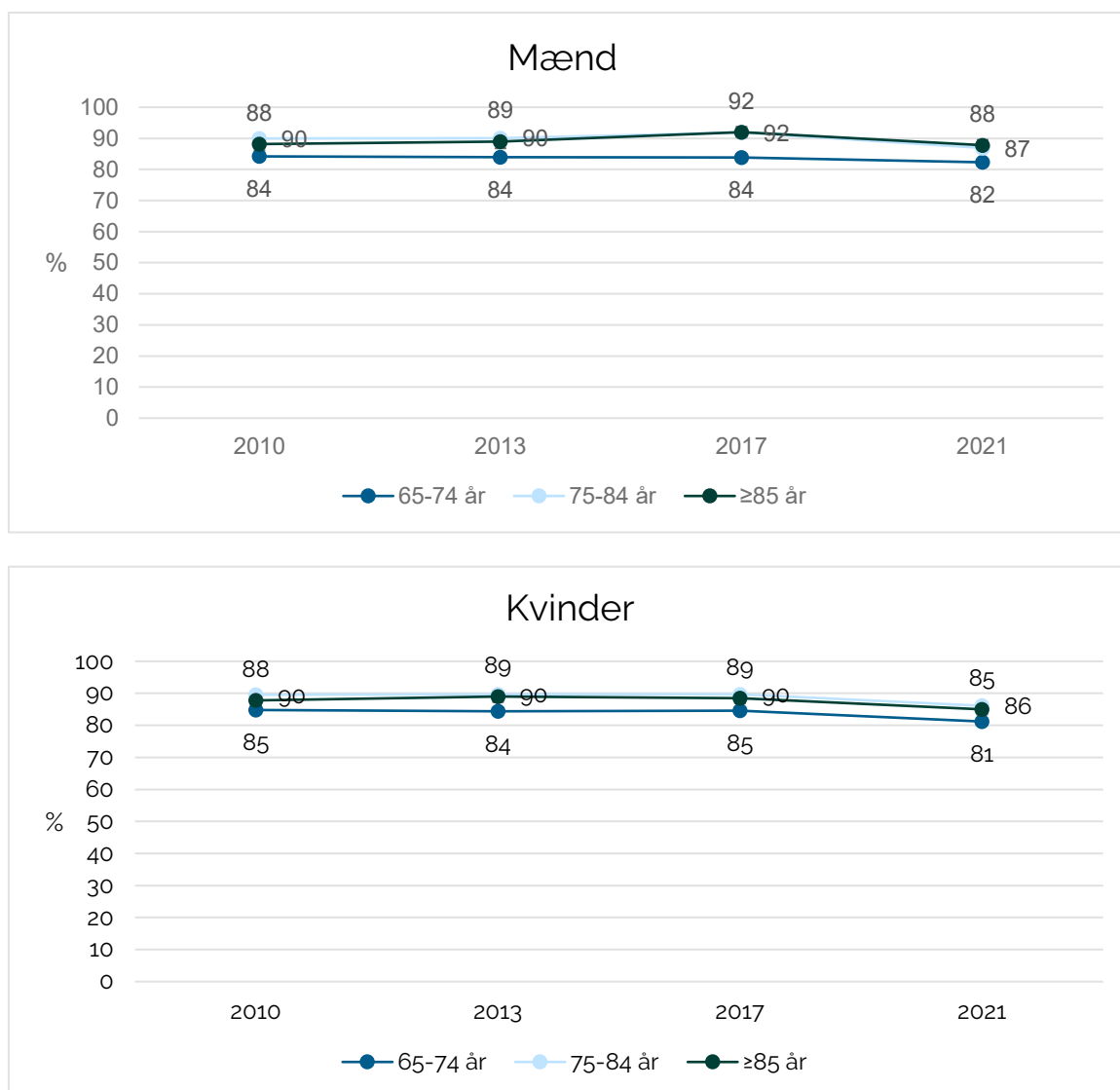
**Tabel 9.1.1. Andel, der været ved egen læge i løbet af de seneste 12 måneder, blandt mænd og kvinder på 65 år eller derover, fordelt på køn og aldersgruppe. 2021. Procent og antal svarpersoner.**

	65-74 år	75-84 år	≥85 år	I alt
<b>Mænd</b>				
Procent	82,3	86,9	87,8	84,4
Antal svarpersoner	15.632	9.698	1.785	27.115
<b>Kvinder</b>				
Procent	81,2	86,1	85,0	83,5
Antal svarpersoner	17.152	10.585	2.449	30.186

*Den Nationale Sundhedsprofil 2021*

Figur 9.1.1 viser udviklingen i andelen, der har været ved egen læge i løbet af de seneste 12 måneder. Der ses ingen nævneværdig udvikling i andelen, der har været ved egen læge i løbet af de seneste 12 måneder i perioden 2010 til 2017. Fra 2017 til 2021 ses et lille fald i alle aldersgrupper og blandt begge køn. Eksempelvis faldt andelen blandt de 65-74-årige fra 84 % til 82 % blandt mænd og fra 85 % til 81 % blandt kvinder. Antallet af kontakter til almen praksis faldt i forbindelse med covid-19 pandemien, hvor myndighederne indførte en række tiltag med henblik på at reducere aktiviteten i sundhedsvæsnet og derved mindske smittespredningen og øge kapaciteten til at håndtere en potentiel hastigt voksende pandemi (54). Dette kan muligvis forklare en del af det fald i andelen, der har været ved egen læge, der ses fra 2017 til 2021 blandt ældre.

**Figur 9.1.1. Andel, der har været ved egen læge i løbet af de seneste 12 måneder, fordelt på køn og aldersgruppe. 2010-2021.**



Tabel 9.1.2 viser andelen, der inden for de seneste 3 år har fået henholdsvis målt blodtryk, kontrolleret syn og fået målt kolesterol. For både mænd og kvinder har flertallet fået målt blodtryk, kontrolleret syn og fået målt kolesterol inden for de seneste 3 år, og andelen er større i aldersgruppen 75-84 år end i aldersgruppen 65-74 år. Der er for få respondenter, der i aldersgruppen 85 år eller derover har angivet svar for om de har fået målt blodtryk blandt begge køn og fået kontrolleret syn blandt mænd til at tal herfor kan vises. Blandt mænd er andelen, der har fået målt kolesterol inden for de seneste 3 år, mindre i aldersgruppen 85 år eller derover (82,1 %) end i aldersgruppen 75-84 år (88,7 %). For kvinder er andelen i de to aldersgrupper forholdsvis ens (85,0 % blandt de 75-84-årige og 86,0 % i gruppen 85 år eller derover). For kvinder er andelen, der har fået kontrolleret syn inden for de seneste 3 år, ligeledes mindre i aldersgruppen 85 år eller derover (84,5 %) end i aldersgruppen 75-84 år (87,8 %).

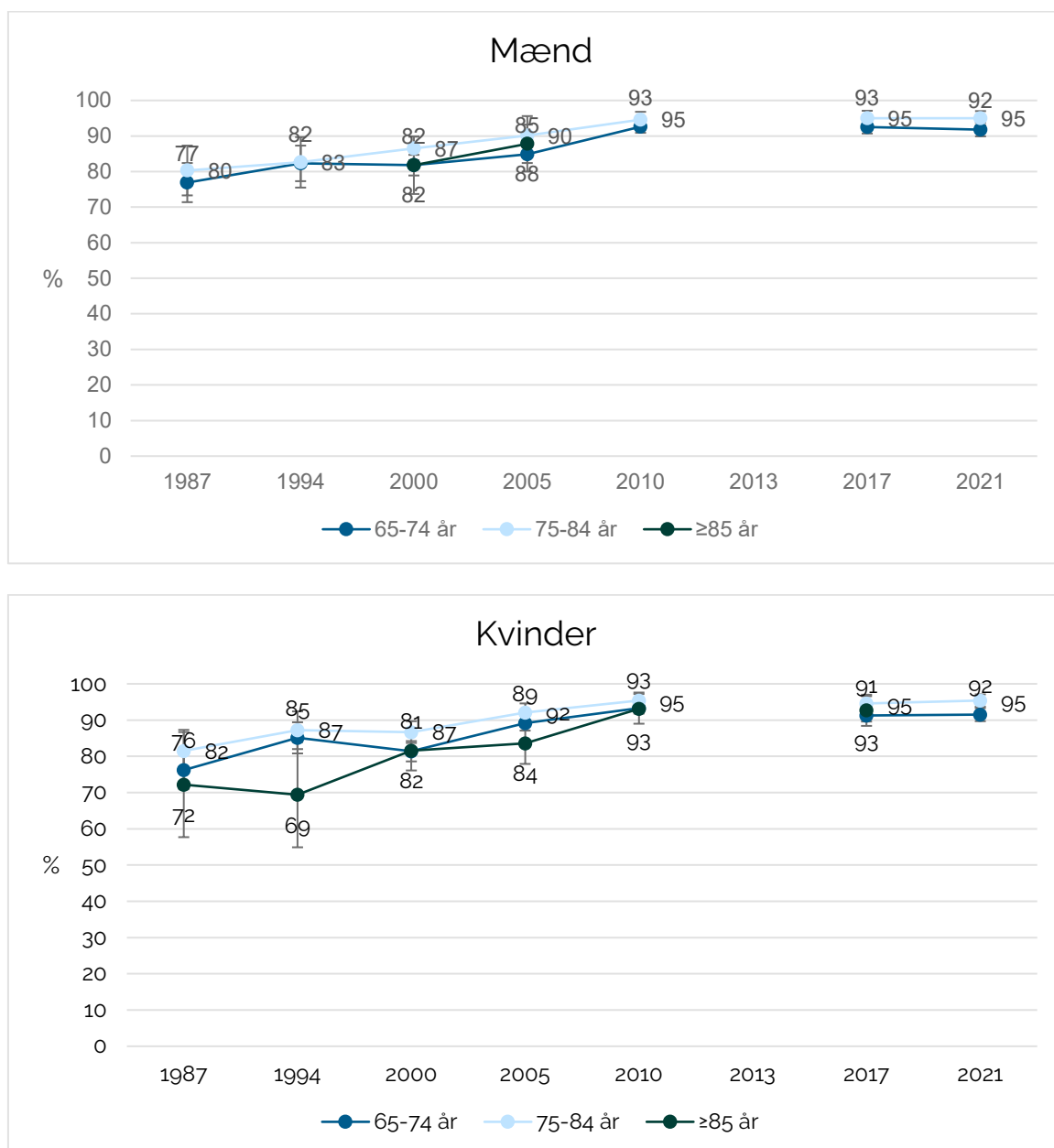
**Tabel 9.1.2. Andel der, inden for de seneste 3 år har fået hhv. målt blodtryk, kontrolleret syn, fået målt kolesterol, fordelt på køn og aldersgruppe. 2021. Procent og minimum antal svarpersoner.**

	65-74 år	75-84 år	≥85 år	I alt
<b>Mænd</b>				
Målt blodtryk inden for 3 år	91,8	95,0		93,2
Kontrolleret syn inden for 3 år	79,0	84,5		81,9
Målt kolesterol inden for 3 år	81,9	88,7	82,1	84,3
Minimum antal svarpersoner	982	599	111	1.692
<b>Kvinder</b>				
Målt blodtryk inden for 3 år	91,5	95,4		93,4
Kontrolleret syn inden for 3 år	85,9	87,8	84,8	86,5
Målt kolesterol inden for 3 år	80,7	85,0	86,1	82,7
Minimum antal svarpersoner	1.070	659	124	1.853

Den Nationale Sundhedsprofil 2021

Andelen, der har fået målt blodtryk og kontrolleret syn, er opgjort siden 1987, mens andelen, der har fået målt kolesterol, er opgjort siden 1994. Der er ikke opgørelser for 2013, da spørgsmålet ikke indgik i spørgeskemaet. Der er ikke lavet opgørelser for måling af blodtryk blandt mænd i alderen 85 år eller derover i 1987, 1994, 2010, og 2017 blandt mænd og for både mænd og kvinder i 2021 på grund af for få svarpersoner. Der er ikke lavet opgørelser for kontrol af syn for både mænd og kvinder i alderen 85 år eller derover i 1987 og 1994 og blandt mænd i 2021 på grund af for få svarpersoner. Der er ikke lavet opgørelser for måling af kolesterol for mænd og kvinder i 1987, da spørgsmålet ikke indgik i undersøgelsen, og blandt mænd og kvinder i alderen 85 år eller derover i 1994 på grund af for få svarpersoner. Det fremgår af figur 9.1.2, at andelen, der har fået målt blodtryk inden for de seneste 3 år, er steget i perioden 1987 til 2010 i alle tre aldersgrupper, hvorefter der ses en stagnation. Mønstret ses både blandt mænd og kvinder.

**Figur 9.1.2. Andel, der inden for de seneste 3 år har fået målt blodtryk, fordelt på køn og aldersgruppe. 1987-2021.**

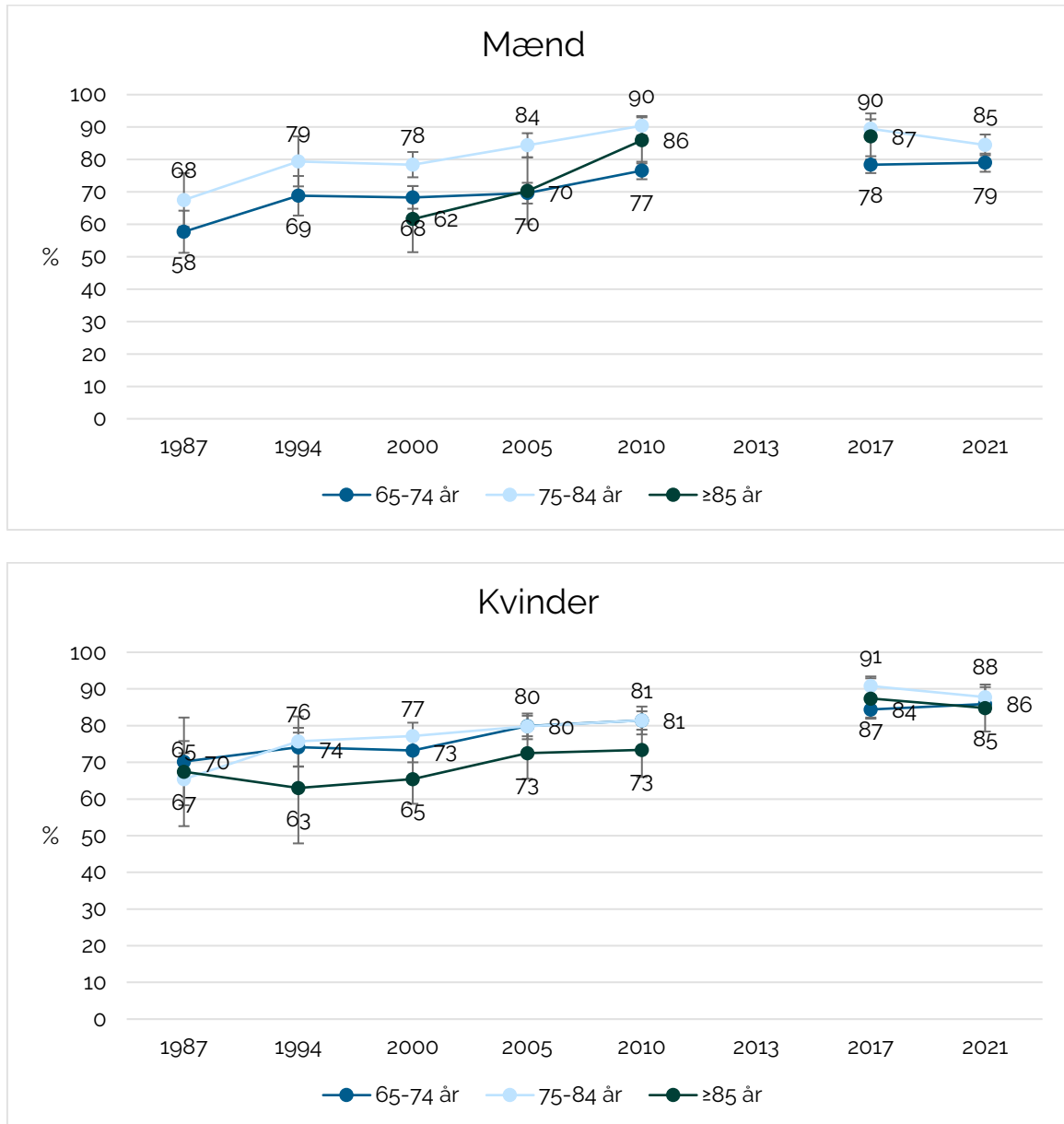


Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 1987, 1994, 2000, 2005, 2010, 2017 og 2021

Andelen blandt mænd og kvinder, der har fået kontrolleret synet, er steget i perioden 1987 til 2017 (figur 9.1.3). Fra 2017-2021 ses en fortsat stigning i andelen blandt de 65-74-årige og et fald i andelen blandt de 74-85-årige blandt mænd fra 90 % til 85 % og blandt kvinder fra 91 % til 88 %. Andelen, der har fået kontrolleret synet, er ligeledes faldet blandt kvinder på 85 år eller derover fra 87 % i 2017 til 85 % i 2021.



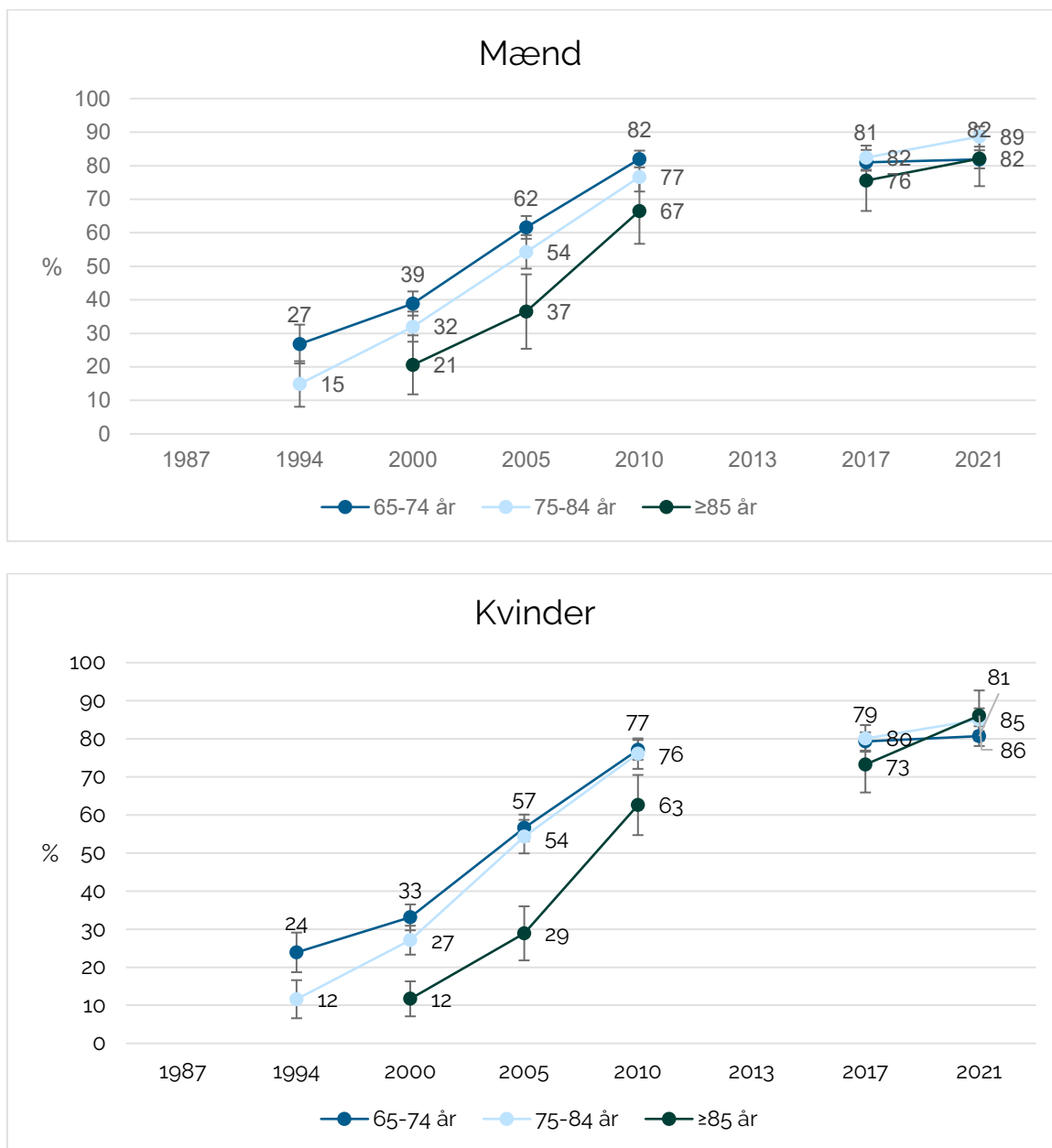
**Figur 9.1.3. Andel, der inden for de seneste 3 år har fået kontrolleret syn, fordelt på køn og aldersgruppe. 2010-2021.**



Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 1987, 1994, 2000, 2005, 2010, 2017 og 2021

Der ses en markant stigning mellem 1994 og 2021 blandt begge køn og i alle aldersgrupper, og særligt mellem 1994 og 2010, i andelen, der har fået målt kolesterol inden for de seneste 3 år (figur 9.1.4).

**Figur 9.1.3. Andel, der inden for de seneste år har fået målt kolesterol, fordelt på køn og aldersgruppe. 2010-2021.**



Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 1987, 1994, 2000, 2005, 2010, 2017 og 2021

## 9.2 Brug af håndkøbsmedicin

I tabel 9.2.1 vises andelen, der har taget håndkøbsmedicin inden for de seneste 14 dage og inden for det seneste år. I alt har 42,9 % blandt mænd og 50,9 % blandt kvinder taget håndkøbsmedicin inden for de seneste 14 dage, mens andelen er henholdsvis 67,0 % og 74,0 % inden for det seneste år. Andelen, der har taget håndkøbsmedicin inden for de seneste 14 dage og inden for det seneste år falder med stigende alder blandt både mænd og kvinder.

**Tabel 9.2.1. Andel, der inden for de seneste 14 dage eller inden for det seneste år har taget håndkøbsmedicin, fordelt på køn og aldersgruppe. 2021. Procent og antal svarpersoner.**

	65-74 år	75-84 år	≥85 år	I alt
<b>Mænd</b>				
Inden for seneste 14 dage	43,9	41,9	40,6	42,9
Inden for seneste år	69,1	65,3	58,0	67,0
Antal svarpersoner	1.019	631	122	1.772
<b>Kvinder</b>				
Inden for seneste 14 dage	51,7	51,2	44,8	50,9
Inden for seneste år	76,3	73,0	64,5	74,0
Antal svarpersoner	1.137	719	155	2.011

Tabel 9.2.2 viser andelen, der inden for de seneste 14 dage har taget forskellige former for hyppigt anvendte håndkøbspræparater mod forskellige lidelser. Den største andel har taget håndkøbsmedicin mod smerter (i alt 25,1 % blandt mænd og 35,4 % blandt kvinder). For alle medicintyper er andelen af kvinder, der rapporterer at have taget denne type håndkøbspræparat, større end blandt mænd, mens der ikke ses nogen klare forskelle på tværs af alder.

**Tabel 9.2.2. Andel, der inden for de seneste 14 dage har taget forskellige former for håndkøbsmedicin, fordelt på køn og aldersgruppe. 2021. Procent og minimum antal svarpersoner.**

	65-74 år	75-84 år	≥85 år	I alt
<b>Mænd</b>				
Forstoppelse	5,8	7,8		6,5
Søvnproblemer	9,9	8,0	15,6	9,6
Mavesyre eller halsbrænd	13,8	15,9	8,5	14,2
Smerter	27,8	20,9	22,5	25,1
Minimum antal svarpersoner	1.016	628	120	1.764
<b>Kvinder</b>				
Forstoppelse	10,4	11,0	11,7	10,7
Søvnproblemer	11,0	14,6	12,2	12,5
Mavesyre eller halsbrænd	15,3	14,8	8,9	14,5
Smerter	35,3	36,3	32,3	35,4
Minimum antal svarpersoner	1.132	715	152	2.001

*Den Nationale Sundhedsprofil 2021*

Da spørgsmålene om brug af håndkøbsmedicin er stillet første gang i 2021, kan udvikling ikke vises.

# 10. Restlevetid og dødelighed

## 10.1 Restlevetid

Restlevetiden er det forventede antal år, som personer i en given alder har tilbage at leve i, hvis deres dødelighed fremover svarer til det niveau, som er konstateret i den aktuelle periode, her i årene 2020-2021.

Restlevetiden for borgere på henholdsvis 65 år, 75 år, 85 år og 95 år fremgår af tabel 12.1.1. Restlevetid for en 65-årig er 18,0 år for mænd og 20,7 år for kvinder. Det betyder, at en 65-årig mand kan forvente at blive 83,0 år gammel, mens en 65-årig kvinde kan forvente at blive 85,7 år gammel. For en 95-årig mand er restlevetiden 2,3 år og for kvinder 2,8 år, hvorfor 95-årige mænd kan forvente at blive 97,3 år, og 95-årige kvinder kan forvente at blive 97,8 år

**Tabel 10.1.1. Restlevetiden for 65-årige, 75-årige, 85-årige og 95-årige mænd og kvinder. 2020-2021. Gennemsnitligt antal restlevetid i år**

	Mænd	Kvinder
65 år	18,0	20,7
75 år	11,0	12,9
85 år	5,4	6,6
95 år	2,3	2,8

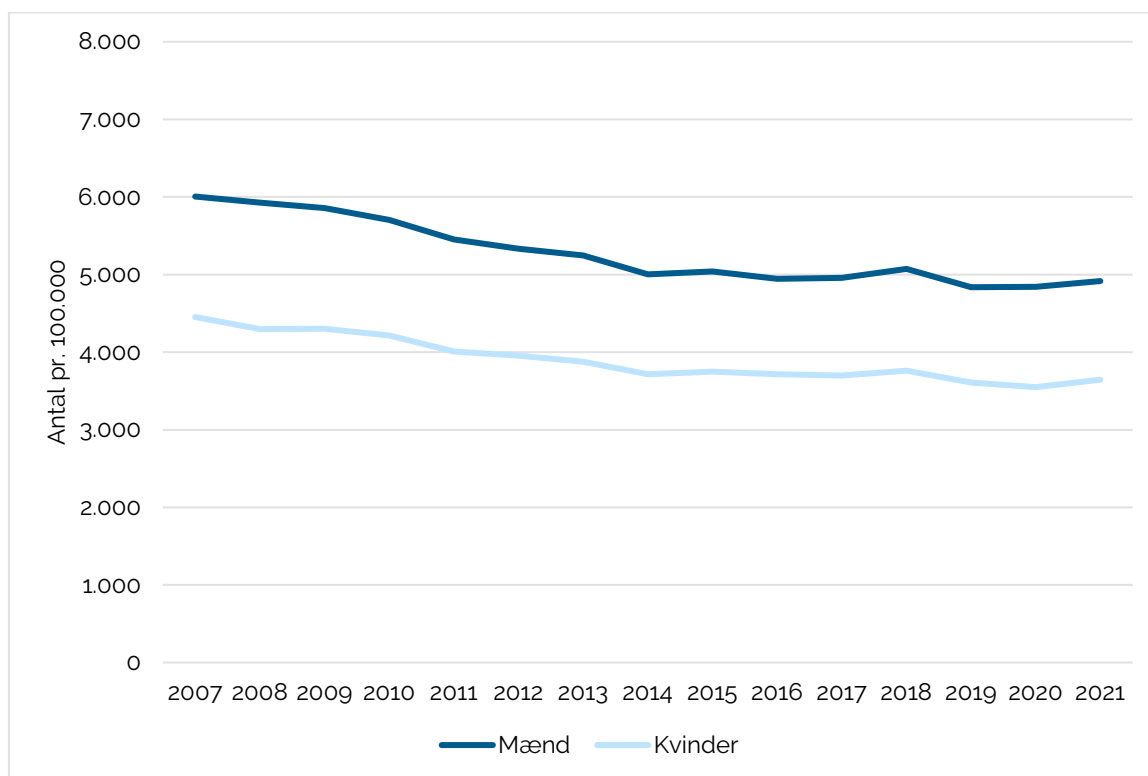
Statistikbanken, Danmarks Statistik

## 10.2 Dødelighed

I dette afsnit belyses dødelighed. Dødeligheden er opgjort som dødsrater (antal døde pr. 100.000 personer) i 2021 og udviklingen siden 2007. For at tage højde for, at alderssammensætningen blandt 65-årige eller derover i Danmark har ændret sig fra 2007 til 2021, er der lavet en aldersstandardisering. De angivne dødeligheder er således den dødelighed, man ville finde i de enkelte år, hvis alderssammensætningen i det givne år havde været som i 2021. Den aldersstandardiserede dødelighed er altså kønsspecifikke dødsrater inden for aldersgrupperne 65-74 år, 75-84 år og ≥85 år.

Figur 10.2.1 viser den aldersstandardiserede dødelighed blandt personer på 65 år og derover fra 2007 til 2021 blandt mænd og kvinder. Der ses en generel faldende dødelighed blandt begge køn. Fra 2019 til 2021 blandt mænd og fra 2020 til 2021 blandt kvinder ses en lille stigning i dødeligheden, som vurderes til dels at skyldes covid-19 pandemien (55).

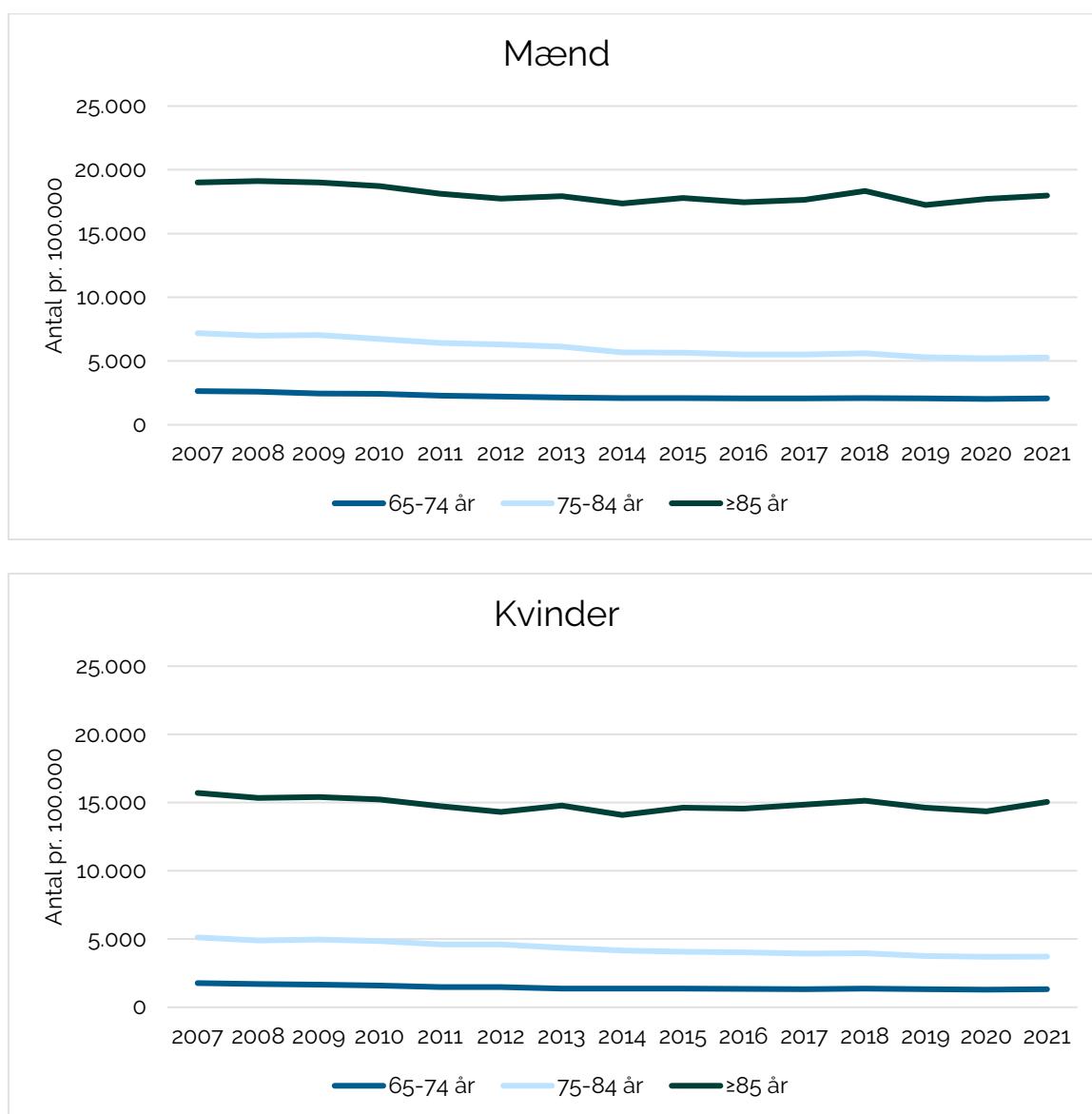
**Figur 10.2.1. Aldersstandardiseret dødelighed (antal pr. 100.000 personer) blandt personer på 65 år og derover, fordelt på køn.**



Dødsårsagsregisteret

Figur 10.2.2 viser den aldersstandardiserede dødelighed fra 2007 til 2021 blandt mænd og kvinder i de tre aldersgrupper. Det fremgår heraf, at dødeligheden stiger med stigende alder og er højest blandt ældre  $\geq 85$  år. Der ses ligeledes en generel faldende dødelighed i alle aldersgrupper blandt begge køn. I aldersgruppen  $\geq 85$  år ses blandt mænd en lille stigning i dødeligheden fra 2019 til 2021 og blandt kvinder fra 2020 til 2021.

**Figur 10.2.2. Aldersstandardiseret dødelighed (antal pr. 100.000 personer) blandt personer på 65 år og derover, fordelt på køn og aldersgruppe.**

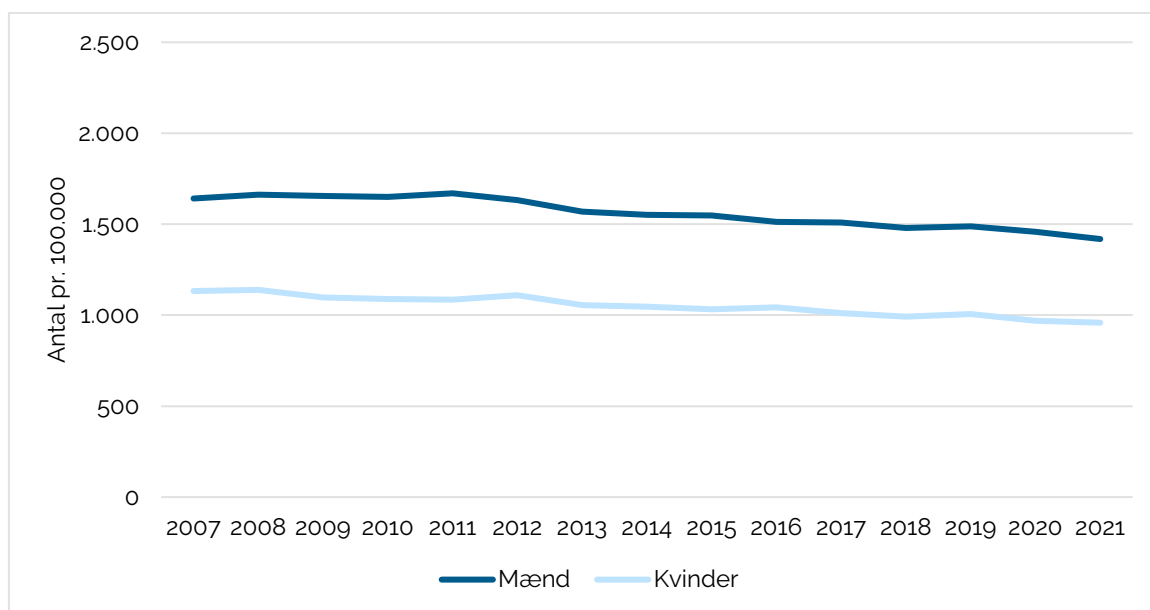


### 10.3 Årsagsspecifik dødelighed

Den årsagsspecifikke dødelighed afspejler dels sygdomsforekomsten i befolkningen, dels behandlingsmuligheder og dermed muligheden for at overleve med en given sygdom. I figurerne 10.3.1-10.3.6 vises udviklingen i den årsagsspecifikke dødelighed for udvalgte sygdomme, som er særligt hyppige eller relevante. Det gælder henholdsvis kræftsygdomme, hjertekarsygdomme, demenssygdomme og andre naturlige dødsårsager (eksempelvis infektionssygdomme og diabetes), ulykker og selvmord i perioden 2007 til 2021. De årsagsspecifikke dødeligheder er opgjort som aldersstandardiserede rater for den samlede ældregruppe på 65 år og derover, hvor antallet af dødsfald med den givne sygdom, anført som enten tilgrundliggende eller medvirkende dødsårsag, er opgjort pr. 100.000 personer.

Det fremgår i figur 10.3.1, at for kræftsygdomme har mænd en højere dødelighed end kvinder, og der ses en faldende tendens i dødelighed af kræft gennem hele perioden blandt kvinder og blandt mænd fra 2011 og frem.

**Figur 10.3.1. Aldersstandardiseret dødelighed på grund af kræftsygdomme (antal pr. 100.000 personer) blandt mænd og kvinder på 65 år eller derover. 2007-2021.**

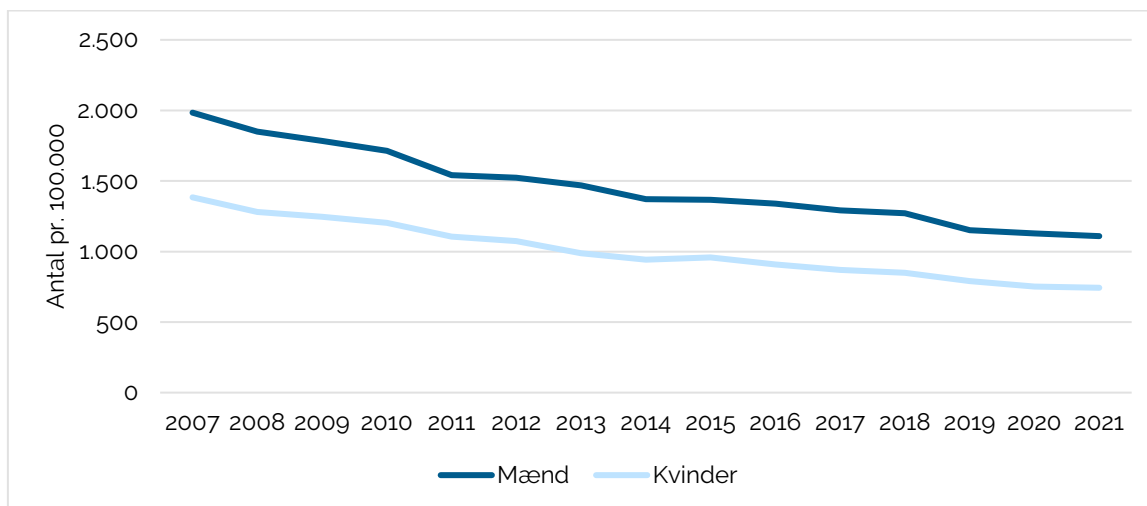


Dødsårsagsregisteret

For hjertekarsygdomme er dødeligheden faldende i hele perioden 2007 til 2021 for både mænd og kvinder (figur 10.3.2). Dødeligheden er i hele perioden højere blandt mænd end blandt kvinder. Indtil 2011 falder dødeligheden blandt mænd mere end blandt kvinder, og igen i 2018 til 2019 ses et større fald blandt mænd, hvorefter dødeligheden for de to køn falder parallelt frem mod 2021.



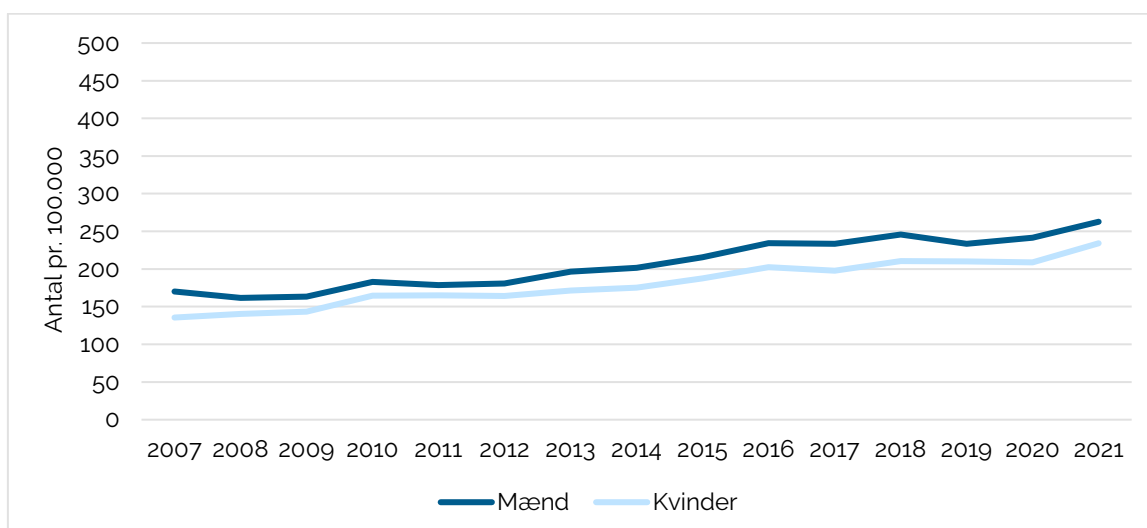
**Figur 10.3.2. Aldersstandardiseret dødelighed på grund af hjertekarsygdomme (antal pr. 100.000 personer) blandt mænd og kvinder på 65 år eller derover. 2007-2021.**



Dødsårsagsregisteret

For demenssygdomme ses en stigning i dødeligheden i hele perioden blandt både mænd og kvinder (figur 10.3.3). Igen ses en højere dødelighed blandt mænd end blandt kvinder i alle år. Selvom antallet af nye tilfælde (incidensen) af demenssygdomme har været faldende siden 2003, er antallet, der lever med demens (prævalensen), stadig stigende (56), og derfor ses også en stigende dødelighed af demenssygdomme.

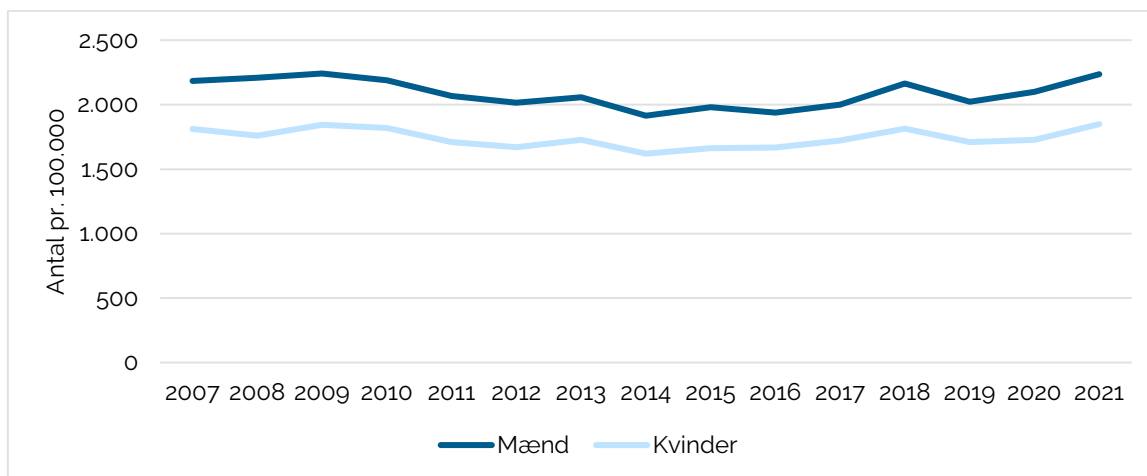
**Figur 10.3.3. Aldersstandardiseret dødelighed på grund af demenssygdomme (antal pr. 100.000 personer) blandt mænd og kvinder på 65 år eller derover. 2007-2021.**



Dødsårsagsregisteret

Ser man på andre naturlige dødsårsager (figur 10.3.4), der omfatter øvrige sygdomme end kræft og hjerte-karsygdomme, er mænds dødelighed ligeledes højere end kvinders. Dødeligheden af andre naturlige årsager er forholdsvis stabil i hele perioden. Der ses en lille stigning i dødeligheden af anden naturlig årsag fra 2019 til 2021, som vurderes til dels skyldes covid-19 pandemien (55).

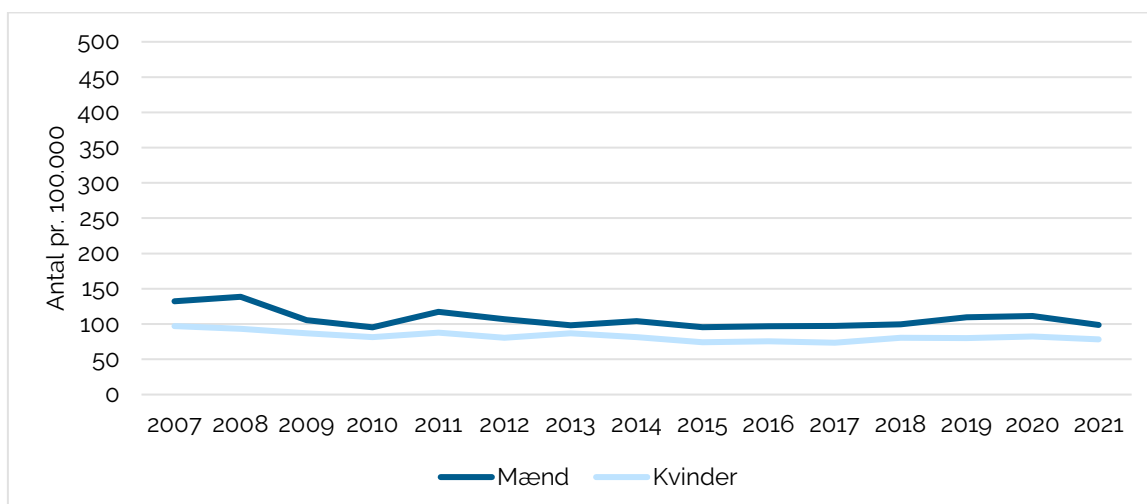
**Figur 10.3.4. Aldersstandardiseret dødelighed på grund af anden naturlig dødsårsag (antal pr. 100.000 personer) blandt mænd og kvinder på 65 år eller derover. 2007-2021.**



Dødsårsagsregisteret

Dødsfald på grund af ulykker har siden år 2007 været svagt faldende, og den årlige rate pr 100.000 ligger i 2021 på 99 for mænd og 78 for kvinder (figur 10.3.5).

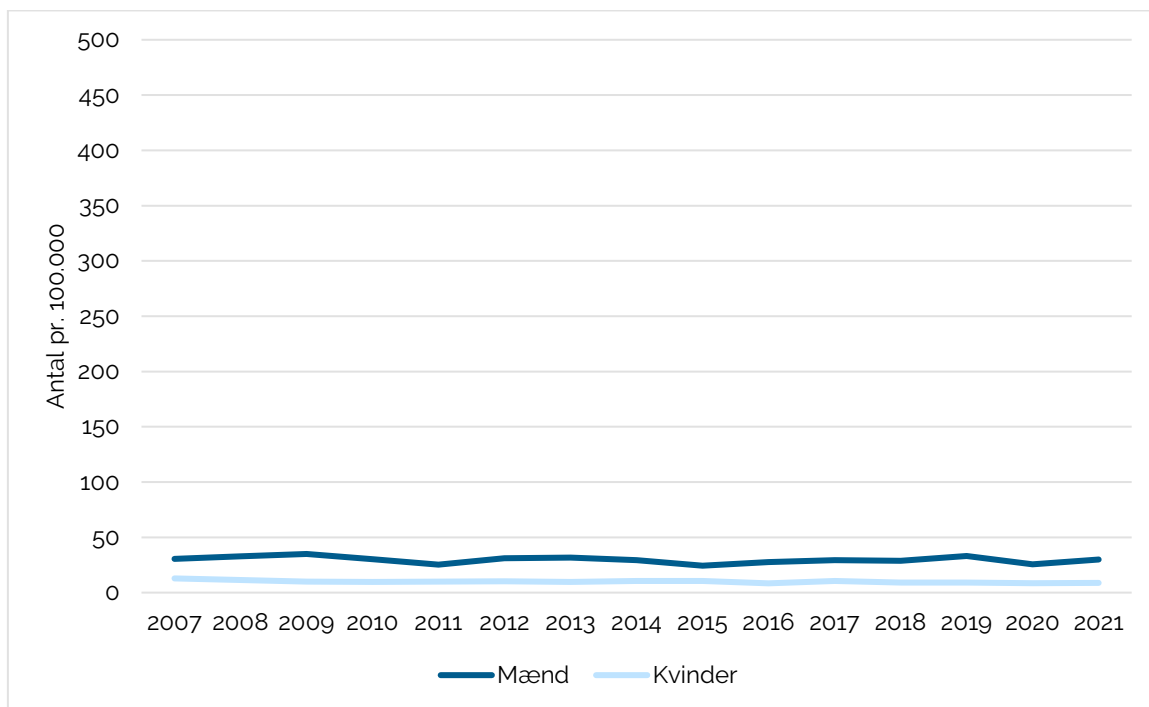
**Figur 10.3.5. Aldersstandardiseret dødelighed på grund af ulykker (antal pr. 100.000 personer) blandt mænd og kvinder på 65 år eller derover. 2007-2021.**



Dødsårsagsregisteret

Raten for dødsfald som følge af selvmord er forholdsvis stabil og lav gennem hele perioden fra 2007 til 2021 (figur 10.3.6). Blandt mænd er raten 30 og blandt kvinder 9 pr. 100.00 personer i 2021. Mænd har næsten 3 gange så høj dødelighed som følge af selvmord som kvinder gennem hele perioden.

**Figur 10.3.5. Aldersstandardiseret dødelighed på grund af selvmord (antal pr. 100.000 personer) blandt mænd og kvinder på 65 år eller derover, 2007-2021.**



Dødsårsagsregisteret

# 11. Ulighed i sundhed, forskelle på tværs af uddannelse

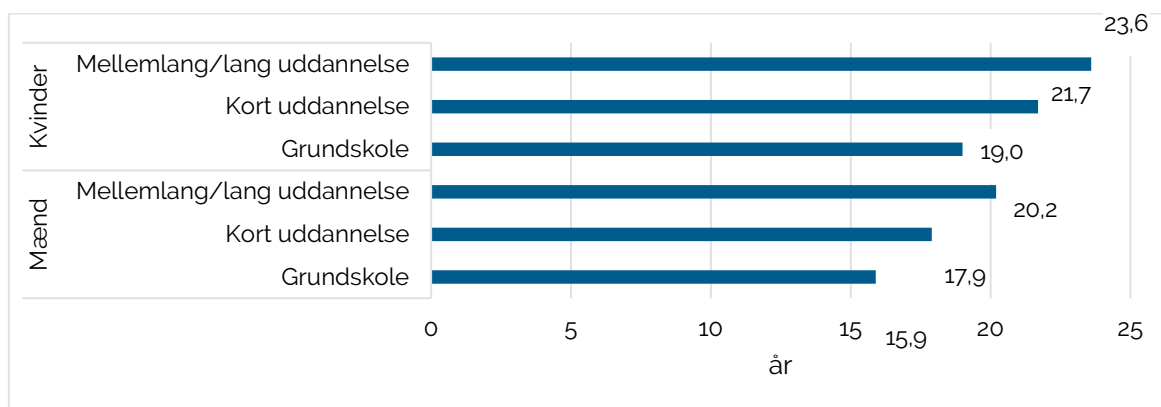
## 11.1 Helbred og trivsel

Det er velkendt, at socioøkonomiske forhold som uddannelsesniveau og indkomst har betydning for sundheden. I dette kapitel præsenteres en række udvalgte indikatorer opdelt på uddannelsesgrupper som mål for social ulighed. Uddannelsesniveauet er defineret ud fra oplysninger om længste fuldførte uddannelse og erhvervsuddannelse (6). Uddannelsesniveau påvirker ofte både viden om sundhed og sundhedsadfærd, levevilkår, indkomst, arbejdsforhold og boligforhold gennem livet og vil ligeledes kunne have betydning for sundhedstilstanden sent i livet (57).

I dette kapitel ses på uddannelsesmæssige forskelle i forskellige centrale indikatorer fra Den Nationale Sundhedsprofil og Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen i år 2021 blandt ældre over 65 år. Da aldersfordelingen inden for uddannelsesgrupper er forskellig (eksempelvis er 43 % blandt dem med grundskole 65-74 år, mens det drejer sig om 64 % blandt dem med mellemlang/lang uddannelse), er forekomsterne i dette kapitel aldersstandardiseret. Herved opnås, at evt. uddannelsesmæssige forskelle ikke er påvirket af en forskellig alderssammensætning i grupperne.

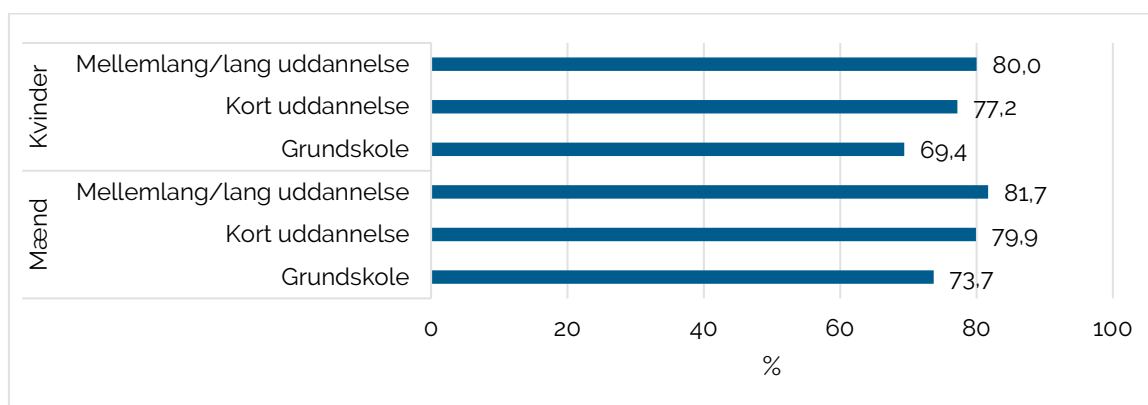
Figur 11.1.1 viser forventet restlevetid i år blandt 65-årige fordelt på uddannelsesniveau. Her ses en klar social gradient således at 65-årige med længere uddannelse kan forvente længere levetid. Eksempelvis kan en kvinde med grundskole som længste uddannelse forvente at leve yderligere 19,0 år, mens en kvinde med en mellemlang eller lang uddannelse kan forvente at leve yderligere 23,6 år.

**Figur 11.1.1. Restlevetid i år blandt 65-årige, fordelt på køn og uddannelse 2021**



Figur 11.1.2 viser andelen med et fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred efter uddannelse i 2021 blandt ældre på 65 år eller derover. Det ses ligeledes en social gradient, hvor andelen af ældre med fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred er højest blandt dem med mellemlang eller lang uddannelse både blandt mænd og kvinder, mens andelen er lavest blandt dem med grundskole.

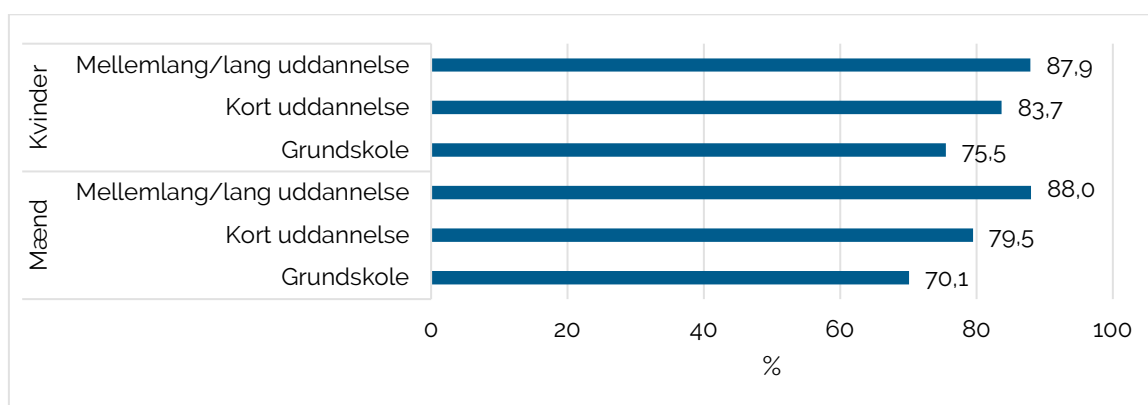
**Figur 11.1.2. Andel med fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred blandt mænd og kvinder på 65 år eller derover, fordelt på uddannelse. 2021.**



Den Nationale Sundhedsprofil 2021

Figur 11.1.3 viser andelen, der uden besvær kan læse en avistekst. For begge køn gælder det, at andelen, der kan læse en avistekst uden besvær, stiger med stigende uddannelsesniveau.

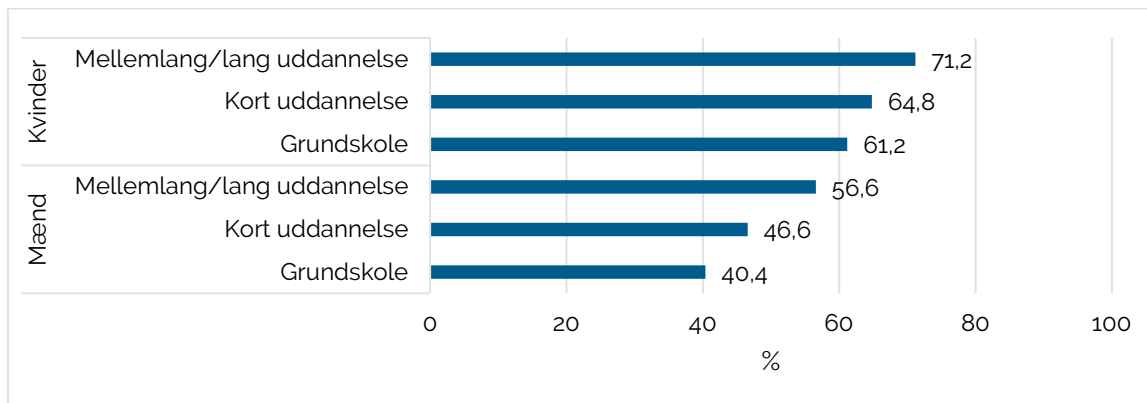
**Figur 11.1.3. Andel, der uden besvær kan læse en avistekst blandt mænd og kvinder på 65 år eller derover, fordelt på uddannelse. 2021.**



Den Nationale Sundhedsprofil 2021

Figur 11.1.4 viser andelen, der uden besvær kan høre, hvad der bliver sagt i en samtale. For begge køn gælder det, at andelen, der kan høre, hvad det bliver sagt i en samtale uden besvær, stiger med stigende uddannelsesniveau. Andelen er for alle uddannelsesgrupper større blandt kvinder end blandt mænd.

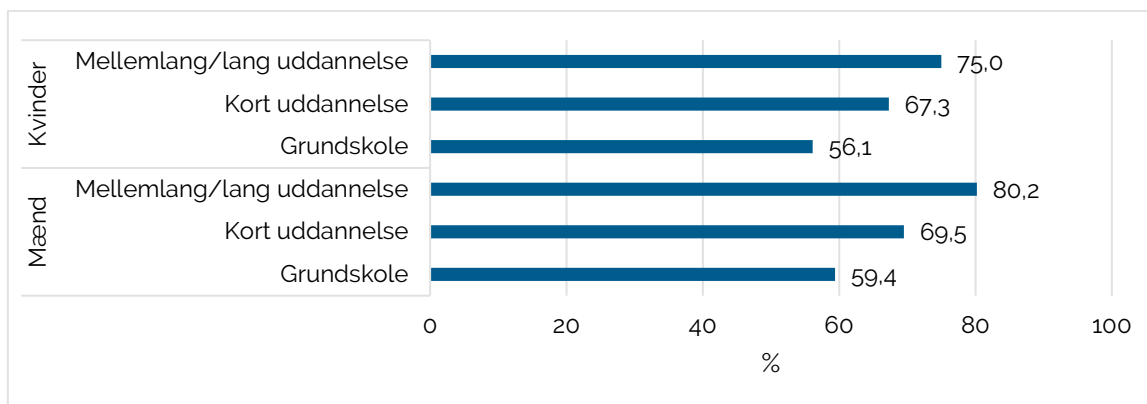
**Figur 11.1.4. Andel, der uden besvær kan høre, hvad der bliver sagt i en samtale blandt mænd og kvinder på 65 år eller derover, fordelt på uddannelse. 2021.**



Den Nationale Sundhedsprofil 2021

Figur 11.1.5 viser andelen, der uden besvær kan gå 400 meter uden hvile. For begge køn gælder det, at andelen, der kan gå 400 meter uden besvær, stiger med stigende uddannelsesniveau.

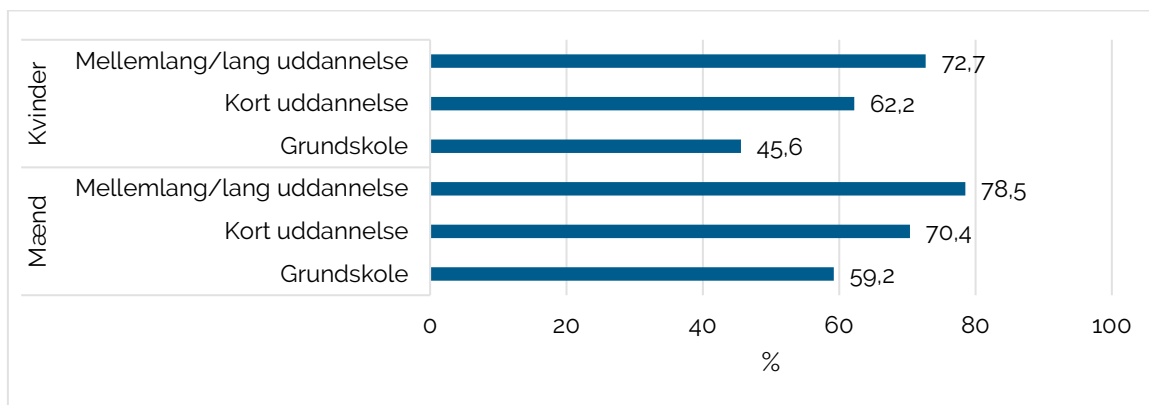
**Figur 11.1.5. Andel, der uden besvær kan gå 400 meter uden hvile, blandt mænd og kvinder på 65 år eller derover, fordelt på uddannelse. 2021.**



Den Nationale Sundhedsprofil 2021

Figur 11.1.6 viser andelen, der uden besvær kan gå op eller ned ad en trappe fra en etage til en anden uden hvile. For begge køn ses en social gradient, hvor andelen der kan gå en etage op eller ned uden besvær, stiger med stigende uddannelsesniveau.

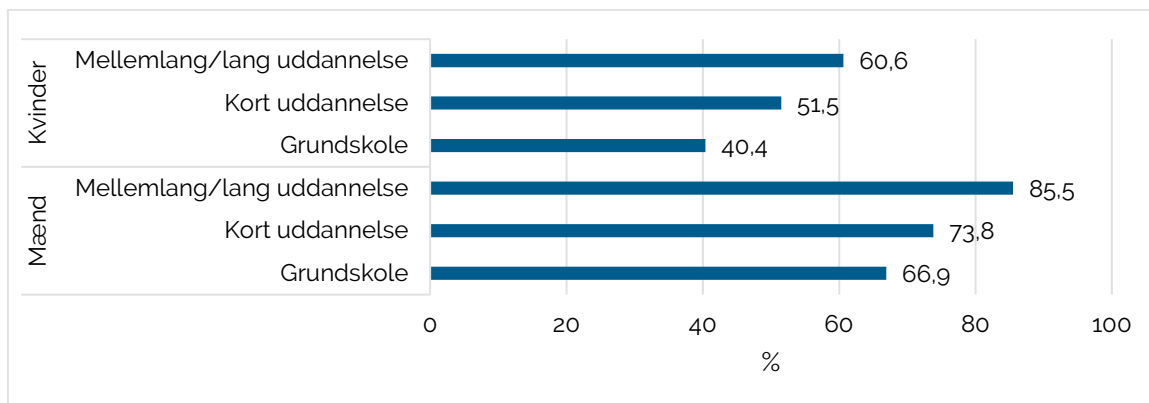
**Figur 11.1.6. Andel, der uden besvær kan gå op eller ned ad en trappe fra en etage til en anden uden hvile, blandt mænd og kvinder på 65 år eller derover, fordelt på uddannelse. 2021.**



Den Nationale Sundhedsprofil 2021

Figur 11.1.7 viser andelen, der uden besvær kan bære 5 kg. For begge køn gælder det, at andelen, der kan bære 5 kg uden besvær, stiger med stigende uddannelsesniveau.

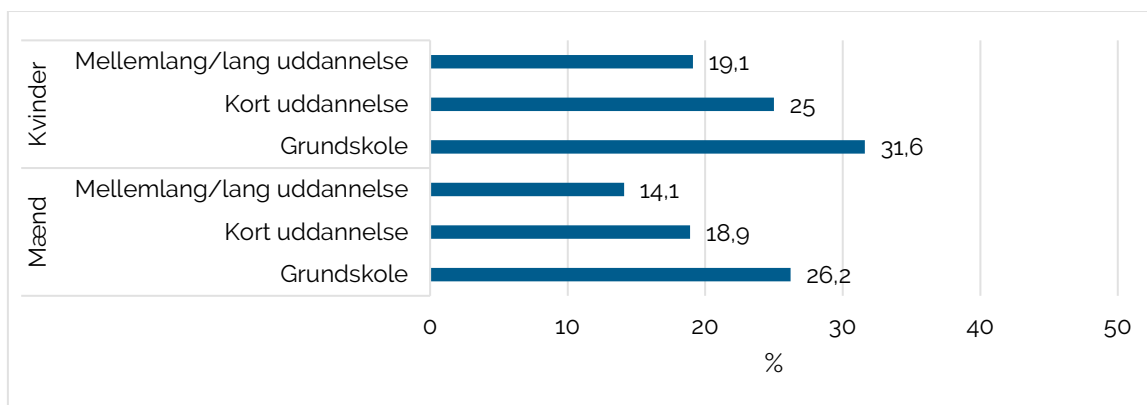
**Figur 11.1.7. Andel, der uden besvær kan bære 5 kg, blandt mænd og kvinder på 65 år eller derover, fordelt på uddannelse. 2021.**



Den Nationale Sundhedsprofil 2021

Figur 11.1.8 viser andelen med højt stressniveau. For begge køn ses en social gradient, således at andelen med højt stressniveau falder med stigende uddannelsesniveau.

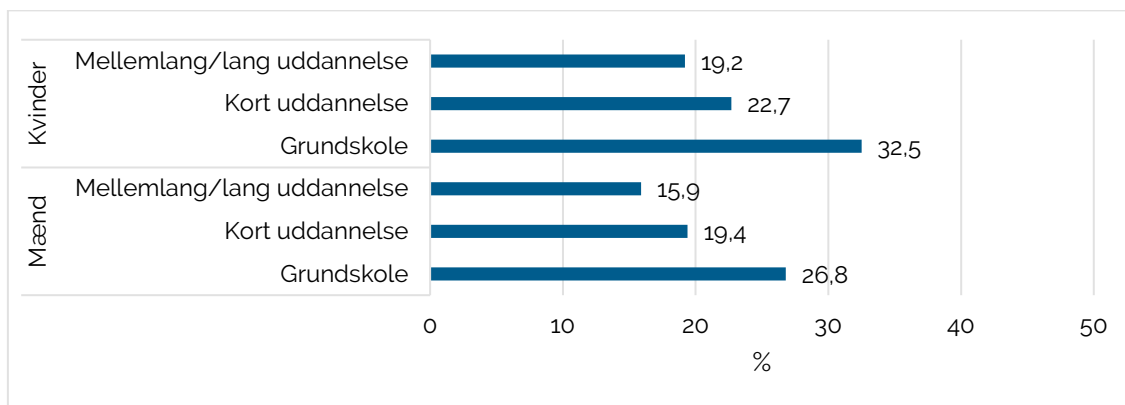
**Figur 11.1.8. Andel med højt stressniveau blandt mænd og kvinder på 65 år eller derover, fordelt på uddannelse. 2021.**



Den Nationale Sundhedsprofil 2021

Figur 11.1.9 viser andelen med dårligt fysisk helbred. For begge køn gælder det, at andelen med dårligt mentalt helbred falder med stigende uddannelsesniveau.

**Figur 11.1.9. Andel med dårligt fysisk helbred blandt mænd og kvinder på 65 år eller derover, fordelt på uddannelse. 2021.**

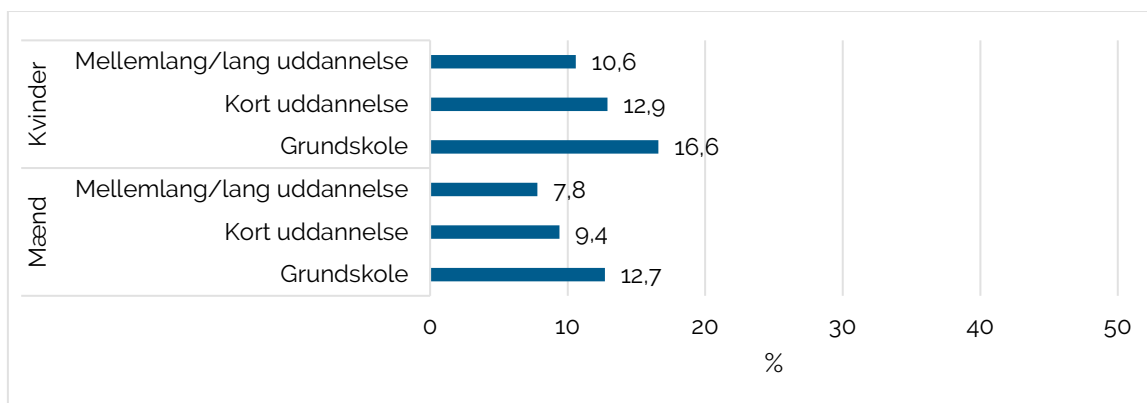


Den Nationale Sundhedsprofil 2021



Figur 11.1.10 viser andelen med dårligt mentalt helbred. For begge køn gælder det, at andelen med dårligt mentalt helbred falder med stigende uddannelsesniveau.

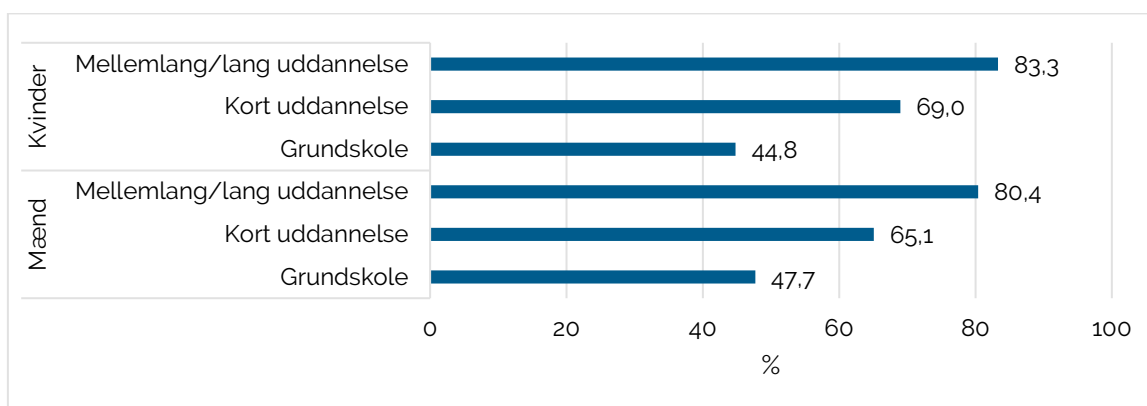
**Figur 11.1.10. Andel med dårligt mentalt helbred blandt mænd og kvinder på 65 år eller derover, fordelt på uddannelse. 2021.**



Den Nationale Sundhedsprofil 2021

Figur 11.1.11 viser andelen med 20 eller flere egne tænder tilbage, fordelt på uddannelsesniveau i 2021. Her ses markante forskelle på tværs af uddannelsesgrupperne. Eksempelvis er andelen blandt kvinder med grunduddannelse 44,8 %, mens andelen blandt kvinder med mellemlang eller lang uddannelse er 83,3 %.

**Figur 11.1.11. Andel med 20 eller flere egne tænder tilbage blandt mænd og kvinder på 65 år eller derover, fordelt på uddannelse. 2021.**



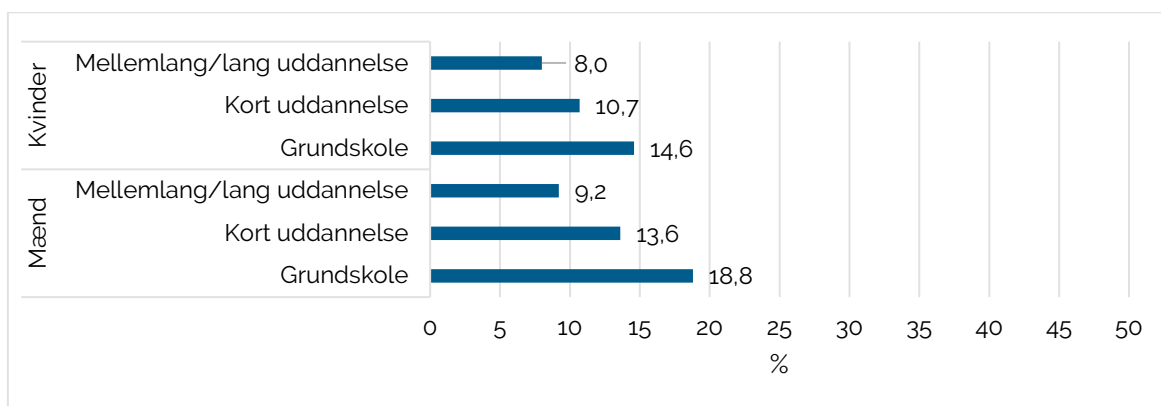
Den Nationale Sundhedsprofil 2021

## 11.2 Sundhedsadfærd

### Rygning

Figur 11.2.1 viser andelen, der ryger dagligt, fordelt på uddannelsesniveau i 2021. Her ses det, at andelen af personer, der ryger dagligt, er omkring dobbelt så stor blandt ældre med grundskole som deres længste uddannelse (18,8 % blandt mænd og 14,6 % blandt kvinder) end blandt ældre med en mellemlang eller lang videregående uddannelse (9,2 % blandt mænd og 8,0 % blandt kvinder).

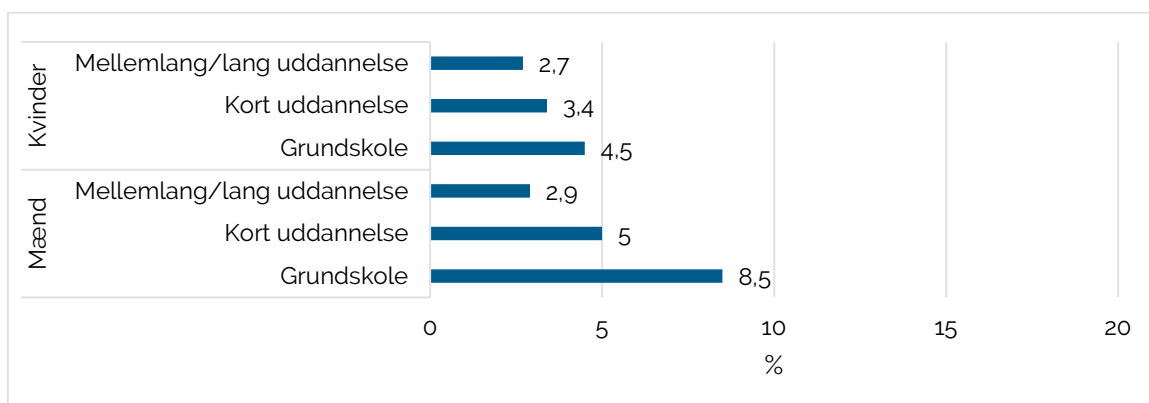
**Figur 11.2.1. Andel, der ryger dagligt blandt mænd og kvinder på 65 år eller derover, fordelt på uddannelse. 2021.**



Den Nationale Sundhedsprofil 2021

Ligeledes findes der store forskelle på tværs af uddannelsesniveau i andelen der ryger mindst 15 cigaretter dagligt (figur 11.2.2.). Blandt mænd med grundskole som længste uddannelse er andelen 8,5 %, mens den blandt mænd med mellemlang eller lang videregående uddannelse er 2,9 %.

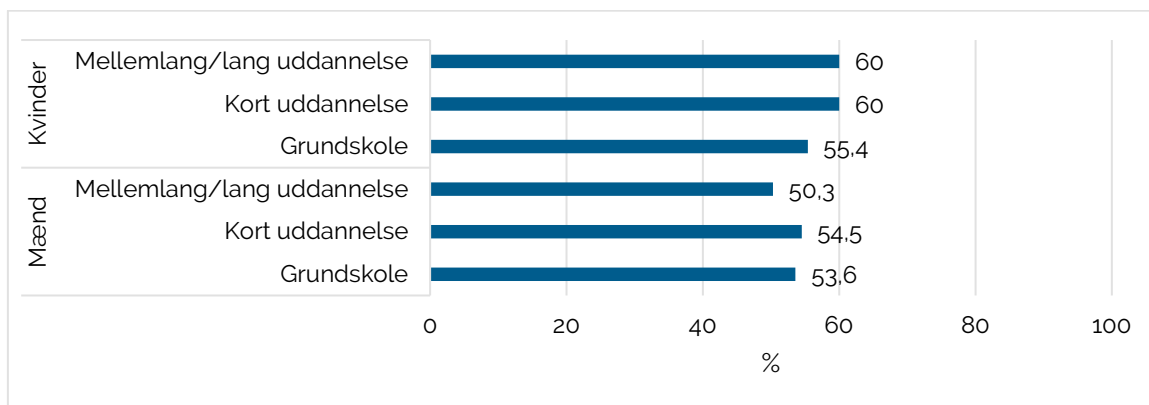
**Figur 11.2.2. Andel, der ryger mindst 15 cigaretter dagligt, blandt mænd og kvinder på 65 år eller derover, fordelt på uddannelse. 2021.**



Den Nationale Sundhedsprofil 2021

Dog er der ikke lige så store forskelle på tværs af uddannelse i andelen, der gerne vil holde op med at ryge, blandt dagligrygere (figur 11.2.3). Eksempelvis ønsker 53,6 % blandt mænd, der ryger dagligt, med grundskole som længste uddannelse at holde op med at ryge, mens andelen er 50,3 % blandt mænd, der ryger dagligt, med mellemlang eller lang uddannelse. Blandt kvinder ønsker 55,4 %, der ryger dagligt, med grundskole som længste uddannelse, at holde op med at ryge, mens andelen er 60,0 % blandt dem, der ryger dagligt, med en kort, mellemlang eller lang uddannelse.

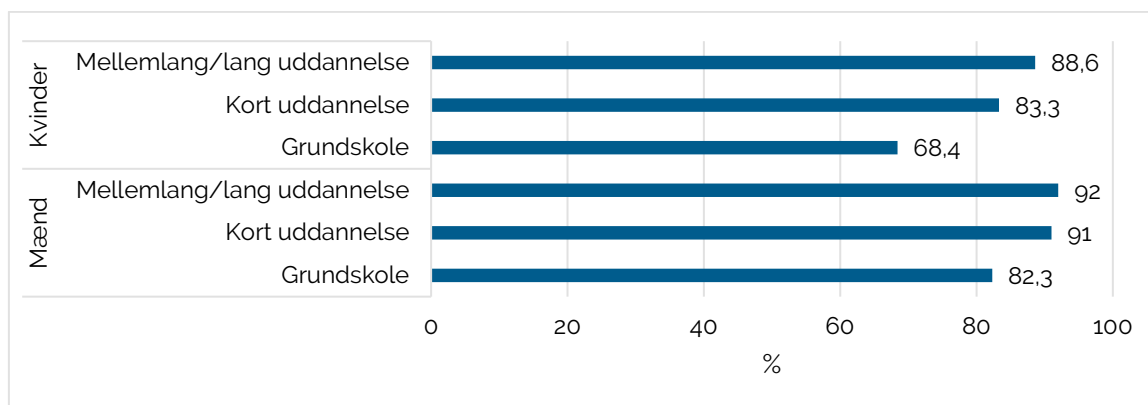
**Figur 11.2.3. Andel, der gerne vil holde op med at ryge blandt mænd og kvinder på 65 år eller derover, der ryger dagligt, fordelt på uddannelse. 2021.**



## Alkohol

Figur 11.2.4 viser andelen, der har drukket alkohol inden for de seneste 12 måneder, fordelt på uddannelsesniveau. Her ses en større andel blandt ældre med en mellemlang eller lang uddannelse end blandt ældre med en kort uddannelse eller grundskole som længste uddannelse. Forskellene er størst blandt kvinder. Her har 68,4 % med grundskole som længste uddannelse drukket alkohol inden for de seneste 12 måneder, mens andelen blandt ældre med en mellemlang eller lang uddannelse er 88,6 %.

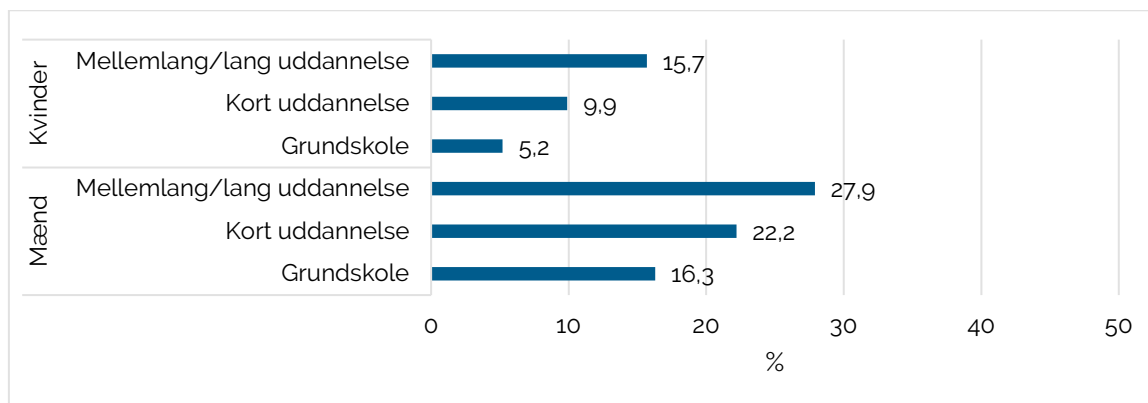
**Figur 11.2.4. Andel, der har drukket alkohol inden for de seneste 12 måneder, blandt mænd og kvinder på 65 år eller derover, fordelt på uddannelse. 2021.**



Den Nationale Sundhedsprofil 2021

Andelen der drikker mere end 10 genstande om ugen er ligeledes større blandt mænd og kvinder med en mellemlang eller lang uddannelse end blandt ældre med grundskole som længste uddannelse (figur 11.2.5).

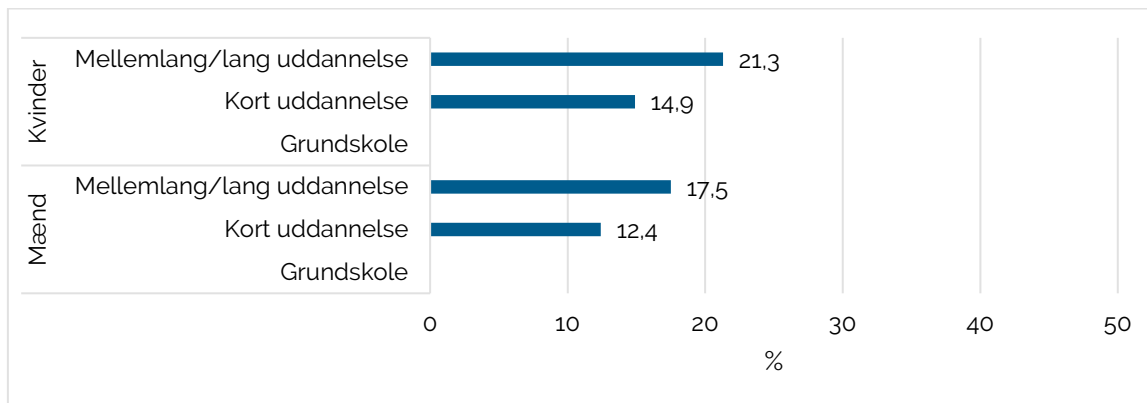
**Figur 11.2.5. Andel, der drikker mere end 10 genstande om ugen, blandt mænd og kvinder på 65 år eller derover, fordelt på uddannelse. 2021.**



Den Nationale Sundhedsprofil 2021

Andelen, der drikker over 10 genstande om ugen og gerne vil nedsætte sit alkoholforbrug, er større blandt ældre med en mellemlang eller lang uddannelse sammenlignet med dem med en kort uddannelse (figur 11.2.6). Der er for få i gruppen med grundskole, til at tal herfor kan vises.

**Figur 11.2.6. Andel, der drikker over 10 genstande om ugen og gerne vil nedsætte alkoholforbruget, blandt mænd og kvinder på 65 år eller derover, fordelt på uddannelse. 2021.**

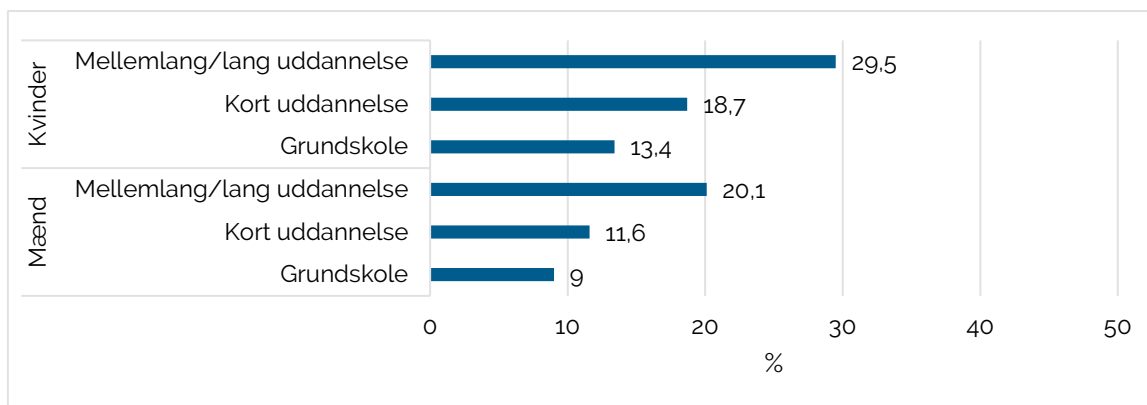


Den Nationale Sundhedsprofil 2021

### Kost

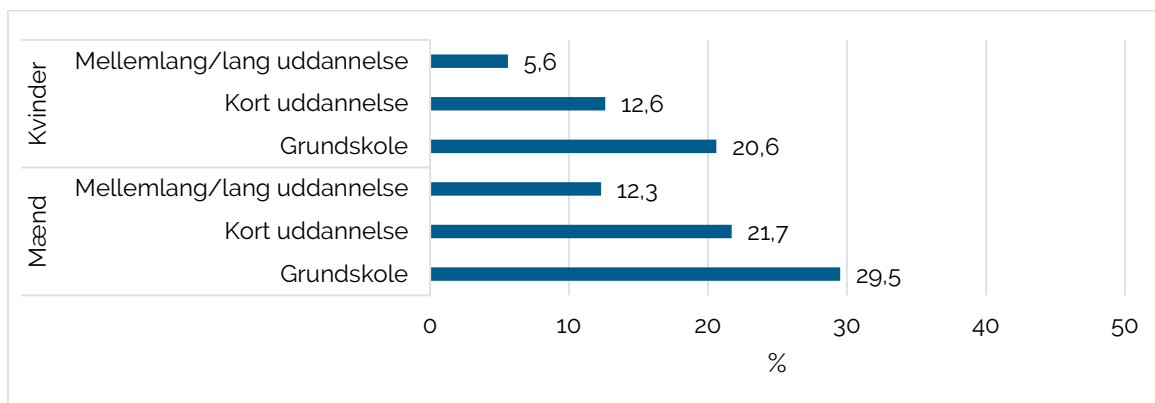
Andelen med et sundt kostmønster stiger med stigende uddannelsesniveau (figur 11.2.7), mens andelen med et usundt kostmønster falder med stigende uddannelsesniveau (figur 11.2.8).

**Figur 11.2.7. Andel med et sundt kostmønster blandt mænd og kvinder på 65 år eller derover, fordelt på uddannelse. 2021.**



Den Nationale Sundhedsprofil 2021

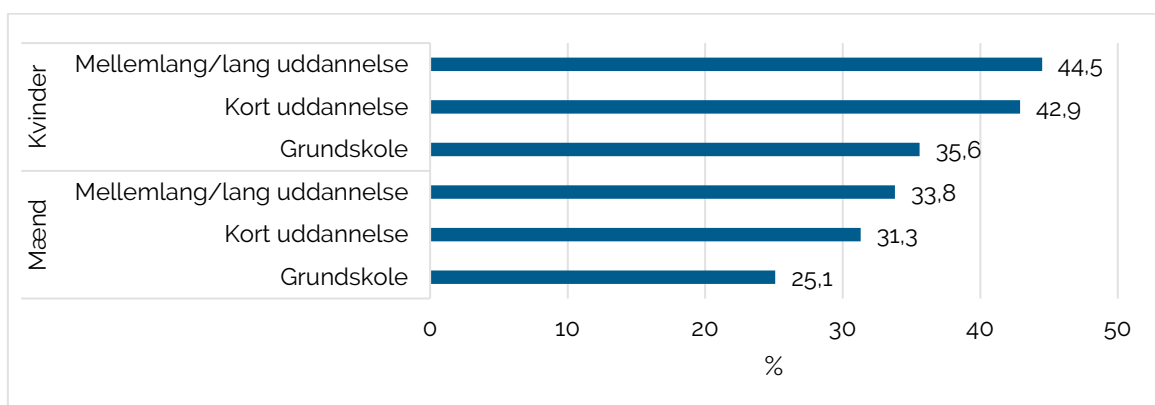
**Figur 11.2.8. Andel med et usundt kostmønster blandt mænd og kvinder på 65 år eller derover, fordelt på uddannelse. 2021.**



Den Nationale Sundhedsprofil 2021

Andelen med et usundt kostmønster, der gerne vil spise mere sundt stiger med stigende uddannelsesniveau og er større blandt kvinder end blandt mænd (figur 11.2.9). Eksempelvis angiver 44,5 % af kvinder, der har et usundt kostmønster med en mellemlang eller lang uddannelse at de gerne vil spise mere sundt, mens andelen blandt kvinder med grundskole som længste uddannelse er 35,6 %.

**Figur 11.2.9. Andel med et usundt kostmønster, der gerne vil spise mere sundt, blandt mænd og kvinder på 65 år eller derover, fordelt på uddannelse. 2021.**

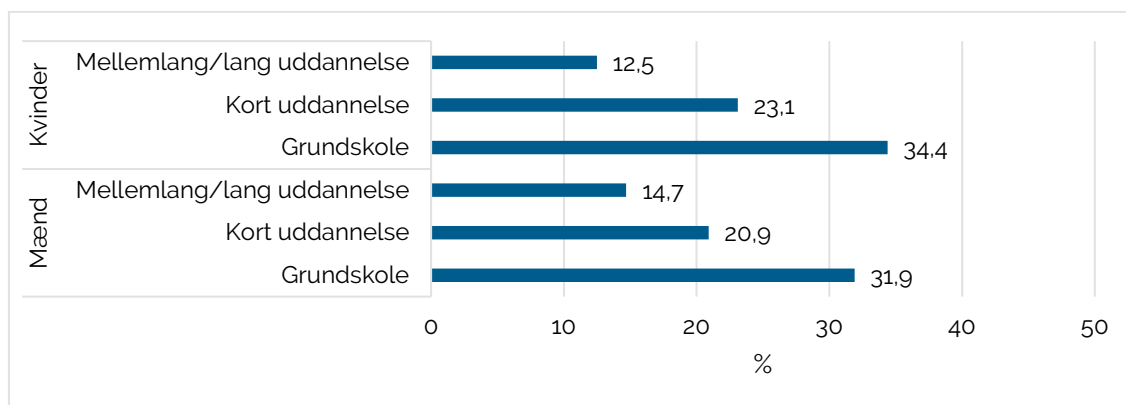


Den Nationale Sundhedsprofil 2021

### Fysisk aktivitet

Der findes en klar social gradient i andelen af ældre, der beskriver deres fritid som stillesiddende (figur 11.2.10). Eksempelvis er det 34,4 % af kvinder med grundskole som længste uddannelse, der beskriver deres fysiske aktivitet i fritiden som stillesiddende, mens andelen er 12,5 % blandt kvinder med en mellem-lang eller lang uddannelse.

**Figur 11.2.10. Andel, der beskriver deres fysiske aktivitet i fritiden som stillesiddende, blandt mænd og kvinder på 65 år eller derover, fordelt på uddannelse. 2021.**

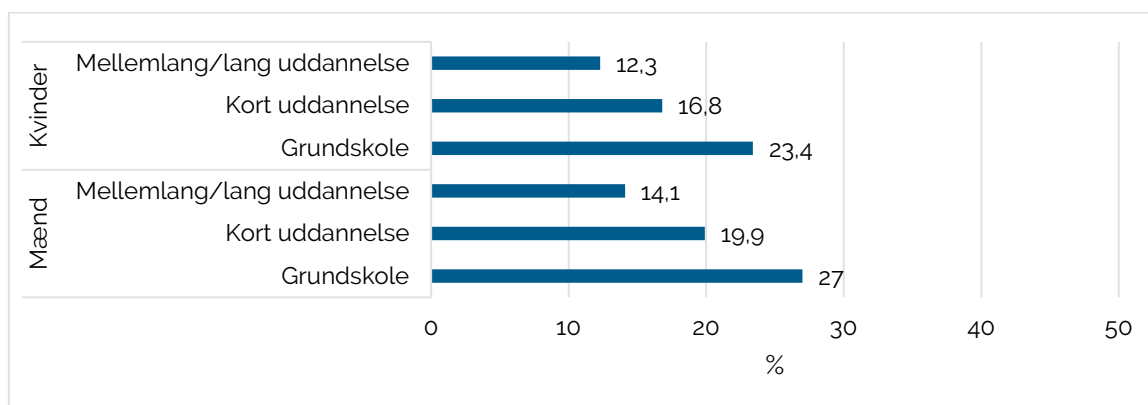


Den Nationale Sundhedsprofil 2021

### Overvægt

Der ses en klar social gradient i andelen af ældre, der har svær overvægt (figur 11.2.11). Eksempelvis er andelen 27,0 % blandt mænd med grundskole som længste uddannelse, mens andelen er 14,1 % blandt mænd med en mellem-lang eller lang uddannelse,

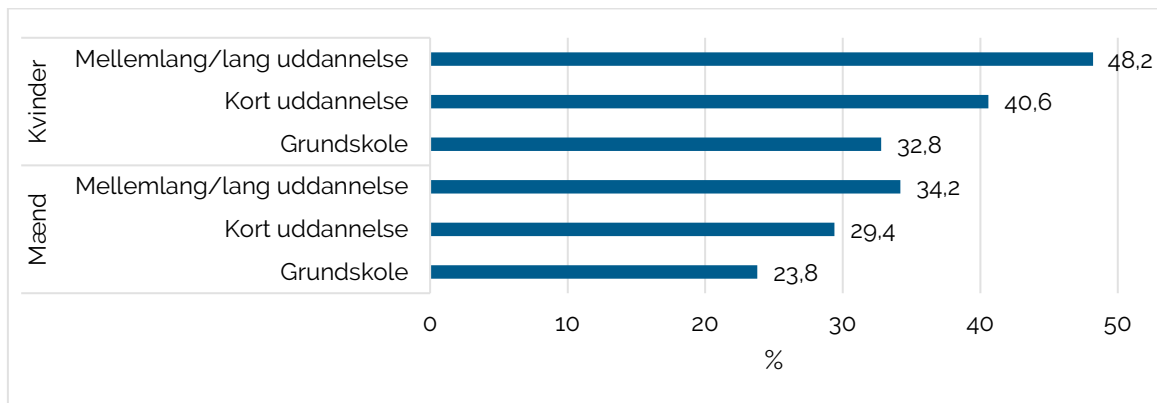
**Figur 11.2.11. Andel med svær overvægt blandt mænd og kvinder på 65 år eller derover, fordelt på uddannelse. 2021.**



Den Nationale Sundhedsprofil 2021

Der ses ligeledes en social gradient i andelen af ældre med svær overvægt, der i høj grad ønsker at tabe sig. Her er andelen 32,8 % blandt kvinder med grundskole og 48,2 % blandt kvinder med en mellemlang eller lang uddannelse. Andelen er på tværs af uddannelse større blandt kvinder end blandt mænd.

**Figur 11.2.12. Andel med svær overvægtig, der i høj grad gerne vil tabe sig, blandt mænd og kvinder på 65 år eller derover, fordelt på uddannelse. 2021.**

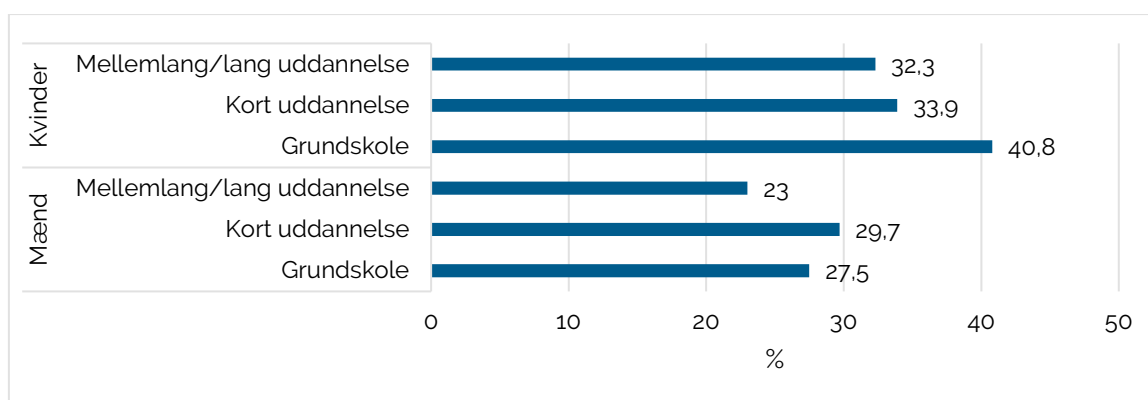




### 11.3 Langvarig sygdom og multisygdom

Andelen med langvarig sygdom, langvarig eftervirkning af skade, handicap eller anden langvarig lidelse af mindst 6 måneders varighed falder med stigende uddannelsesniveau blandt kvinder. Dog er der ikke så stor forskel på andelen med en kort uddannelse (33,9 %) og andelen med en mellemlang eller lang uddannelse (32,3 %). For mænd findes den højeste andel med langvarig sygdom, langvarig eftervirkning af skade, handicap eller anden langvarig lidelse af mindst 6 måneders varighed blandt ældre med en kort uddannelse (29,7 %), mens den laveste andel findes blandt ældre med en mellemlang eller lang videregående uddannelse (23,0 %).

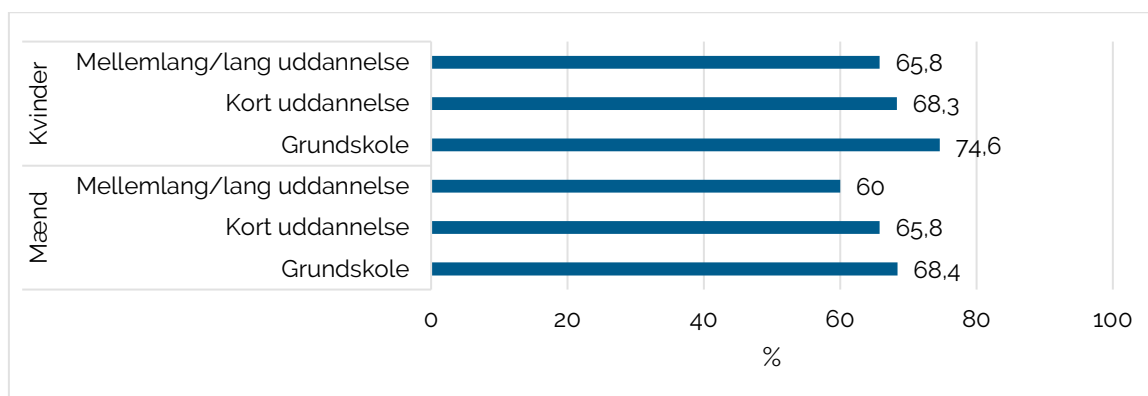
**Figur 11.3.1. Andel med langvarig sygdom, langvarig eftervirkning af skade, handicap eller anden langvarig lidelse af mindst 6 måneders varighed blandt mænd og kvinder på 65 år eller derover, fordelt på uddannelse. 2021.**



Den Nationale Sundhedsprofil 2021

Andelen, der har 2 eller flere samtidige sygdomme, falder med stigende uddannelsesniveau (figur 11.3.2).

**Figur 11.3.2. Andel, der har 2 eller flere samtidige sygdomme blandt mænd og kvinder på 65 år eller derover, fordelt på uddannelse. 2021.**



Den Nationale Sundhedsprofil 2021

## 12. Metode og materiale

### 12.1 Datamateriale

Til beskrivelse af sundhed og trivsel blandt ældre og udviklingen over tid anvendes data fra Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 1987, 1994, 2000, 2005, 2010, 2013, 2017 og 2021 og fra Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013, 2017 og 2021 samt nationale registre.

#### 12.1.1. Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen

Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen er en nationalt repræsentativ undersøgelse foretaget blandt voksne i Danmark og er gennemført af Statens Institut for Folkesundhed, SDU, i 1987, 1994, 2000, 2005, 2010, 2013, 2017 og 2021. I 2010, 2013, 2017 og 2021 udgjorde den en delstikprøve i Den Nationale Sundhedsprofil (6). Undersøgelsens formål er at beskrive forekomst og fordelingen af sundhed og sygelighed i den voksne danske befolkning. For en nærmere beskrivelse af metoden henvises til (7).

#### 12.1.2. Den Nationale Sundhedsprofil

Den Nationale Sundhedsprofil, som er gennemført i 2010, 2013, 2017 og 2021, er en national repræsentativ undersøgelse baseret på stikprøver fra hver af de fem regioner samt en national stikprøve (Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen) (6). Det overordnede formål med undersøgelsen er at beskrive forekomsten og fordelingen af sundhed og sygelighed i den voksne befolkning på 16 år og derover i hver af landets kommuner og derigennem landets regioner og i hele Danmark.

#### 12.1.3. Statistikbanken

I denne rapport præsenteres også data fra Statistikbanken, som er Danmarks Statistiks åbne officielle statistikdata, der frit kan benyttes til både kommercielle og ikke-kommercielle formål, blot kilde angives. Data kommer fra forskellige registre. Resultater baseret på data fra Statistikbanken præsenteres i kapitel 4 og 10.

#### 12.1.4. Dødsårsagsregisteret

Når en person dør i Danmark, foretager en læge ligsyn og udfylder en dødsattest, som indeholder en række oplysninger om dødsfaldet. Disse oplysninger danner basis for Dødsårsagsregisteret, som i denne rapport er anvendt til at beskrive dødelighed blandt personer på 65 år eller derover, i kapitel 10. De årsagsspecifikke dødeligheder er opgjort som aldersjusterede rater for den samlede ældregruppe på 65 år og derover, hvor antallet af dødsfald med den givne sygdom, anført som enten tilgrundliggende eller medvirkende dødsårsag, og er opgjort pr. 100.000 personer. Udviklingen over tid i specifikke dødsårsager er belyst ved aldersstandardiserede døds rater, idet der aldersstandardiseres til populationen af danskere på 65 år og derover i 2021. Ved at sammenligne med en population, der ligner 2021-populationen, får man aldersjusterede dødsårsagsrater, som gør det muligt at se bort fra ændringer i befolkningssammensætningen, når man vil sammenligne udviklingen i dødsårsager over tid.

#### 12.1.5 Deltagelse

I tabel 12.1.1 ses antal inviterede, antal deltagere og deltagelsesprocent i 2021, fordelt på køn og aldersgruppe. Tabel 12.1.2 og 12.1.3 viser en karakteristik af deltagerne i henholdsvis Den Nationale Sundhedsprofil 2021 og Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2021, fordelt på køn og aldersgruppe. Dataindsamlingen

til Den Nationale Sundhedsprofil 2021 er baseret på et spørgeskema, som blev udsendt til 324.000 personer på 16 år eller derover, herunder 84.536 personer i alderen 65 år eller derover. I alt deltog 59.883 personer i alderen 65 år eller derover, svarende til en deltagelse på 70,8 %. Deltagelsesprocenten falder med stigende alder. I den yngste aldersgruppe (65-74 år) er andelen, der deltager forholdsvis ens blandt mænd og kvinder, mens der i den ældste aldersgruppe er en væsentlig højere deltagelsesprocent blandt mænd (59,0 %) end blandt kvinder (45,3 %)

**Tabel 12.1.1. Inviterede og deltagere i Den Nationale Sundhedsprofil 2021, fordelt på køn og aldersgruppe. Antal og procent.**

	65-74 år	75-84 år	≥85 år	I alt
<b>Mænd</b>				
Inviterede	22.004	13.735	3.247	38.986
Svarpersoner	16.273	10.117	1.915	28.305
Deltagelsesprocent	74,0	73,7	59,0	72,6
<b>Kvinder</b>				
Inviterede	23.393	16.231	5.926	45.550
Svarpersoner	17.792	11.100	2.686	31.578
Deltagelsesprocent	76,1	68,4	45,3	69,3

Dataindsamlingen til Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2021 er ligeledes baseret på et spørgeskema. Denne undersøgelse blev udsendt til 25.000 personer på 16 år eller derover, herunder 6.406 personer i alderen 65 år eller derover. I alt deltog 3.968 personer i alderen 65 år eller derover, svarende til en deltagelse på 61,9 %. Det fremgår, at antallet af svarpersoner og deltagelsesprocenten falder med stigende alder (tabel 12.1.1). Det største fald i deltagelsesprocenten sker mellem aldersgrupperne 75-84 år og 85 år eller derover. Det må derfor forventes, at de svageste ældre er underrepræsenteret i undersøgelsen. Det er velkendt at deltagere i spørgeskemaundersøgelser generelt har bedre helbred og sundhedsadfærd, end dem der ikke deltager (8). Dette gælder også blandt ældre borgere, hvor tidligere studier af 90-99-årige har vist, at seks måneders dødeligheden er højere blandt ikke-deltagere end blandt deltagere (58). Særligt ældre borgere, som er kronisk syge og eksempelvis bor på plejehjem, kan have vanskeligt ved selv at udfylde et spørgeskema. For at give denne gruppe mulighed for også at blive repræsenteret i spørgeskemaundersøgelser kan man lade andre udfylde for dem (58). Denne mulighed med proxy-responderter har dog ikke været en del af designet i Den Nationale Sundhedsprofil, og dermed må det formodes at ældre borgere som er syge og har behov for pleje, vil have deltaget i mindre omfang end dem med bedre funktionsevne og helbred. Dette er væsentligt at have for øje, når resultaterne fra denne undersøgelse fortolkes.

Fordelingen af svarpersoner i Den Nationale Sundhedsprofil 2021 og Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2021 er ens i forhold til køn og alderssammensætning (tabel 12.1.2 og 12.1.3). Det ses, at antallet af deltagere i begge undersøgelser falder med stigende alder, og at ældre på 85 år eller derover udgør en mindre andel (ca. 8 %) af den samlede population. Dette afspejler i høj grad befolknings sammensætningen (se tabel 4.1.1).

**Tabel 12.1.2. Karakteristik af svarpersoner i Den Nationale Sundhedsprofil 2021, fordelt på køn og aldersgruppe. Antal svarpersoner og procent.**

	Mænd	Kvinder	I alt
65-74 år	16.273 (57,5)	17.792 (56,3)	34.065 (56,9)
75-84 år	10.117 (35,7)	11.100 (35,2)	21.217 (35,4)
≥85 år	1.915 (6,8)	2.686 (8,5)	4.601 (7,7)
I alt	28.305 (100)	31.578 (100)	59.883 (100,0)

**Tabel 12.1.3. Karakteristik af svarpersoner i Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2021, fordelt på køn og aldersgruppe. Antal svarpersoner og procent.**

	Mænd	Kvinder	I alt
65-74 år	1.062 (57,2)	1.182 (56,0)	2.244 (56,6)
75-84 år	658 (35,5)	755 (35,8)	1.413 (35,6)
≥85 år	136 (7,3)	175 (8,3)	311 (7,8)
I alt	1.856 (100)	2.112 (100)	3.968 (100,0)

Deltagerne i Den Nationale Sundhedsprofil har haft mulighed for at besvare enten et webbaseret spørgeskema eller et papirspørgeskema. Tabel 12.1.4 viser andelen blandt deltagerne, som har besvaret web- eller papirspørgeskema opdelt på aldersgruppe og køn. Det ses, at andelen, der har besvaret papirspørgeskemaet, stiger med stigende alder, mens andelen, der har besvaret det webbaserede spørgeskema, dermed falder. Eksempelvis har 52,9 % af de mandlige deltagere på 85 år eller derover besvaret papirspørgeskemaet, mens andelen er 67,3 % blandt de kvindelige deltagere på 85 år eller derover.

**Tabel 12.1.4. Andel deltagere, der har besvaret det webbaserede spørgeskema i Den Nationale Sundhedsprofil 2021, fordelt på køn og aldersgruppe. Procent.**

	65-74 år	75-84 år	≥85 år
<b>Mænd</b>			
Webbaseret	81,6	70,2	47,1
Papir	19,4	29,8	52,9
<b>Kvinder</b>			
Webbaseret	79,7	60,8	32,7
Papir	20,3	39,2	67,3

Tabel 12.1.5 viser antallet af deltagere i Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen siden 1987 og Den Nationale Sundhedsprofil siden 2010. Siden 1987 er antallet af deltagere steget markant i alle aldersgrupper (tabel 12.1.5). Stigningen er primært sket mellem 1994 og 2000. Ved opstarten af Den Nationale Sundhedsprofil i

2010 blev studiepopulationerne markant større, mens Sundheds- og Sygelighedsundersøgelsens del af disse populationer kun var en smule større end de foregående undersøgelsers studiepopulationer. Tabeller for udvikling der bygger på Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen, bygger dermed på et noget mindre datamateriale end Den Nationale Sundhedsprofil og estimerne herfra vil derfor være mere usikre. Dette afspejles i tabellerne for udvikling med bredere konfidensintervaller.

**Tabel 12.1.5. Antal svarpersoner på 65 år eller derover i henholdsvis Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen og Den Nationale Sundhedsprofil, fordelt på køn og undersøgelses år.**

	Mænd	Kvinder	I alt
<b>Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 1987</b>	383	481	864
<b>Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 1994</b>	365	463	828
<b>Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2000</b>	1.372	1.643	3.015
<b>Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005</b>	1.391	1.621	3.012
<b>Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2010</b>	1.649	1.905	3.554
<b>Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2013</b>	1.756	2.039	3.795
<b>Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2017</b>	1.782	2.044	3.826
<b>Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2021</b>	1.856	2.112	3.968
<b>Den Nationale Sundhedsprofil 2010</b>	22.656	20.034	42.690
<b>Den Nationale Sundhedsprofil 2013</b>	24.193	22.081	46.274
<b>Den Nationale Sundhedsprofil 2017</b>	27.534	25.583	53.117
<b>Den Nationale Sundhedsprofil 2021</b>	28.305	31.578	59.883

## 12.2 Metode

### Vægtning

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

I et studie af på baggrund af Den Nationale Sundhedsprofil fandt man blandt andet, at dem, der besvarede spørgeskemaet, havde større brug af kiropraktor, tandlæge og psykolog end blandt hele gruppen, der blev inviterede til at deltage (59). Studiet fandt også, at det er muligt, ved at anvende vægte, som det er gjort i denne undersøgelse, at få mere præcise resultater, men at vægtene ikke kan fjerne hele skævheden i forhold til, hvem der deltager (59).

### Manglende besvarelser

Vægtning af resultaterne har som beskrevet ovenfor til formål at gøre studiepopulationen nationalt repræsentativ. Ikke alle, der har deltaget i undersøgelserne, har besvaret alle spørgsmål. De spørgsmål, alle deltagere har svaret på, korrigeres bedst ved hjælp af en sådan vægtning, således at resultaterne er så repræsentative for ældre i Danmark som muligt. Imidlertid gælder det, at når en større andel af deltagerne ikke har svaret på enkelte spørgsmål, er der risiko for, at resultaterne alligevel ikke er repræsentative for ældre i Danmark. I tabel 12.15 er det samlede antal svarpersoner i hver undersøgelse præsenteret. I rapportens resultatdel præsenteres løbende, hvor mange personer i hver aldersgruppe, fordelt på køn og samlet, der har svaret på de enkelte spørgsmål. Disse antal svarpersoner er ikke vægtet. Når der præsenteres resultater fra spørgsmål med mange manglende besvarelser, enten samlet eller i køns- og aldersgrupper, bør det føre til en overvejelse om generaliserbarheden af resultaterne. Der præsenteres som tidligere nævnt ikke resultater baseret på svar fra under 10 personer, og af samme grund præsenteres heller ikke resultater fra Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 1987 og 1994 for personer på 85 år eller derover. I rapporten "Ældres sundhed og trivsel" fra 2019 undersøgte betydningen af manglende besvarelser på enkelte spørgsmål, de såkaldte item non-respons, ved imputationer af manglende besvarelser. Imputationerne, der i praksis er tilnærmelser af svar for de svarpersoner, der mangler at svare på de enkelte spørgsmål, blev foretaget med metoden Fully Conditional Specification (5). Resultaterne viste, at de manglende besvarelser af enkelte spørgsmål ikke så ud til at påvirke resultaterne i rapporten (5). Særligt for tal for udvikling vil et eventuelle manglende besvarelser udgøre et mindre problem, hvis dette bortfald er af samme karakter i de forskellige undersøgelser.

## 13. Referenceliste

1. Danmarks Statistik. Befolkningspyramide [Available from: <https://extranet.dst.dk/pyramide/pyramide.htm#la=16,80&v=2&g>].
2. Kelfve S, Lennartsson C, Agahi N, Modig K. Do postal health surveys capture morbidity and mortality in respondents aged 65 years and older? A register-based validation study. *Scandinavian journal of public health*. 2015;43(4):348-55.
3. World Health Organization. Aging and Health [cited 2022 oktober]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.
4. World Health Organization. Active ageing—a policy framework. A contribution of the World Health Organization to the Second United Nations World Assembly on Ageing. 2002.
5. Johannesen CK, Davidsen M, Christensen AI. Ældres sundhed og trivsel: Ældreprofilen 2019 er baseret på sundheds- og sygelighedsundersøgelserne, de nationale sundhedsprofiler og udvalgte registre. Sundhedsstyrelsen; 2019. Report No.: 8770140758.
6. Rosendahl Jensen H, Davidsen M, Møller SR, Román JEI, Kragelund K, Christensen AI, et al. Danskernes sundhed: Den nationale sundhedsprofil 2021. 2022. Report No.: 8770144206.
7. Jensen HAR, Møller SR, Davidsen M, Christensen AI, Ekholm O. Materiale og metode. 2021.
8. Christensen AI, Ekholm O, Gray L, Glümer C, Juel K. What is wrong with non-respondents? Alcohol-, drug- and smoking-related mortality and morbidity in a 12-year follow-up study of respondents and non-respondents in the Danish Health and Morbidity Survey. *Addiction*. 2015;110(9):1505-12.
9. Sundhedsdatastyrelsen. 2022 [Available from: <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/dar>].
10. Danmarks Statistik. Fortsat færre ældre bor i pleje- og ældreboliger 2022 [Available from: <https://www.dst.dk/da/Statistik/nyheder-analyser-publ/nyt/NytHtml?cid=34723#:~:text=Andelen%2C%20der%20bor%20i%20en%20plejebolig%2C%20som%20har,og%20der-over%20bor%20i%20en%20plejebolig%20i%202021>].
11. DeSalvo KB, Bloser N, Reynolds K, He J, Muntner P. Mortality prediction with a single general self-rated health question: a meta-analysis. *Journal of general internal medicine*. 2006;21:267-75.
12. 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.
13. Ware Jr JE, Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical care*. 1996:220-33.

14. Nielsen NH, Kristensen TS. Stress i Danmark-hvad ved vi? 2007.
15. Nielsen L, Curtis T, Kristensen TS, Rod Nielsen N. What characterizes persons with high levels of perceived stress in Denmark? A national representative study. *Scandinavian journal of public health*. 2008;36(4):369-79.
16. Theorell E, Kristensen TS, Kornitzer M, Marmot M, Orth-Gomér K, Steptoe A, et al. Stress and cardiovascular disease. 2006.
17. Steptoe A, Kivimäki M. Stress and cardiovascular disease. *Nature Reviews Cardiology*. 2012;9(6):360-70.
18. Rugulies R, Bültmann U, Aust B, Burr H. Psychosocial work environment and incidence of severe depressive symptoms: prospective findings from a 5-year follow-up of the Danish work environment cohort study. *American journal of epidemiology*. 2006;163(10):877-87.
19. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior*. 1983;385-96.
20. Christensen AI, Jensen HAR, Møller SR, Davidsen M, Petersen PE, Ekholm O. Tandsundhed. 2023.
21. Petersen PE, Davidsen M, Rosendahl Jensen H, Ekholm O, Illemann Christensen A. Trends in dentate status and preventive dental visits of the adult population in Denmark over 30 years (1987–2017). *European Journal of Oral Sciences*. 2021;129(5):e12809.
22. Mauri-Obradors E, Estrugo-Devesa A, Jané-Salas E, Viñas M, López-López J. Oral manifestations of Diabetes Mellitus. A systematic review. *Medicina oral, patología oral y cirugía bucal*. 2017;22(5):e586.
23. Holmstrup P, Damgaard C, Olsen I, Klinge B, Flyvbjerg A, Nielsen CH, et al. Comorbidity of periodontal disease: two sides of the same coin? An introduction for the clinician. *Journal of oral microbiology*. 2017;9(1):1332710.
24. Holm-Pedersen P, Schultz-Larsen K, Christiansen N, Avlund K. Tooth loss and subsequent disability and mortality in old age. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2008;56(3):429-35.
25. Dietrich T, Walter C, Oluwagbemigun K, Bergmann M, Pischon T, Pischon N, et al. Smoking, smoking cessation, and risk of tooth loss: the EPIC-Potsdam study. *Journal of dental research*. 2015;94(10):1369-75.
26. Kamper-Jørgensen F, Almind G, Jensen BB. Forebyggende sundhedsarbejde: baggrund, analyse og teori. arbejdsmetoder. Munksgaard Danmark; 2009.
27. Christensen U, Albertsen K, Iversen L, Kristensen TS, Holstein B, Due P. Teorier om dannelse og forandring af livsstil. *Medicinsk Sociologi-samfund, sundhed og sygdom*: Munksgaard Danmark; 2002. p. 207-24.
28. Iversen L, Kristensen TS, Holstein BE, Due P. *Medicinsk sociologi-samfund, sundhed og sygdom*: Munksgaard Danmark; 2002.



29. Grønbæk M. Forebyggelse og epidemiologiske analyser. Forebyggende sundhedsarbejde: Munksgaard; 2009. p. 184-8.
30. Schramm S, Bramming M, Davidsen M, Rosendahl H, Tolstrup J. Sygdomsbyrden i Danmark:-risikofaktorer. 2023.
31. Worm J. Ældre og rygning 2012; 4. Available from: <https://danskgerontologi.dk/wp-content/uploads/2018/09/201243.pdf>.
32. Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsens udmeldinger om alkohol 2022 [Available from: <https://www.sst.dk/da/viden/Forebyggelse/Alkohol/Alkoholforebyggelse/Sundhedsstyrelsens-udmeldinger-om-alkohol>].
33. Holst, CA, Larsen, NK, Tolstrup, JS. ALKOHOL - Drikkemønster blandt ældre. Sundhedsstyrelsen 2020
34. Becker U, Tolstrup J. Alkoholrelateret sygelighed og dødelighed. Ugeskr Læger. 2021;183:V11200854.
35. Traccis F, Presciuttini R, Pani PP, Sinclair JM, Leggio L, Agabio R. Alcohol-medication interactions: A systematic review and meta-analysis of placebo-controlled trials. Neuroscience & Biobehavioral Reviews. 2022;132:519-41.
36. 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 geriatrics. 2017;17:1-16.
37. Hjarnaa L, Tolstrup J, Becker U, Ekholm O. Antal danskere med et alkoholproblem.: En analyse baseret på alkoholscreeningsværktøjet CAGE-C. 2023.
38. Kuntsche E, Kuntsche S, Thrul J, Gmel G. Binge drinking: Health impact, prevalence, correlates and interventions. Psychology & health. 2017;32(8):976-1017.
39. Willett W, Rockström J, Loken B, Springmann M, Lang T, Vermeulen S, et al. Food in the Anthropocene: the EAT–Lancet Commission on healthy diets from sustainable food systems. The lancet. 2019;393(10170):447-92.
40. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger om kost til ældre fra 65 år 2023 [Available from: <https://www.sst.dk/da/Borger/En-sund-hverdag/Kost,-motion-og-hygijne/Anbefalinger-om-kost/Anbefalinger-om-kost-til-aeldre-fra-65>].
41. Toft U, Kristoffersen L, Lau C, Borch-Johnsen K, Jørgensen T. The Dietary Quality Score: validation and association with cardiovascular risk factors: the Interagg study. European journal of clinical nutrition. 2007;61(2):270-8.
42. Ahrensberg H, Petersen CB. Fysisk aktivitet for ældre (+ 65 år): Viden om sundhed og forebyggelse. 2023.

43. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger om fysisk aktivitet og stillesiddende tid for ældre (65+) 2023 [Available from: <https://www.sst.dk/da/Fagperson/Aeldres-sundhed-pleje-og-omsorg/Forebyggelse-blandt-%C3%A6ldre/Fysisk-aktivitet>].
44. Calle EE, Kaaks R. Overweight, obesity and cancer: epidemiological evidence and proposed mechanisms. *Nature Reviews Cancer*. 2004;4(8):579-91.
45. Verma S, Hussain ME. Obesity and diabetes: an update. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*. 2017;11(1):73-9.
46. Koliaki C, Liatis S, Kokkinos A. Obesity and cardiovascular disease: revisiting an old relationship. *Metabolism*. 2019;92:98-107.
47. Pedersen KM. Sundhedsøkonomi ved underernæring blandt ældre. *Perspektiv-tidsskrift om sukker og ernæring*. 2009(1):8-12.
48. Organization WH. Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation. 2000.
49. 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*. 2015;10(2):227-37.
50. Nielsen L, Holstein BE. Sociale relationer, fællesskab og social kapital. *Forebyggende sundhedsarbejde*: Munksgaard; 2021. p. 343-62.
51. Kristensen MS, Wodschow K, Christensen AI, Skaarup C, Thygesen LC, Ersbøll AK. Ensomhed og svage sociale relationer blandt ældre. 2019.
52. Hughes ME, Waite LJ, Hawkey LC, Cacioppo JT. A short scale for measuring loneliness in large surveys: Results from two population-based studies. *Research on aging*. 2004;26(6):655-72.
53. Mairey IP, Rosenkilde S, Klitgaard MB, Thygesen LC. Sygdomsbyrden i Danmark:-sygdomme. 2023.
54. Sundhedsstyrelsen. COVID-19: Monitorering af aktivitet i sundhedsvæsenet. Beskrivelse af udviklingen i aktivitet i sundhedsvæsenet under COVID-19 2021.
55. Statens Serum Institut. Overdødelighed i Danmark de seneste syv uger er relateret til covid-19 2021 [cited 2021 02.02]. Available from: <https://www.ssi.dk/aktuelt/nyheder/2021/overdoedelighed-i-danmark>.
56. Taudorf L, Nørgaard A, Islamoska S, Jørgensen K, Laursen TM, Waldemar G. Declining incidence of dementia: A national registry-based study over 20 years. *Alzheimer's & Dementia*. 2019;15(11):1383-91.
57. Lund R, Christensen U, Iversen L. *Medicinsk sociologi: sociale faktorerens betydning for befolkningens helbred*: Munksgaard; 2014.

58. Nybo H, Gaist D, Jeune B, Bathum L, McGue M, Vaupel JW, et al. The Danish 1905 cohort: a genetic-epidemiological nationwide survey. *Journal of aging and health*. 2001;13(1):32-46.

59. Jensen HAR, Lau CJ, Davidsen M, Feveile HB, Christensen AI, Ekholm O. The impact of non-response weighting in health surveys for estimates on primary health care utilization. *Eur J Public Health*. 2022;32(3):450-5.

**Sundhed for alle ♥ + ●**