

10. DE ÆLDRES SUNDHED

Sundhedsprofilen for ældre beskriver sundhedsvaner og sundhedstilstand blandt etnisk danske personer i aldersgruppen 65-102 år i Region Midtjylland. Fokus rettes mod forhold, der er vigtige for denne aldersgruppe samt almene problemstillinger inden for folkesundhedsområdet. Sundhedsprofilen for ældre udgør hermed et supplement til sundhedsprofilen for voksne (25-79 år), der udgør hovedparten af denne rapport. Aktuel viden om sundhed hos ældre er væsentlig for kommuner, regioner og andre aktører på sundhedsområdet for tilrettelæggelse af initiativer, der kan medvirke til en tidssvarende og adækvat håndtering af ældres sundhedsmæssige udfordringer.

Danskerne lever længere end tidligere, og ældre udgør en stærkt stigende andel af befolkningen. Det anslås, at 25 % af befolkningen vil være over 65 år i 2042 (i 2010 udgjorde denne del af befolkningen 16 %) (1). Folkesundhedens succes med at forlænge befolkningens liv er paradoksalt nok årsag til nye sundhedsmæssige udfordringer (2). Denne udvikling har eksempelvis betydet, at en større andel ældre i dag har behov for flere og dyrere behandlinger fra sundhedsvæsenets side som følge af blandt andet hjerte-kar-sygdomme, diabetes eller kræft (2). Med stigende alder øges andelen af borgere med kroniske sygdomme, ligesom det også bliver mere almindeligt at have flere kroniske sygdomme (multisygdom) (3-5). På trods af, at den nye ældregeneration har et bedre helbred og er mindre nedslidt end tidligere generationer, tilskrives samfundets stigende sundhedsudgifter i betydelig grad et voksende antal ældre (6).

Alderdommen er generelt kendetegnet ved ændrede levevilkår, blandt andet som følge af tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet (7). Samtidig er alderdommen kendetegnet ved øget sygdomsrisiko og helbredsgener samt tab af nære personer, herunder ægtefælle og søskende. Grundet kvinders højere middellevetid er det oftest kvinder, der mister deres ægtefælle (7). Samtidig oplever en større andel ældre kvinder end ældre mænd, at de har et dårligt helbred og velbefindende, et lavt funktionsniveau samt behov for hjælp (7).

Samtidig er det kendetegnende for gruppen af ældre, at der helbreds- og funktionsmæssigt er tale om en temmelig heterogen gruppe, hvilket giver en række udfordringer med hensyn til sundhedsfremmende initiativer og forebyggende indsatser (8). På den ene side forbliver flere end tidligere på arbejdsmarkedet efter den traditionelle pensionsalder (65 år), og især blandt de yngste ældre er der en stor gruppe, der har mange gode leveår med et højt aktivitets- og funktionsniveau (9). På den anden side er der især blandt de ældste ældre en gruppe, som har betydelige helbredsgener, forringet livskvalitet og ofte behov for hjælp i dagligdagen (2).

Endvidere fortsætter den sociale ulighed i sundhed i alderdommen, hvor udsathed for sundhedsrisici og sygdom generelt stiger i takt med faldende social position (10). Samtidig ses der blandt ældre en stor økonomisk ulighed (11).

Det er også vigtigt at skelne mellem biologisk alder og social alder, da der ikke er nogen entydig sammenhæng mellem stigende kronologisk alder og svækkelse af social og psykisk funktionsniveau (12).

I alt 8.593 etnisk danske ældre i aldersgruppen 65-102 år har besvaret spørgeskemaet (svarprocent: 67 %). På baggrund af alder opdeles de ældre i tre grupper: "yngre ældre" (65-74 år), "ældre ældre" (75-84 år) og "ældste ældre" (85-102 år). Hovedparten af de ældre respondenter er 65-74 år (59 %), mens knap hver tredje tilhører gruppen af 75-84-årige (32 %). Blot 10 % af deltagerne tilhører de ældste ældre (85+ år). Svarprocenten falder betydeligt med alderen (65-74 år: 75 %; 75-84 år: 64 %; 85-102 år: 43 %). Der skal endvidere tages forbehold for, at alvorligt syge ældre (sengeliggende, demente m.fl.) i mange tilfælde ikke har kunnet deltage i undersøgelsen. Denne gruppe er derfor underrepræsenteret i den samlede ældregruppe, hvilket de anvendte vægte kun i nogen grad forventes at korrigere for.

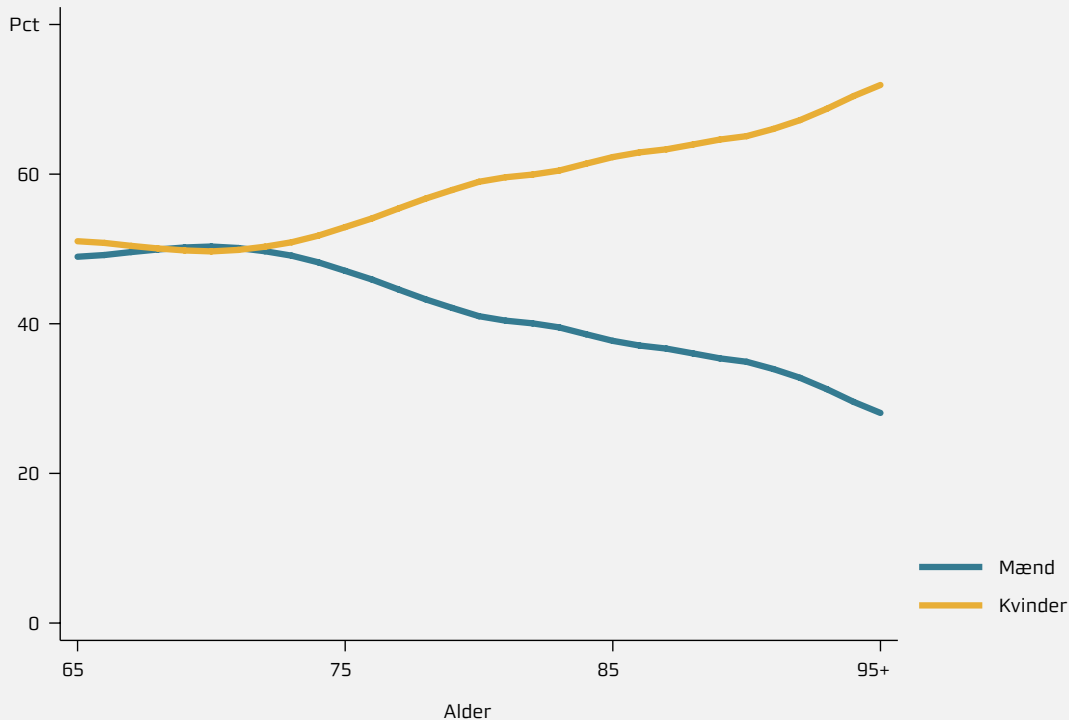
Det bør fremhæves, at der grundet en højere middellevetid blandt kvinder er betydelige forskelle i den kønsmæssige fordeling på tværs af alder (se figur 10.1). Andelen af ældre mænd og kvinder i undersøgelsen er ens blandt de 65-74-årige (50 %), mens der er en betydeligt større andel af kvinder end mænd blandt de 75-84-årige (57 % versus 43 %). Blandt de ældste ældre (85+ år) er andelen af kvindelige deltagere hele 65 %. Tilsvarende lever 52 % af de ældre kvinder alene, mens dette blot gælder 28 % af de ældre mænd. Det skal derfor holdes for øje, at forekomsten af sundhedsvaner og sundhedstilstand i de tre aldersgrupper og inden for de to samlivsformer (alene versus gift/samlevende) afspejler dels faktiske sundhedsmæssige forhold dels forskelle i den kønsmæssige fordeling.

Generelt sker der en løbende selektion, hvor ældre med dårligst helbred falder fra. Eksempelvis må en højere forekomst af dagligrygere blandt 65-74-årige sammenlignet med 75-84-årige i nogen grad tilskrives, at rygeres helbred er dårligere end ikke-rygeres, og rygere derfor dør tidligere.

Mange forskelligartede faktorer har betydning for ældres sundhed. Der fokuseres i ældreprofilen på udvalgte parametre med henblik på at belyse dels forhold af særlig betydning for ældregruppen (herunder kronisk sygdom og behov for hjælp), dels alment væsentlige sundhedsparametre (herunder rygning, fysisk inaktivitet og overvægt).

FIGUR 10.1

Andelen af ældre mænd og kvinder



Endvidere beskrives kønsmæssige, aldersmæssige samt sociale og geografiske forskelle i sundhedsvaner og sundhedstilstand blandt ældre.

Social ulighed belyses ud fra opnået uddannelsesniveau og nuværende sociogeografisk position. Samlet set er det muligt at identificere grupper og områder med høj forekomst af risikable sundhedsvaner eller dårlig helbredstilstand. En sådan viden muliggør en målrettet indsats over for udsatte grupper og kan bidrage væsentligt i forhold til det videre forebyggelsesarbejde.

Sundhedsprofilen for ældre belyser følgende temaer:

- Behov for hjælp
- Rygning
- Alkohol
- Fysisk aktivitet
- Kost
- Vægt
- Selvvurderet helbred
- Kronisk sygdom

Behov for støtte og hjælp

På trods af, at der ikke er nogen entydig sammenhæng mellem kronologisk og social alder, falder ældres funktionsevne generelt som et resultat af stigende alder. Især blandt de ældste ældre er der en del, hvis funktionsevne er reduceret (7), hvilket for nogles vedkommende betyder, at de er fysisk afhængige af hjælp. Dette har betydning for ældreomsorgen såvel som for samfundet som helhed (5,9). Det er derfor vigtigt at belyse ældres behov for støtte og hjælp.

I *Hvordan har du det?* 2013 indgår en række spørgsmål, der har til formål at afdække de ældres behov for støtte og hjælp. Følgende spørgsmål anvendes:

- Har du på grund af sygdom eller andre problemer med helbredet brug for hjælp fra venner, familie eller f.eks. hjemmehjælp til at klare dine daglige gøremål?
- Hvad har du brug for hjælp til?
- Hvem hjælper dig?

Der skelnes i det følgende mellem behov for hjælp til basale gøremål og instrumentelle gøremål. At spise selv, vaske sig samt klæde sig af og på betegnes som basale daglige gøremål, mens at lave mad, købe ind, betale regninger, gøre rent, besøge bekendte, gå til lægen og gå en tur betegnes som instrumentelle daglige gøremål (7).

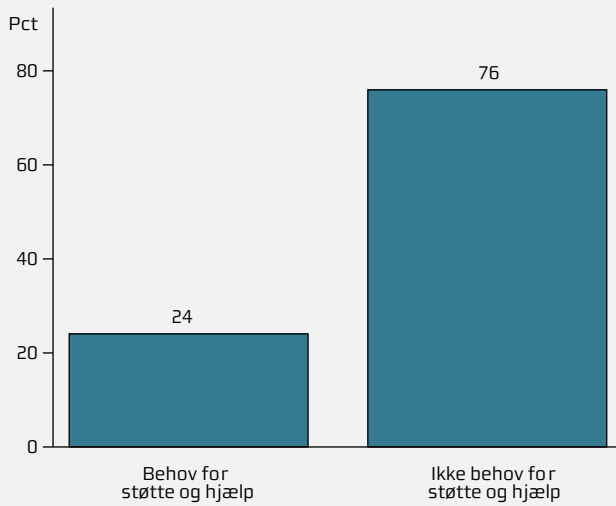
Deltagere, der angiver at have behov for hjælp til minimum et gøremål (enten basale eller instrumentelle gøremål), betegnes som ældre, der har behov for støtte og hjælp i dagligdagen. Endvidere betegnes ældre, der angiver at have behov for hjælp til varetagelse af basale dagligdagsaktiviteter, som fysisk afhængige af støtte og hjælp (5).

Hvor mange ældre har brug for støtte og hjælp i dagligdagen?

Af figur 10.2 fremgår andelen af ældre, som har behov for støtte og hjælp til dagligdagens gøremål, eksempelvis at spise, vaske sig, gøre rent eller handle ind. 24 % af de ældre angiver at have behov for hjælp, svarende til 48.000 personer i Region Midtjylland.

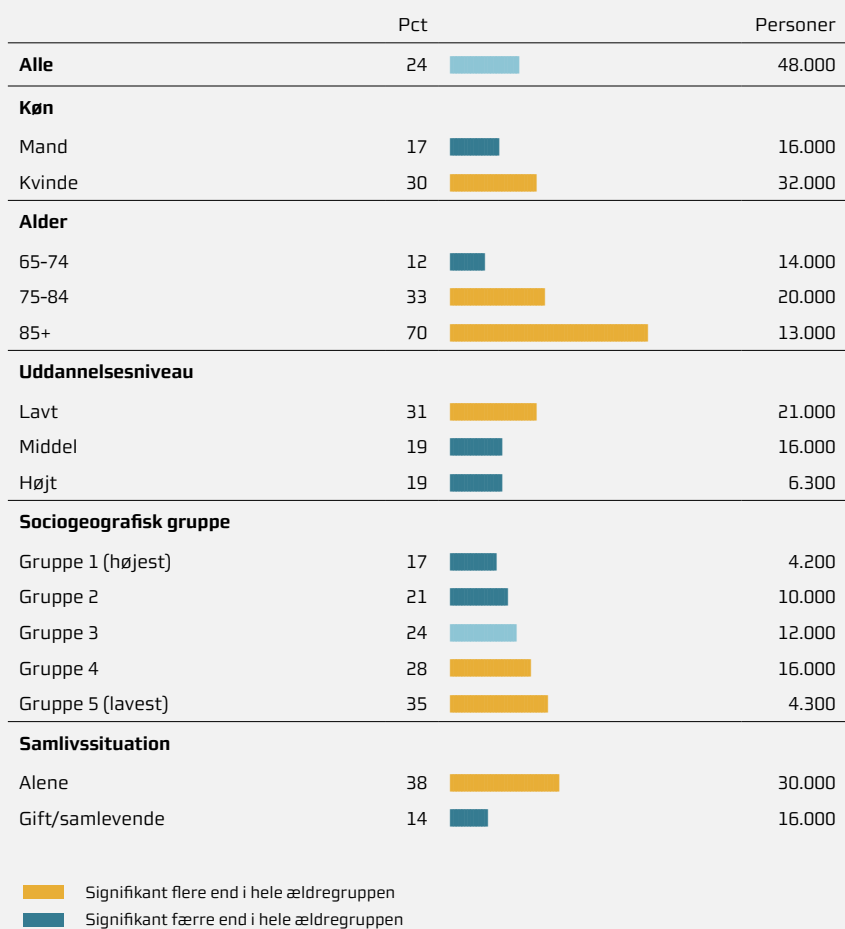
Blandt de ældre, der har brug for hjælp til dagligdagens gøremål, angiver flest at have brug for hjælp til at gøre rent (19 %) og købe ind (10 %). 7 % af de ældre har behov for hjælp, når de skal til lægen, mens 6 % angiver, at de har behov for hjælp til at lave mad, betale regninger eller at gå en tur. 5 % af de ældre har endvidere behov for hjælp til at besøge bekendte. En mindre andel af de ældre er fysisk afhængig af støtte og hjælp til basale dagligdags gøremål: at vaske sig (4 %), klæde sig af (3 %) og spise (0,7 %). I alt er 5 % af de ældre fysisk afhængige af hjælp.

FIGUR 10.2
Behov for støtte og hjælp i dagligdagen blandt ældre (65+ år)



FIGUR 10.3

Behov for støtte og hjælp i dagligdagen blandt ældre - køn, alder og sociale forhold



Behov for støtte og hjælp i dagligdagen blandt ældre - køn, alder og sociale forhold

Af figur 10.3 fremgår det, at der er stor variation i behovet for hjælp i forhold til køn, alder og sociale forhold. Andelen, der har behov for hjælp, stiger særdeles markant med alderen. Andelen blandt de lavtuddannede ældre, der har behov for hjælp, er endvidere væsentligt større end andelen blandt de middelhøjt og højtuddannede, ligesom andelen af ældre, der har behov for hjælp, stiger betydeligt med faldende sociogeografisk gruppe. Endelig er andelen, der har behov for hjælp, dobbelt så stor blandt ældre, der lever alene, sammenlignet med andelen blandt ældre, der er gift/samlevende.

Køn. Der er en betydelig større andel ældre kvinder end mænd, der har behov for hjælp i dagligdagen.

Alder. Andelen, der har behov for hjælp, stiger særdeles markant med alderen. Hele 70 % af de ældste ældre (85+ år) har brug for hjælp i dagligdagen, mens hver tredje ældre i alderen 75-84 år har brug for hjælp. Blot hver ottende af de 65-74-årige har brug for hjælp.

Uddannelsesniveau. Der er en betydeligt større andel ældre, der har behov for hjælp, blandt de lavtuddannede end i hele ældregruppen. Både blandt de middelhøjt og højtuddannede ældre er andelen, der har behov for hjælp, mindre end i hele ældregruppen.

Sociogeografisk gruppe. Der er en betydelig større andel ældre i gruppe 4 og 5, der har behov for hjælp, sammenlignet med hele ældregruppen, mens der er en mindre andel ældre i gruppe 1 og 2, der har behov for hjælp.

Samlivssituation. Der er en markant større andel med behov for hjælp blandt ældre, der lever alene, end blandt ældre, der er gift/samlevende.

Sammenlignet med hele ældregruppen er der en signifikant større andel, der har behov for hjælp, blandt følgende grupper:

- Kvinder
- Ældre i alderen 75+ år
- Ældre med lavt uddannelsesniveau
- Ældre i sociogeografisk gruppe 4 og 5
- Ældre, der lever alene

FIGUR 10.4

Fysisk afhængighed af støtte og hjælp blandt ældre - køn, alder og sociale forhold

	Pct		Personer
Alle	5		11.000
Køn			
Mand	5		4.700
Kvinde	6		6.600
Alder			
65-74	2		2.700
75-84	6		4.300
85+	21		4.300
Uddannelsesniveau			
Lavt	8		6.000
Middel	3		2.700
Højt	3		1.100
Sociogeografisk gruppe			
Gruppe 1 (højest)	2		700
Gruppe 2	5		2.700
Gruppe 3	5		3.000
Gruppe 4	7		4.300
Gruppe 5 (lavest)	5		700
Samlivssituation			
Alene	8		6.600
Gift/samlevende	3		4.100

 Signifikant flere end i hele ældregruppen
 Signifikant færre end i hele ældregruppen

Fysisk afhængighed af støtte og hjælp blandt ældre - køn, alder og sociale forhold

Af figur 10.4 fremgår det, at der er forskelle i forekomsten af ældre, der er fysisk afhængige af støtte og hjælp (behov for hjælp til at spise selv, klæde sig af og på og/eller at vaske sig) i forhold til alder og sociale forhold. I særdeleshed er andelen, der er fysisk afhængig af hjælp, betydeligt større blandt de ældste ældre (85+ år) sammenlignet med de 65-84-årige.

Køn. Der er ingen kønsforskel i forekomsten af ældre, der er fysisk afhængige af hjælp.

Alder. Andelen af ældre, der er fysisk afhængige af hjælp, stiger særdeles markant med alderen. Der er således 10 gange flere (svarende til hver femte), der er fysisk afhængige af hjælp blandt de ældste ældre (85+ år) end blandt de 65-74-årige.

Uddannelsesniveau. Der er en signifikant større andel, der er fysisk afhængige af hjælp, blandt ældre med lavt uddannelsesniveau end i hele ældregruppen, mens der er en mindre andel, der er fysisk afhængige af hjælp blandt middelhøjt og højt uddannede.

Sociogeografisk gruppe. Der er en større andel ældre, der er fysisk afhængige af hjælp i gruppe 4, mens der er en mindre andel ældre, der er fysisk afhængige af hjælp blandt ældre i gruppe 1, sammenlignet med hele ældregruppen.

Samlivssituation. Blandt ældre, der lever alene, er der en markant større andel, der er fysisk afhængige af hjælp end blandt ældre, der er gift/samlevende.

Sammenlignet med hele ældregruppen er der en signifikant større andel, der er fysisk afhængige af hjælp i følgende grupper:

- Ældre i alderen 75+ år
- Ældre med lavt uddannelsesniveau
- Ældre i sociogeografisk gruppe 4
- Ældre, der lever alene

Hvem hjælper de ældre, der har brug for støtte og hjælp?

Over halvdelen af de ældre, der har behov for hjælp, angiver, at familie (62 %) og/eller plejepersonale/hjemmehjælp (52 %) varetager opgaver, som de ikke selv kan udføre. Således er de vigtigste kilder til hjælp familien og plejepersonale/hjemmepleje.

13 % af de ældre angiver, at venner hjælper med dagligdagens gøremål, mens 10 % angiver, at de modtager hjælp fra en nabo. 8 % angiver, at de modtager hjælp fra andre, mens 2 % angiver, at de modtager hjælp fra en besøgsven. I alt 41 % af de ældre modtager hjælp fra to eller flere sider. 7 % af de ældre, der har brug for hjælp, angiver at de ingen hjælp får (ikke vist).

Rygning

De alvorlige sundhedsskadelige virkninger af rygning er dokumenteret på en lang række områder (13, 14). Selvom antallet af rygere har været faldende siden 1970'erne, er rygning fortsat den vigtigste forebyggelige risikofaktor for sygdom og død. Systematiske forebyggelsesindsatser har således et betydeligt potentiale i forhold til at reducere personlige og samfundsmæssige omkostninger.

Jo tidligere man holder op med at ryge, desto bedre, men selv blandt ældre, der har røget i mange år, er der en stor helbredsgevinst ved rygestop (15). Det er således vigtigt at motivere ældre rygere til rygestop, og tobaksforebyggelse retter sig derfor også mod den ældre befolkning.

Se kapitel 2 om rygning i den voksne befolkning for en beskrivelse af de anvendte spørgsmål.

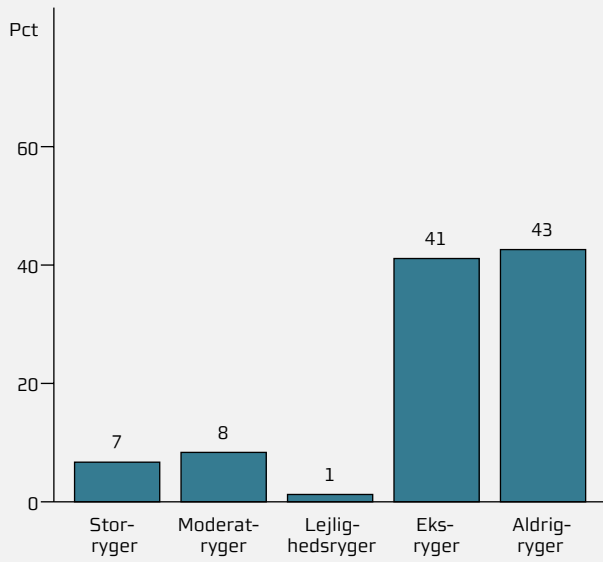
Hvor mange af de ældre ryger?

Figur 10.5 viser de ældres rygevaner. Gruppen af dagligrygere består af 7 % storrygere, der ryger 15 eller flere cigaretter om dagen, og 8 %, der ryger 1-14 cigaretter om dagen. Derudover er 1 % af de ældre lejlighedsrygere (ryger, men ikke dagligt), mens 41 % er eksrygere. I alt 43 % af de ældre har aldrig røget. Andelen af kvindelige aldrig-rygere er endvidere markant større end andelen af mandlige aldrig-rygere (54 % versus 30 %).

Nogle ældre rygere har ikke angivet hvor mange cigaretter de ryger. De indgår derfor ikke i den analyse, der danner baggrund for figur 10.5.

















16 % af de ældre ryger dagligt, hvilket svarer til omtrent 31.000 personer i Region Midtjylland.



FIGUR 10.5
Rygevaner blandt ældre (65+ år)



FIGUR 10.6

Dagligrygere blandt ældre - køn, alder og sociale forhold

	Pct		Personer
Alle	16		31.000
Køn			
Mand	18		17.000
Kvinde	13		14.000
Alder			
65-74	18		21.000
75-84	13		8.200
85+	10		1.800
Uddannelsesniveau			
Lavt	17		12.000
Middel	16		14.000
Højt	11		3.800
Sociogeografisk gruppe			
Gruppe 1 (højest)	12		3.200
Gruppe 2	16		8.500
Gruppe 3	15		8.200
Gruppe 4	16		9.600
Gruppe 5 (lavest)	16		2.000
Samlivssituation			
Alene	18		14.000
Gift/samlevende	14		16.000

 Signifikant flere end i hele ældregruppen
 Signifikant færre end i hele ældregruppen

Dagligrygere blandt ældre - køn, alder og sociale forhold

Af figur 10.6 fremgår det, at der er betydelige forskelle i rygevaner i forhold til køn, alder og sociale forhold. Der er således betydeligt flere ældre mænd end kvinder, der ryger dagligt. Andelen af dagligrygere falder endvidere markant med alderen, hvilket skal ses i sammenhæng med, at rygning er forbundet med kortere levetid.

Køn. Der er en større andel af ældre mænd end kvinder, der ryger dagligt.

Alder. Andelen af dagligrygere falder med alderen. Der er signifikant større andel dagligrygere blandt de yngre ældre, end det er tilfældet i hele ældregruppen. Tilsvarende er der en signifikant mindre andel dagligrygere blandt de 75-84-årige og de ældste ældre (85+ år).

Uddannelsesniveau. Der er en signifikant mindre andel dagligrygere blandt ældre med højt uddannelsesniveau end i hele ældregruppen.

Sociogeografisk gruppe. Der er en mindre andel af dagligrygere blandt ældre i gruppe 1, end det er tilfældet i hele ældregruppen.

Samlivssituation. Der er en større andel af dagligrygere blandt ældre, der lever alene end blandt ældre, der er gift/samlevende.

Sammenlignet med hele ældregruppen er der signifikant flere dagligrygere blandt følgende grupper:

- Mænd
- Ældre i alderen 65-74 år
- Ældre, der lever alene

Hvor mange af de ældre vil gerne stoppe med at ryge?

Med henblik på at belyse motivation for at stoppe med at ryge er der i spørgeskemaet spurgt til, hvorvidt de ældre gerne vil holde op med at ryge. 51 % af de ældre dagligrygere angiver, at de ønsker at stoppe med at ryge. 9 % af de ældre dagligrygere ønsker at stoppe med at ryge inden for seks måneder, mens 42 % endnu ikke har planlagt hvornår.

I alt 39 % af de ældre dagligrygere, som gerne vil holde op med at ryge, vil endvidere gerne have støtte og hjælp til at gennemføre det. Blandt storrygerne ønsker 42 % at få støtte og hjælp til rygestop, mens det gælder 34 % af de ældre, der ryger 1-14 cigaretter dagligt.

I alt er 8 % af de ældre blevet rådet til at stoppe med at ryge af egen læge inden for det seneste år. Blandt storrygerne er 47 % blevet rådet til at stoppe med at ryge, mens 40 % af de ældre, der dagligt ryger mellem 1 og 14 cigaretter, er blevet rådet til at stoppe med at ryge (ikke vist).

Alkohol

Sammenlignet med de andre skandinaviske lande er danskernes alkoholforbrug generelt stort, og forbruget har været nogenlunde konstant siden 1970'erne (5,16). Mange forbinder alkohol med hyggeligt samvær, fritidsliv og fest, men et stort forbrug af alkohol kan have konsekvenser for helbredet. Alkohol øger risikoen for kroniske sygdomme, herunder kræft og hjerte-kar-sygdomme (5, 17,18).

Ifølge Sundhedsstyrelsen skal ældre følge de generelle anbefalinger for ugentligt alkoholforbrug, men være særligt opmærksomme på deres forbrug, da forskning indikerer, at ældre er mere følsomme over for alkohols skadelige helbredseffekter (19). Ældre har blandt andet mindre væske i kroppen, hvilket kan medføre en højere promille. Samtidig skal ældre, der tager medicin, være særligt forsigtige med alkohol, som kan forringe medicinens effekt og øge eventuelle bivirkninger (19). Endvidere er der særlige helbredsrisici forbundet med et højt alkoholindtag hos ældre. Blandt andet øges tendensen til fald og hukommelsestab, ligesom alkoholskader på indre organer forekommer hurtigere blandt ældre end blandt yngre personer (19,20).

Se kapitel 3 om alkohol i den voksne befolkning for en beskrivelse af de anvendte spørgsmål.

Hvor mange af de ældre har et risikabelt alkoholforbrug?

Figur 10.7 viser andelen af ældre, der har et risikabelt alkoholforbrug i form af enten ugentligt rusdrikkeri (ugentligt 5+ genstande ved samme lejlighed), højrisikoforbrug (mænd: 21+ genstande ugentligt; kvinder: 14+ genstande ugentligt) samt tegn på alkoholproblemer målt ved CAGE-C (se beskrivelse i boks 3.1 i kapitel 3).

14 % af de ældre udviser tegn på alkoholproblemer, svarende til ca. 27.000 personer i Region Midtjylland. Endvidere har 7 % af de ældre et højrisikoforbrug af alkohol, svarende til ca. 14.000 personer. 5 % af de ældre drikker fem eller flere genstande ved samme lejlighed mindst én gang om ugen, svarende til ca. 10.000 personer.

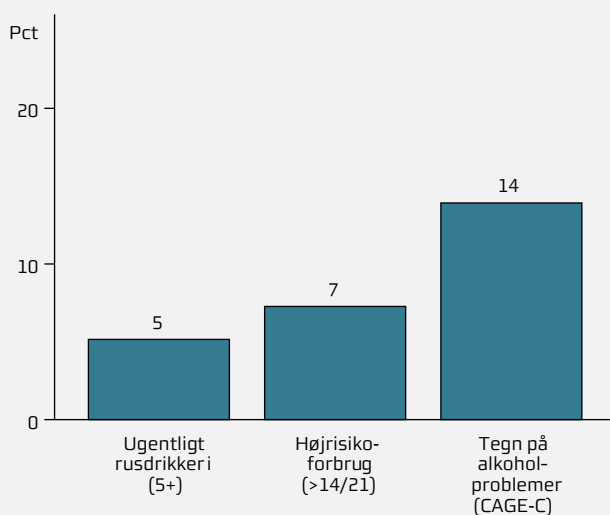
Af figur 10.8 fremgår, at fire ud af fem ældre har et lavrisikoforbrug af alkohol eller slet ikke drikker alkohol. De overholder således Sundhedsstyrelsens anbefalinger (højst 7 genstande ugentligt for kvinder og højst 14 genstande ugentligt for mænd). Endvidere angiver 11 % at have et moderat forbrug af alkohol.

I det følgende fokuseres på ældre, der udviser tegn på alkoholproblemer samt ældre med højrisikoforbrug af alkohol, da rusdrikkeri primært er et ungdomsfænomen.

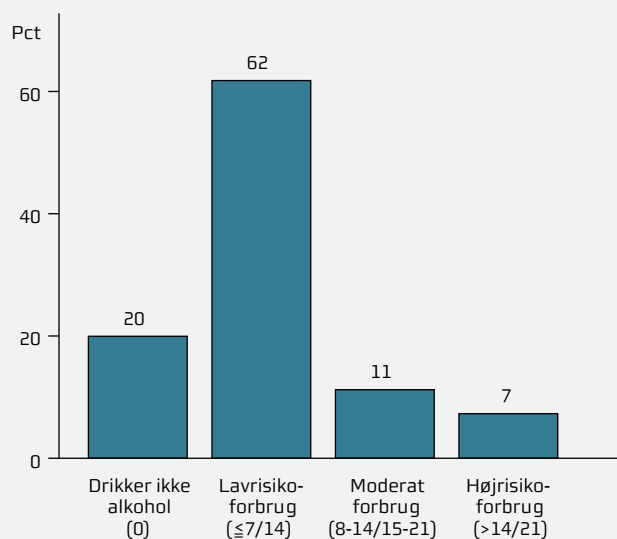
FIGUR 10.7 OG 10.8

Alkoholforbrug blandt ældre (65+ år)

Figur 10.7
Tre former for risikabelt alkoholforbrug blandt ældre (65+ år): Ugentligt rusdrikkeri, højrisikoforbrug og tegn på alkoholproblemer



Figur 10.8
Alkoholforbrug blandt ældre (65+ år)



FIGUR 10.9

Højrisikoforbrug af alkohol (>14/21 genstande pr. uge) blandt ældre - køn, alder og sociale forhold

	Pct		Personer
Alle	7		14.000
Køn			
Mand	10		9.000
Kvinde	5		4.600
Alder			
65-74	9		10.000
75-84	5		2.800
85+	5		700
Uddannelsesniveau			
Lavt	5		3.000
Middel	8		6.600
Højt	12		3.900
Sociogeografisk gruppe			
Gruppe 1 (højest)	10		2.400
Gruppe 2	7		3.500
Gruppe 3	7		3.300
Gruppe 4	7		3.800
Gruppe 5 (lavest)	6		600
Samlivssituation			
Alene	7		5.000
Gift/samlevende	8		8.500

 Signifikant flere end i hele ældregruppen
 Signifikant færre end i hele ældregruppen

Højrisikoforbrug af alkohol (>14/21) blandt ældre - køn, alder og sociale forhold

Af figur 10.9 fremgår det, at der blandt ældre er betydelige forskelle i højrisikoforbrug af alkohol i forhold til køn, alder og sociale forhold. Således er andelen af ældre mænd med et højrisikoforbrug af alkohol markant større end andelen blandt ældre kvinder. Andelen af 65-74-årige med et højrisikoforbrug af alkohol er ligeledes markant større end blandt ældre over 74 år. Denne forskel kan skyldes, at et stort forbrug af alkohol er forbundet med øget risiko for tidlig død samt at nogle ældre drikker mindre som følge af blandt andet sygdom og medicin eller mindre social aktivitet. Endelig stiger andelen med højrisikoforbrug betydeligt med uddannelsesniveau.

Køn. Der er dobbelt så mange ældre mænd som ældre kvinder, der har et højrisikoforbrug af alkohol.

Alder. Der er en signifikant større andel med et højrisikoforbrug af alkohol blandt de yngste ældre end det er tilfældet i hele ældregruppen. Tilsvarende er der en signifikant mindre andel blandt de 75-84-årige og blandt de ældste ældre (85+ år).

Uddannelsesniveau. Der er en signifikant større andel ældre med et højrisikoforbrug af alkohol blandt ældre med middelhøjt og højt uddannelsesniveau. Tilsvarende er der en mindre andel ældre med lavt uddannelsesniveau, der har et højrisikoforbrug. Således stiger andelen med højrisikoforbrug med uddannelsesniveau.

Sociogeografisk gruppe. Der er en større andel af ældre med et højrisikoforbrug af alkohol blandt ældre i gruppe 1, end det er tilfældet i hele ældregruppen.

Samlivssituation. Der er ingen sammenhæng mellem højrisikoforbrug af alkohol og samlivssituation.

Sammenlignet med hele ældregruppen er der en signifikant større andel med et højrisikoforbrug af alkohol i følgende grupper:

- Mænd
- Ældre i alderen 65-74 år
- Ældre med middelhøjt og højt uddannelsesniveau
- Ældre i sociogeografisk gruppe 1

Tegn på alkoholproblemer blandt ældre - køn, alder og sociale forhold

Som det fremgik af figur 10.7, udviser 14 % af de ældre i Region Midtjylland tegn på alkoholproblemer. Markant flere ældre mænd end kvinder udviser tegn på alkoholproblemer (22 % versus 7 %). Derudover er andelen af ældre, der udviser tegn på alkoholproblemer større blandt de 65-74-årige (16 %) end blandt både de 75-84-årige (11 %) og de ældste ældre (85+ år) (9 %). Endvidere udviser flere ældre med middelhøjt og højt uddannelsesniveau tegn på alkoholproblemer (16 % og 21 %) end ældregruppen som helhed. Blandt ældre, der er gift/samlevende, er andelen, der udviser tegn på alkoholproblemer, lidt større end blandt ældre, som lever alene (15 % versus 13 %) (ikke vist).

Ønske om at nedsætte alkoholforbrug

Med henblik på at belyse de ældres motivation for at drikke mindre er der i spørgeskemaet spurgt til, hvorvidt de ældre gerne vil nedsætte deres alkoholforbrug. I hele ældregruppen ønsker blot 3 %, at nedsætte deres alkoholforbrug, mens 8 % ikke ved, om de vil nedsætte deres forbrug af alkohol. Blandt ældre med et højrisikoforbrug af alkohol ønsker 16 % at nedsættes deres forbrug, mens dette gælder 15 % af de ældre, der udviser tegn på alkoholproblemer.

Blot 2 % af de ældre, der har været hos lægen inden for det seneste år, er blevet rådet til at nedsætte deres alkoholforbrug. 12 % af de ældre, der har et højrisikoforbrug, er blevet rådet til at nedsætte deres forbrug, mens det gælder 10 % af de ældre, der udviser tegn på alkoholproblemer (ikke vist).

Fysisk aktivitet

Regelmæssig fysisk aktivitet er gavnligt af flere årsager og kan fungere både forebyggende og behandlende. Ved at dyrke motion dagligt fremmes både fysisk og psykisk velvære, ligesom forekomsten af en række kroniske sygdomme og overvægt mindskes (21). For ældre er fysisk aktivitet endvidere en positiv faktor i forhold til forebygelse af aldersbetinget svækkelse, ligesom jævnlig fysisk aktivitet fordobler sandsynligheden for, at ældre forbliver selvhjulpne livet igennem (7).

Ifølge Sundhedsstyrelsen bør ældre følge de generelle anbefalinger omkring daglig fysisk aktivitet (22). Ligesom den øvrige voksne befolkning anbefales ældre at være fysisk aktive mindst 30 minutter om dagen samt deltage i aktiviteter, som vedligeholder eller øger konditionen og muskel- og knoglestyrke, to gange ugentligt af mindst 20 minutters varighed. Særligt for ældre anbefales det, at der to gange ugentligt af mindst 10 minutters varighed udføres strækøvelser for dermed at vedligeholde kroppens bevægelighed (22).

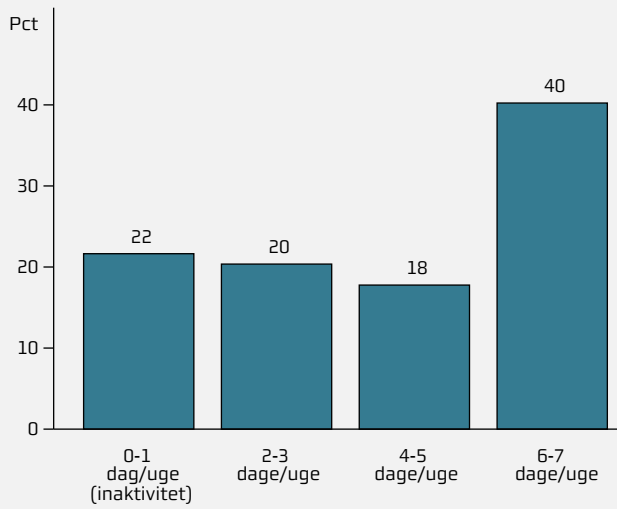
Se kapitel 4 om fysisk aktivitet i den voksne befolkning for en beskrivelse af de anvendte spørgsmål.

Hvor mange af de ældre er fysisk inaktive?

Af figur 10.10 fremgår, hvor ofte de ældre er fysisk aktive mindst 30 minutter om dagen. 22 % af de ældre er fysisk inaktive, hvilket er karakteriseret ved, at man højst en gang ugentligt er moderat fysisk aktiv minimum i 30 minutter. Dette svarer til 43.000 af de ældre i Region Midtjylland. 20 % er moderat fysisk aktive to til tre gange ugentligt, mens 18 % er fysisk aktive fire til fem gange ugentligt. Hele 40 % af de ældre er moderat fysisk aktive i mindst 30 minutter om dagen seks til syv dage om ugen.

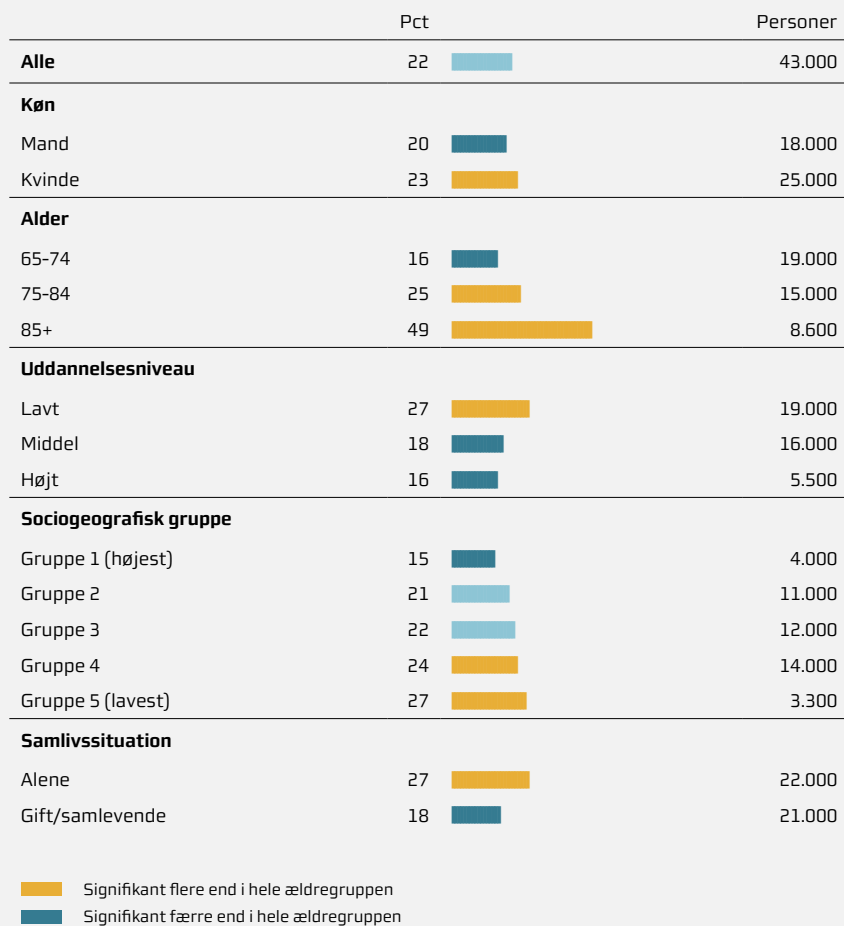
FIGUR 10.10

Moderat fysisk aktivitet blandt ældre (65+ år) - antal dage per uge



FIGUR 10.11

Fysisk inaktivitet blandt ældre - køn, alder og sociale forhold



Fysisk inaktivitet blandt ældre - køn, alder og sociale forhold

Af figur 10.11 fremgår det, at der er betydelige forskelle i fysisk inaktivitet i forhold til køn, alder og sociale forhold. Andelen af inaktive stiger betydeligt med alderen. Endvidere er andelen af fysisk inaktive betydeligt større blandt ældre, der lever alene, end blandt gifte/samlevende.

Køn. Der er en lidt større andel af ældre kvinder end ældre mænd, der er fysisk inaktive.

Alder. Andelen af inaktive ældre stiger markant med alderen. Hver sjette blandt de yngste ældre er fysisk inaktive, mens hver fjerde blandt de 75-84-årige er inaktive. Halvdelen af de ældste ældre (85+ år) er fysisk inaktive.

Uddannelsesniveau. Der er en signifikant større andel fysisk inaktive blandt ældre med lavt uddannelsesniveau end i hele ældregruppen, mens der er en mindre andel fysisk inaktive blandt ældre med middelhøjt og højt uddannelsesniveau. Således stiger andelen af fysisk inaktive ældre med faldende uddannelsesniveau.

Sociogeografisk gruppe. Der er en større andel af fysisk inaktive ældre i gruppe 4 og 5 end i hele ældregruppen, mens der er en mindre andel fysisk inaktive ældre i gruppe 1.

Samlivssituation. Andelen af fysisk inaktive er væsentligt større blandt ældre, der lever alene, end blandt gifte/samlevende.

Sammenlignet med hele ældregruppen er der en signifikant større andel af fysisk inaktive blandt følgende grupper:

- Kvinder
- Ældre i alderen 75+ år
- Ældre med lavt uddannelsesniveau
- Ældre i sociogeografisk gruppe 4 og 5
- Ældre, der lever alene

Motion i fritiden og stillesiddende adfærd

57 % af de ældre dyrker ikke idræt eller andre aktiviteter, der giver motion i hverdagen. Flere ældre mænd end kvinder dyrker ikke idræt eller andre aktiviteter, der giver motion i hverdagen (62 % versus 52 %). Endvidere har 26 % af de ældre generelt en stillesiddende adfærd. Dette gør sig gældende for flere ældre kvinder end mænd (28 % versus 23 %). Samtidig stiger andelen af ældre, der generelt har en stillesiddende adfærd, markant med alderen. Blandt de 65-74-årige har blot 16 % en stillesiddende adfærd, mens dette gør sig gældende for 34 % af de 75-84-årige og 64 % af ældste ældre (85+ år) (ikke vist).

Hvor mange ældre vil gerne være mere fysisk aktive?

Med henblik på at belyse motivation for øget fysisk aktivitet er der i spørgeskemaet spurgt til, hvorvidt de ældre ønsker at være mere fysisk aktive. 39 % af de ældre ønsker at være mere fysisk aktive. Blandt de fysisk inaktive ældre gør dette sig gældende for næsten halvdelen af deltagerne.

17 % af de ældre er inden for de sidste 12 måneder blevet rådet til at dyrke motion af deres læge. Dette gør sig gældende for 21 % af de fysisk inaktive ældre, og for en større andel af de inaktive ældre mænd end kvinder (28 % versus 16 %) (ikke vist).

Kost

Ifølge Fødevarestyrelsen bør ældre med normal appetit - ligesom den øvrige befolkning - følge de 10 officielle kostråd (23). Det anbefales dog, at den ældre befolkning øger indtaget af protein fra 10-20 energiprocent til 15-20 energiprocent (24). Desuden er det anbefalede indtag af D-vitamin større hos ældre, hvilket enten kan dækkes gennem kost eller kosttilskud. Sluttelig anbefales ældre at være opmærksomme på at indtage tilstrækkelig med væske (23,25).

Ældres kost påvirkes blandt andet af ændringer af sanser, tygge- og synkeproblemer såvel som eventuelle indlæggelser og institutionalisering (23,25). En del ældre spiser generelt mindre end yngre mennesker, og det er derfor vigtigt at være opmærksom på, at småtspisende ældre får en næringsrig kost (25,26). En uhensigtsmæssig kost kan forårsage nedsat funktionsevne, øget sygelighed og mindske sandsynligheden for, at den ældre kan klare sig på egen hånd (26).

I Hvordan har du det? benyttes en kostscore udviklet af Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Region Hovedstaden (27). Kostscoren består af en række spørgsmål om indtag af frugt, grønt, fisk og fedt, der summeres i fire variable. De fire variable udgør en samlet score for kostens kvalitet, der opdeles i tre kategorier: 1) sund kost, 2) middelsund kost og 3) usund kost.

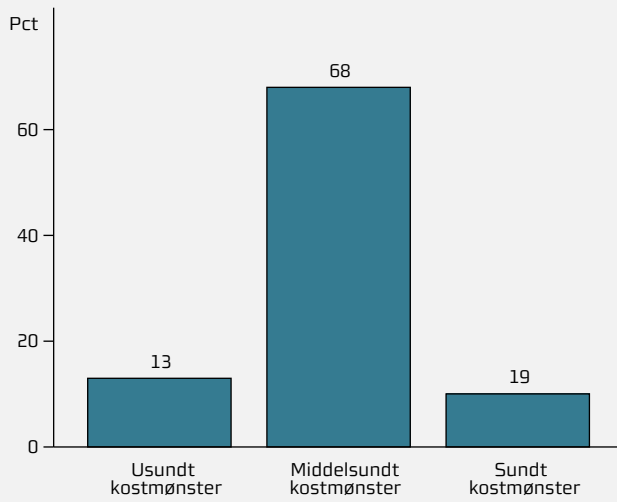
Se kapitel 5 om kost i den voksne befolkning for en beskrivelse af de anvendte spørgsmål.

Hvor mange af de ældre spiser usundt?

Figur 10.12 viser de ældres kostmønstre, når de fire kostkomponenter (frugt, grønt, fisk og fedt) vurderes under ét. I alt 13 % af de ældre har et usundt kostmønster svarende til 25.000 personer. 68 % af de ældre har et middelsundt kostmønster, mens 19 % har et sundt kostmønster.






Hvis man ser på de ældres kostvaner i forhold til de fire kostkomponenter, har 30 % af de ældre et usundt kostmønster i forhold til fedt. Dette skal dog ses i lyset af, at småtspisende ældre generelt anbefales en næringsrig kost. Endvidere har 16 % af de ældre et usundt kostmønster i forhold til henholdsvis fisk og frugt, mens 14 % af de ældre har et usundt kostmønster i forhold til grønt.


FIGUR 10.12
Det samlede kostmønster blandt ældre (65+ år)



FIGUR 10.13

Usundt kostmønster blandt ældre - køn, alder og sociale forhold

	Pct		Personer
Alle	13		25.000
Køn			
Mand	17		15.000
Kvinde	10		9.800
Alder			
65-74	11		13.000
75-84	15		8.700
85+	19		2.900
Uddannelsesniveau			
Lavt	17		11.000
Middel	12		10.000
Højt	5		1.600
Sociogeografisk gruppe			
Gruppe 1 (højest)	10		2.400
Gruppe 2	13		6.100
Gruppe 3	13		6.500
Gruppe 4	14		7.800
Gruppe 5 (lavest)	17		1.900
Samlivssituation			
Alene	16		12.000
Gift/samlevende	11		12.000

 Signifikant flere end i hele ældregruppen
 Signifikant færre end i hele ældregruppen

Usundt kostmønster blandt ældre - køn, alder og sociale forhold

Af figur 10.13 fremgår det, at der er betydelige forskelle i forekomsten af usundt kostmønster i forhold til køn, alder og sociale forhold. Der er således betydeligt flere ældre mænd end kvinder, der har et usundt kostmønster, ligesom andelen af ældre med usundt kostmønster stiger markant med alderen. Andelen af ældre med usundt kostmønster er endvidere markant større blandt ældre, der lever alene, end blandt ældre, der er gift/samlevende.

Køn. Der er en markant større andel ældre mænd end kvinder, der har et usundt kostmønster.

Alder. Andelen af ældre med usundt kostmønster stiger med alderen. Der er en mindre andel med usundt kostmønster blandt de 65-74-årige end i hele ældregruppen, mens andelen er større blandt både de 75-84-årige og de ældste ældre (85+ år).

Uddannelsesniveau. Der er en større andel med usundt kostmønster blandt ældre med lavt uddannelsesniveau, mens der er en markant mindre andel med usundt kostmønster blandt ældre med højt uddannelsesniveau.

Sociogeografisk gruppe. Der er en større andel ældre med usundt kostmønster i gruppe 5 end i hele ældregruppen, mens der er en mindre andel med usundt kostmønster i gruppe 1.

Samlivssituation. Andelen med usundt kostmønster er større blandt ældre, der lever alene end blandt ældre, der er gifte/samlevende.

Sammenlignet med hele ældregruppen er der en signifikant større andel med usundt kostmønster blandt følgende grupper:

- Mænd
- Ældre i alderen 75+ år
- Ældre med lavt uddannelsesniveau
- Ældre i sociogeografisk gruppe 5
- Ældre, der lever alene

Ønske om at spise mere sundt

27 % af de ældre ønsker at spise mere sundt. Blot 22 % af de ældre med usundt kostmønster ønsker at spise mere sundt, hvilket er en signifikant mindre andel end blandt ældre, der har et middelsundt eller sundt kostmønster (28 % og 29 %). I tråd hermed vurderer blot 4 % af de ældre med usundt kostmønster, at deres egne kostvaner er usunde eller meget usunde. Der er således en væsentlig uoverensstemmelse mellem usund kost (defineret ud fra kostscoren) og det, som mange ældre anser som usund kost.

8 % af de ældre har inden for de seneste 12 måneder modtaget råd fra lægen vedrørende kostvaner. 8 % af ældre med henholdsvis usundt og middelsundt kostmønster har modtaget rådgivning fra egen læge vedrørende kostvaner, mens 7 % af de ældre med sundt kostmønster har modtaget rådgivning (ikke vist).

Overvægt

Svær overvægt indebærer en øget risiko for tidlig død og kroniske sygdomme som type 2-diabetes, hjerte-kar-sygdomme samt visse former for kræft (5, 28-32). Det anbefales derfor, at voksne (herunder ældre) generelt bør have et BMI på højst 25. Nogle studier indikerer dog, at et højere BMI (ca. 24-29) potentielt kan være gavnligt for ældre (25,26,33). Formentlig skyldes dette, at et højt BMI hos ældre er forbundet med større muskelmasse, hvilket øger modstandskraft over for sygdom og bidrager til hurtigere rekreation (25,33).

Undervægt, eksempelvis som følge af nedsat appetit eller sygdom, er et særligt problem blandt især de ældste ældre samt ældre på plejehjem og ældre, som er tilknyttet hjemmeplejen. Større vægttab og undervægt kan have store helbredsmæssige konsekvenser og er forbundet med forringet livskvalitet og øget dødelighed (26,33).

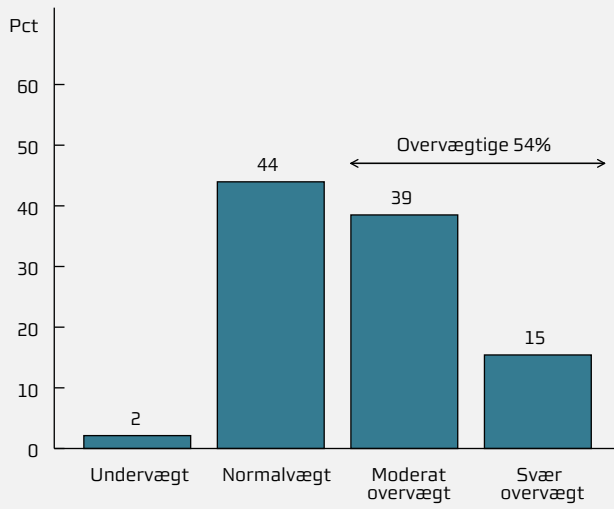
Se kapitel 6 om overvægt i den voksne befolkning for en beskrivelse af de anvendte spørgsmål.

Hvor mange af de ældre er overvægtige?

Af figur 10.14 fremgår, hvordan de ældre fordeler sig på fire vægtklasser. 15 % af de ældre er svært overvægtige (BMI > 30), svarende til ca. 31.000 personer i Region Midtjylland. 39 % er moderat overvægtige (BMI 25-29,9), svarende til ca. 78.000 personer i Region Midtjylland. 44 % er normalvægtige (BMI 18,5-24,9), svarende til ca. 89.000 personer, mens 2 % af de ældre er undervægtige (BMI < 18,5), svarende til 4.000 personer i Region Midtjylland.


Blandt de undervægtige er der markant flere ældre kvinder end mænd (4 % versus 0,5 %), ligesom andelen af undervægtige kvinder er signifikant større blandt de ældste kvinder (85+ år) (8 %) end blandt de 65-74-årige (3 %) og 75-84-årige (4 %). I det følgende fokuseres der på ældre, som er svært overvægtige.

FIGUR 10.14
Vægtklasser blandt ældre (65+ år)



FIGUR 10.15

Svært overvægtige blandt ældre - køn, alder og sociale forhold

	Pct		Personer
Alle	15		31.000
Køn			
Mand	17		16.000
Kvinde	14		15.000
Alder			
65-74	18		21.000
75-84	13		8.200
85+	9		1.600
Uddannelsesniveau			
Lavt	19		13.000
Middel	15		13.000
Højt	10		3.300
Sociogeografisk gruppe			
Gruppe 1 (højest)	11		2.800
Gruppe 2	15		7.600
Gruppe 3	17		9.100
Gruppe 4	16		9.600
Gruppe 5 (lavest)	17		2.100
Samlivssituation			
Alene	15		12.000
Gift/samlevende	16		18.000

 Signifikant flere end i hele ældregruppen
 Signifikant færre end i hele ældregruppen

Svært overvægtige blandt ældre - køn, alder og sociale forhold

Af figur 10.15 fremgår det, at der er forskelle i forekomsten af svær overvægt i forhold til køn, alder og sociale forhold. Andelen af svært overvægtige ældre falder markant med alderen, hvilket skal ses i sammenhæng med, at svær overvægt er forbundet med kortere levetid. Endvidere er der en større andel svært overvægtige blandt ældre med lavt uddannelsesniveau.

Køn. En lidt større andel af ældre mænd end kvinder er svært overvægtige.

Alder. Andelen af svært overvægtige ældre falder markant med alderen. Således er andelen af svært overvægtige ældre størst blandt de 65-74-årige, hvor næsten hver femte er svært overvægtig. Der er blot halvt så mange svært overvægtige blandt de ældste ældre (85+ år).

Uddannelsesniveau. Sammenlignet med hele ældregruppen er der en signifikant større andel svært overvægtige blandt ældre med lavt uddannelsesniveau, mens der er en mindre andel svært overvægtige blandt ældre med et højt uddannelsesniveau.

Sociogeografisk gruppe. Der er en større andel svært overvægtige i gruppe 3 sammenlignet med hele ældregruppen, mens der er en mindre andel af svært overvægtige ældre i gruppe 1.

Samlivssituation. Der er hos de ældre ingen sammenhæng mellem svær overvægt og samlivssituation.

Sammenlignet med hele ældregruppen er der signifikant flere svært overvægtige blandt følgende grupper:

- Mænd
- Ældre i alderen 65-74 år
- Ældre med lavt uddannelsesniveau
- Ældre i sociogeografisk gruppe 3

Ønske om at tabe sig

46 % af den samlede ældregruppe vil gerne tabe sig. Således vil 11 % i høj grad gerne tabe sig, mens 35 % i nogen grad gerne vil tabe sig. I alt 36 % af de svært overvægtige ældre ønsker i høj grad at tabe sig.

12 % af de ældre har modtaget råd fra lægen inden for de seneste 12 måneder vedrørende væggtab. Dette dækker over, at 40 % af de svært overvægtige og 12 % af de moderat overvægtige ældre har modtaget rådgivning fra egen læge (ikke vist).

Selvurderet helbred

Selvurderet helbred er en persons egen vurdering af sin helbredstilstand. Selvurderet helbred kan betragtes som personens opsummering af en række helbredsforhold, der ikke beskrives udtømmende ved en opstilling af symptomer, sygdomme og risikofaktorer (34).

Undersøgelser har dokumenteret, at ældre med dårligt selvurderet helbred er i øget risiko for institutionalisering, hospitalisering, sygdom og tidlig død (5). Ældres egen vurdering af deres helbred er derfor et værdifuldt redskab, når man skal beskrive ældregruppens sundhedstilstand.

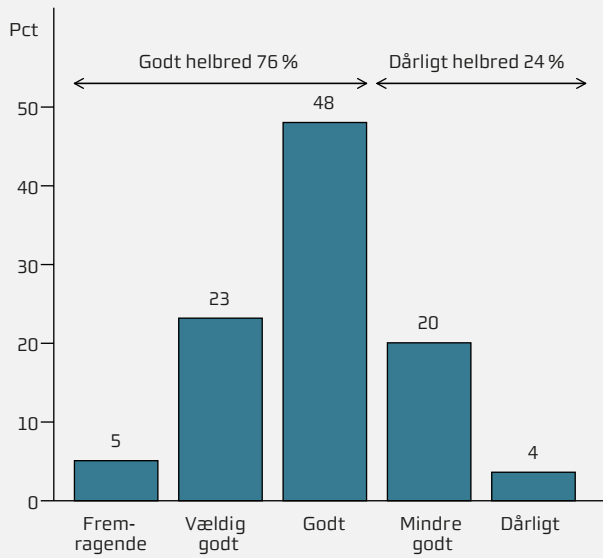
Hvor mange ældre har et dårligt selvurderet helbred?

Af figur 10.16 fremgår, hvordan de ældre vurderer deres eget helbred. 4 % af de ældre angiver, at de har et dårligt helbred og 20 %, at de har et mindre godt helbred. Næsten halvdelen af de ældre angiver, at de har et godt helbred, mens 23 % angiver at have et vældig godt helbred. 5 % af de ældre angiver, at de har et fremragende helbred.

De tre første svarmuligheder betegnes i det følgende som 'godt helbred', mens de to sidste svarmuligheder betegnes som 'dårligt helbred' (se figur 10.16).

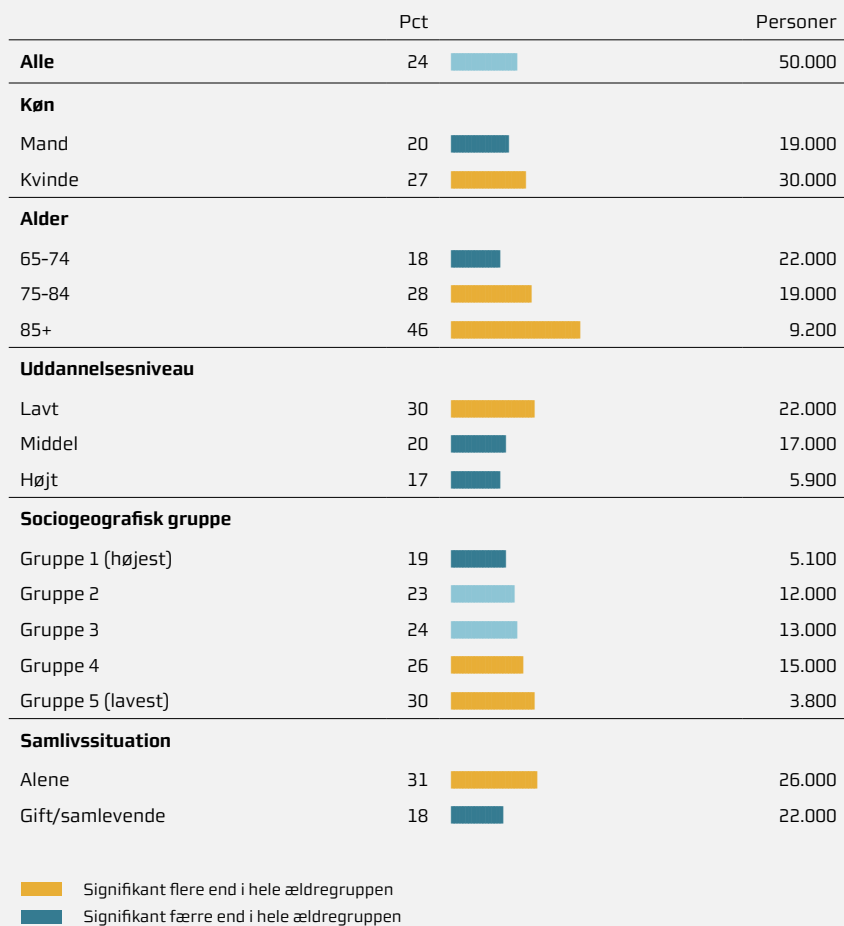
Hovedparten af de ældre i Region Midtjylland oplever at have et godt helbred. Dog har 24 % et dårligt selvurderet helbred, hvilket svarer til cirka 50.000 ældre.

FIGUR 10.16
Selvvurderet helbred blandt ældre (65+ år)



FIGUR 10.17

Dårligt selvvurderet helbred blandt ældre - køn, alder og sociale forhold



Dårligt selvvurderet helbred blandt ældre - køn, alder og sociale forhold

Af figur 10.17 fremgår det, at der er forskelle i selvvurderet helbred i forhold til køn, alder og sociale forhold. Andelen med dårligt selvvurderet helbred stiger markant med alderen, og næsten halvdelen af de ældste ældre (85+ år) har således et dårligt selvvurderet helbred.

Køn. En væsentligt større andel af ældre kvinder end mænd har et dårligt selvvurderet helbred.

Alder. Andelen med dårligt selvvurderet helbred stiger mærkbart med alderen. Næsten halvdelen af de ældste ældre (85+ år) har et dårligt selvvurderet helbred, mens hver tredje blandt de 75-84-årige har et dårligt selvvurderet helbred. Knap hver sjette blandt de 65-74-årige har et dårligt selvvurderet helbred.

Uddannelsesniveau. Der er en signifikant større andel ældre med dårligt selvvurderet helbred blandt lavtuddannede end i hele ældregruppen, mens der er en mindre andel med dårligt selvvurderet helbred blandt ældre med middelhøjt eller højt uddannelsesniveau. Således falder andelen med dårligt selvvurderet helbred med stigende uddannelsesniveau.

Sociogeografisk gruppe. Der er en større andel ældre med dårligt selvvurderet helbred i gruppe 4 og 5 sammenlignet med hele ældregruppen. Tilsvarende er der en mindre andel ældre med dårligt selvvurderet helbred i gruppe 1.

Samlivssituation. Der er en markant større andel med dårligt selvvurderet helbred blandt ældre der lever alene, end blandt ældre, der er gift/samlevende.

Sammenlignet med hele ældregruppen er der en signifikant større andel med dårligt selvvurderet helbred blandt følgende grupper:

- Kvinder
- Ældre i alderen 75+ år
- Ældre med lavt uddannelsesniveau
- Ældre i sociogeografisk gruppe 4 og 5
- Ældre, der lever alene

Dårligt selvvurderet helbred og behov for hjælp

Blandt de ældre, der har et dårligt selvvurderet helbred, angiver hele 62 %, at de har behov for hjælp til dagligdagens gøremål. Markant flere ældre kvinder end mænd med dårligt selvvurderet helbred angiver, at de har behov for hjælp (71 % versus 50 %). Endvidere er der blandt ældre med dårligt selvvurderet helbred en tydelig sammenhæng mellem alder og behov for hjælp. Således angiver 68 % af de 75-84-årige og 89 % af de ældste ældre (85+ år), at de har behov for hjælp i dagligdagen. Blandt 65-74-årige med dårligt selvvurderet helbred har knap halvdelen behov for hjælp til dagligdagens gøremål (ikke vist).

Kronisk sygdom og multisygdom

Forekomsten af langvarige, eller, som de benævnes i det følgende, kroniske sygdomme er et væsentligt element i beskrivelsen af sundhedstilstanden hos ældre. Det gælder både set fra en befolkningssynsvinkel, da kroniske sygdomme af mange ældre opleves som en belastning i dagligdagen, og set fra sundhedsvæsenet, idet det skønnes, at 70-80 % af sundhedsvæsenets ressourcer bruges på kroniske sygdomme (35). Med stigende alder og bedre behandlingsmuligheder øges andelen af borgere med kroniske sygdomme, ligesom det også bliver mere almindeligt at have flere kroniske sygdomme (multisygdom) (3,36). Kronisk sygdom og multisygdom udgør således et særligt sundhedsproblem i denne aldersgruppe.

Hvordan har du det? indeholder oplysninger om forekomsten af 18 kroniske sygdomme (aktuel sygdom og eftervirkninger), der hver især antages at bidrage væsentligt til sygdomsbyrden i befolkningen, enten fordi de forårsager mange dødsfald eller fordi de fører til nedsat livskvalitet og funktionsevne hos store grupper af borgere, se figur 10.18.

Se kapitel 8 om kronisk sygdom og multisygdom i den voksne befolkning for en beskrivelse af de anvendte spørgsmål.

Hvor mange af de ældre har en kronisk sygdom?

Figur 10.18 viser forekomsten af 18 kroniske sygdomme blandt ældre. Forekomsten er både angivet i procent og i antal borgere, der har sygdommen/eftervirkninger af sygdommen. I det følgende vil hver af de 18 kroniske sygdomme blive kommenteret og beskrevet i forhold til køn og alder. I forhold til de tre aldersgrupper skal det holdes for øje, at forekomsten af de kroniske sygdomme afspejler både udviklingen over tid og forskelle i den kønsmæssige fordeling. Eksempelvis er den høje andel af kvinder blandt de ældste ældre (85+ år) medvirkende årsag til, at der ses en høj forekomst af slidgigt og knogleskørhed i denne aldersgruppe.

84 % af de ældre lider af minimum én kronisk sygdom.

Blandt de 18 kroniske sygdomme er forhøjet blodtryk den hyppigste lidelse blandt ældre.

Hjerte-kar-sygdomme. 43 % af de ældre lider af forhøjet blodtryk. Lidt flere ældre kvinder end mænd lider af forhøjet blodtryk (45 % versus 40 %). Der er endvidere en aldersforskel, da 47 % af de ældre over 74 år har forhøjet blodtryk, mens 40 % af de 65-74-årige har forhøjet blodtryk.

5 % af de ældre lider af hjertekrampe. Der ses ingen kønsforskelle i forekomsten af hjertekrampe. Andelen af ældre, der lider af hjertekrampe, stiger imidlertid med alderen. 10 % af de ældste ældre (85+ år) og 6 % af de 74-85-årige lider således af hjertekrampe, mens 3 % af de 65-74-årige lider af hjertekrampe.

3 % af de ældre lider af eftervirkninger af blodprop i hjertet. Endvidere lider flere ældre mænd end kvinder af blodprop i hjertet (5 % versus 2 %). En større andel blandt de ældste ældre (85+ år) (6 %), lider af blodprop i hjertet sammenlignet med hele ældregruppen, mens en mindre andel blandt de 65-74-årige (3 %) lider af blodprop i hjertet.

4 % af de ældre lider af eftervirkninger af hjerneblødning eller blodprop i hjernen. Der ses ingen kønsforskel i forekomsten af hjerneblødning eller blodprop i hjernen. Der ses imidlertid en stigning med alderen i andelen med hjerneblødning eller blodprop i hjernen. Således lider 6 % af de ældste ældre (85+ år) og 5 % af de 75-84-årige af hjerneblødning eller blodprop i hjernen, mens 3 % af de 65-74-årige lider af hjerneblødning eller blodprop i hjernen.

I alt lider 47 % af ældregruppen af en eller flere af de fire hjerte-kar-sygdomme.

Sukkersyge. 12 % af de ældre har sukkersyge. Flere ældre mænd end kvinder lider af sukkersyge (14 % versus 11 %). En større andel blandt de 75-84-årige (14 %) lider af sukkersyge end i hele ældregruppen, mens en mindre andel blandt de 65-74-årige (11 %) lider af sukkersyge.

Kræft. 6 % af de ældre lever med kræft eller eftervirkninger heraf. Flere ældre mænd end kvinder lever endvidere med kræft (8 % versus 5 %). En større andel blandt de 75-84-årige (7 %) end i hele ældregruppen lever med kræft, mens en mindre andel blandt de 65-74-årige (6 %) lever med kræft.

Luftvejssygdomme. En del ældre lider af luftvejssygdomme. 11 % af de ældre lider af kronisk bronkitis/for store lunger/rygerlunger. Der ses ingen kønsforskel i forekomsten. En lidt større andel blandt de 75-84-årige (13 %) lider af kronisk bronkitis/store lunger/rygerlunger end i hele ældregruppen, mens det gælder en mindre andel af de 65-74-årige (10 %).

7 % af de ældre lider af astma. Flere ældre kvinder end mænd lider af astma (8 % versus 6 %). Andelen af ældre med astma er lidt større (8 %) blandt de 75-84-årige end i hele ældregruppen.

Allergi. 11 % af de ældre lider af allergi. Flere ældre kvinder end mænd lider af allergi (13 % versus 8 %). Der er en større andel med allergi blandt de 65-74-årige (12 %) end i hele ældregruppen.

FIGUR 10.18

Forekomsten af 18 kroniske sygdomme (aktuel sygdom og eftervirkninger) blandt ældre

	Pct	Personer
Hjerte-kar		
Forhøjet blodtryk	43	88.000
Hjertekrampe	5	10.000
Blodprop i hjertet	3	7.200
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	4	8.000
Sukkersyge		
	12	25.000
Kræft		
	6	13.000
Luftveje		
Bronkitis, for store lunger	11	22.000
Astma	7	14.000
Allergi		
	11	23.000
Muskel-skelet		
Slidgigt	40	83.000
Leddegigt	9	20.000
Knogleskørhed	12	24.000
Diskusprolaps, rygsygdom	15	31.000
Psykiske lidelser		
Psykiske lidelser (mindre end 6 mdr.)	3	6.100
Psykiske lidelser (mere end 6 mdr.)	4	8.800
Nervesystem og sanseorganer		
Migræne, hyppig hovedpine	7	15.000
Tinnitus	17	35.000
Grå stær	15	30.000

Muskel-skelet-lidelser. Forekomsten af muskel-skelet-lidelser er generelt stor blandt ældre. Der ses endvidere væsentlige kønsforskelle på tværs af forekomsten af de forskellige muskel-skelet-lidelser.

40 % af de ældre har slidgigt. Markant flere ældre kvinder end mænd lider af slidgigt (48 % versus 31 %). Andelen af ældre med slidgigt stiger desuden med alderen. Således lider 48 % af de ældste ældre (85+ år) og 44 % blandt de 75-84-årige af slidgigt, mens 37 % blandt de 65-74-årige lider af slidgigt.

9 % af de ældre har leddegigt. Der ses ingen køns-forskel i forekomsten. En større andel blandt de ældste ældre (85+ år) (13 %) end i hele ældregruppen lider af leddegigt, mens en mindre andel blandt de 65-74-årige (9 %) lider heraf.

12 % af de ældre har knogleskørhed. En markant større andel ældre kvinder end mænd lider af knogle skørhed (19 % versus 3 %). Andelen af ældre med knogleskørhed stiger desuden med alderen. Således lider 22 % af de ældste ældre (85+ år) og 14 % blandt de 75-84-årige af knogleskørhed, mens 9 % blandt de 65-74-årige lider af knogleskørhed.

15 % af de ældre har diskusprolaps/rygsygdom. Lidt flere ældre kvinder end mænd lider af diskusprolaps/rygsygdom (16 % versus 14 %). Der ses ingen forskel i forekomsten af diskusprolaps/rygsygdom på tværs af de tre aldersgrupper.

En del har mere end én muskel-skelet-sygdom. I alt har 52 % af den ældre befolkning en muskel-skelet-sygdom.

Psykiske lidelser. En mindre andel af de ældre lider af psykiske lidelser.

4 % af de ældre lider af psykiske lidelser, som har varet mere end 6 måneder. Andelen af ældre kvinder, der lider af psykiske lidelser, som har varet mere end 6 måneder, er større end blandt ældre mænd (6 % versus 3 %). Der ses ingen forskel i forekomsten af længerevarende psykiske lidelser på tværs af de tre aldersgrupper.

3 % af de ældre lider af psykiske lidelser, som har varet mindre end 6 måneder. Ældre kvinder lider ligeledes i højere grad af korterevarende psykiske lidelser end ældre mænd (4 % versus 2 %). Der ses ingen forskel i forekomsten af kortere psykiske lidelser på tværs af de tre aldersgrupper.

Sygdomme i nervesystem og sanseorganer. Sygdomme i nervesystem og sanseorganer er relativt hyppige blandt ældre. Der er endvidere markante kønsforskelle.

7 % af de ældre lider af migræne eller hyppig hovedpine. Næsten dobbelt så mange ældre kvinder som mænd lider af migræne (9 % versus 5 %). En større andel blandt de 65-74-årige (8 %) end i hele ældregruppen lider af migræne. Tilsvarende lider en mindre andel blandt de ældste ældre (85+ år) (5 %) af migræne.

17 % af de ældre lider af tinnitus. Markant flere ældre mænd end kvinder lider af tinnitus (22 % versus 12 %). En større andel blandt de 65-74-årige end i hele ældregruppen lider af tinnitus (18 %). Tilsvarende lider en mindre andel blandt de ældste ældre (85+ år) (10 %) af tinnitus.

15 % af de ældre lider af grå stær. Flere ældre kvinder end mænd lider af grå stær (17 % versus 12 %). Andelen af ældre med grå stær stiger desuden med alderen. Således lider 29 % af de ældste ældre (85+ år) og 19 % blandt de 75-84-årige af grå stær, mens 10 % af de 65-74-årige lider af grå stær.

Kronisk sygdom og uddannelsesniveau

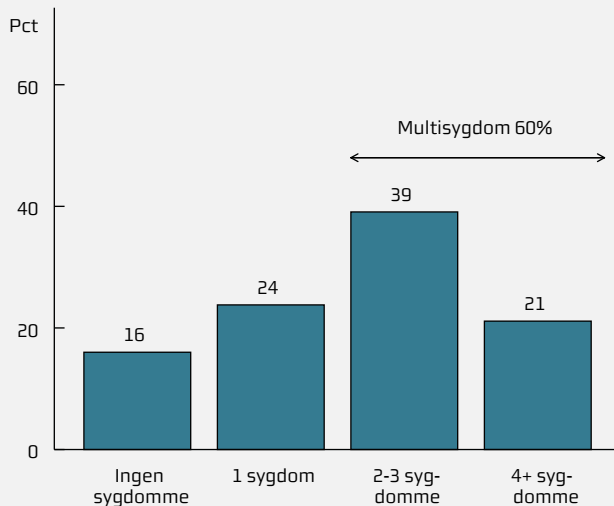
Der er i ældregruppen en betydelig variation i forekomsten af de fleste kroniske sygdomme, når der foretages en opdeling ud fra uddannelsesniveau.

Ved 13 af de 18 kroniske sygdomme er forekomsten størst hos de lavtuddannede. Der er dog undtagelser. Kræft forekommer hyppigere blandt højtuddannede end i ældregruppen som helhed, mens forekomsten af allergi stiger markant med uddannelsesniveau. Tinnitus forekommer hyppigere blandt ældre med middelhøjt uddannelsesniveau end i ældregruppen som helhed, mens henholdsvis diskusprolaps/andre rygsygdomme og migræne forekommer lige hyppigt på alle uddannelsesniveauer.

Sammenfattende dokumenterer analyserne, at der overordnet set er en markant social ulighed i forekomsten af kroniske sygdomme blandt ældre (ikke vist).

FIGUR 10.19

Kronisk sygdom og multisygdom blandt ældre (65+ år)



Multisygdom

Multisygdom defineres som forekomsten af to eller flere langvarige sygdomme hos den samme person (37). Mange mennesker med kronisk sygdom er multisyge. Konsekvensen af multisygdom kan blandt andet være nedsat funktionsevne og en stor behandlingsbyrde, herunder et stort forbrug af medicin (38, 39).

Hvor mange af de ældre er multisyge?

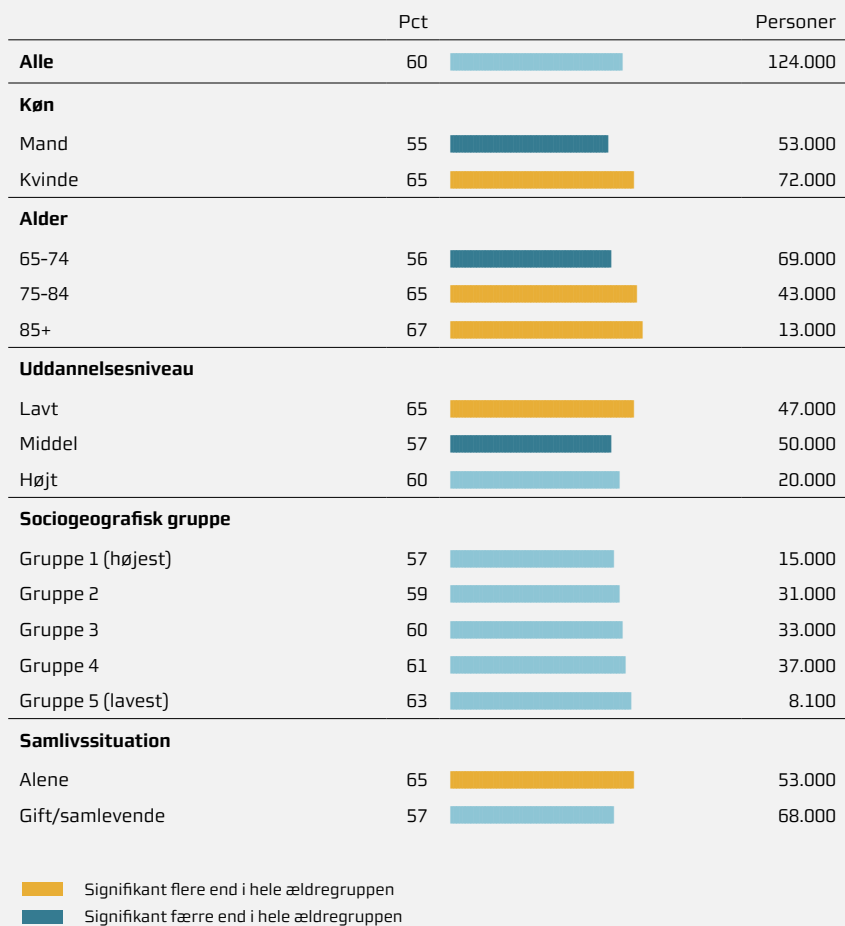
Af figur 10.19 fremgår andelen af ældre, der har mere end én kronisk sygdom. 60 % af de ældre er multisyge og lider således af to eller flere kroniske sygdomme på samme tid (aktuelle eller eftervirkninger). 21 % lider af fire eller flere kroniske sygdomme, svarende til 44.000 personer, mens 39 % af de ældre lider af mellem to og tre kroniske sygdomme, svarende til 81.000 personer. 24 % af de ældre lider af én aktuell sygdom eller eftervirkning fra en sygdom, hvilket svarer til 49.000 personer. Endvidere angiver 16 % at være sygdomsfri, svarende til 33.000 personer.

Der er væsentlige kønsforskelle i forekomsten af multisygdom blandt ældre. Flere ældre kvinder end mænd lider således af to eller tre sygdomme (40 % versus 38 %) samt fire eller flere kroniske sygdomme (24 % versus 17 %). Omvendt lider lidt flere ældre mænd end kvinder af en enkelt kronisk sygdom (26 % versus 22 %), ligesom flere ældre mænd end kvinder angiver at være sygdomsfri (19 % versus 13 %).

I det følgende vil andelen af ældre, der lider af multisygdom, karakteriseret ved have to eller flere kroniske sygdomme, blive beskrevet i forhold til køn, alder og sociale forhold. Endvidere beskrives andelen af ældre, der lider af fire eller flere kroniske sygdomme i forhold til køn, alder og sociale forhold. Denne gruppe af ældre er særligt interessant, da personer med fire eller flere kroniske sygdomme er udsat for en særlig helbredsbelastning.

FIGUR 10.20

Multisygdom blandt ældre - køn, alder og sociale forhold



Multisygdom blandt ældre - køn, alder og sociale forhold

Af figur 10.20 fremgår det, at der er forskelle i forekomsten af multisygdom i forhold til køn, alder og sociale forhold. Andelen af multisyge ældre kvinder overstiger andelen af multisyge ældre mænd. Endvidere er forekomsten af multisygdom større blandt ældre, der lever alene, end blandt ældre, der er gift/samlevende, ligesom forekomsten er større blandt lavt-uddannede ældre, sammenlignet med hele ældregruppen.

Køn. Der er en større andel med multisygdom blandt ældre kvinder end blandt ældre mænd.

Alder. Andelen af multisyge stiger med alderen. Der er en mindre andel ældre med multisygdom blandt de 65-74-årige end i ældregruppen som helhed, mens der er en større andel multisyge blandt de 75-84-årige og de ældste ældre (85+ år).

Uddannelsesniveau. Der er en signifikant større andel multisyge blandt ældre med lavt uddannelsesniveau end i hele ældregruppen, mens der er en mindre andel multisyge blandt ældre med middelhøjt uddannelsesniveau.

Sociogeografisk gruppe. Der er ingen sammenhæng mellem forekomsten af multisygdom og sociogeografisk gruppe blandt ældre.

















Samlivssituation. Andelen af multisyge er større blandt ældre, der lever alene end blandt ældre, der er gifte/samlevende.



Sammenlignet med hele ældregruppen er der en signifikant større andel med multisygdom blandt følgende grupper:

- Kvinder
- Ældre i alderen 75+ år
- Ældre med lavt uddannelsesniveau
- Ældre, der lever alene

FIGUR 10.21

Fire eller flere kroniske sygdomme blandt ældre - køn, lader og sociale forhold

	Pct		Personer
Alle	21		44.000
Køn			
Mand	17		17.000
Kvinde	24		27.000
Alder			
65-74	18		23.000
75-84	25		16.000
85+	27		5.100
Uddannelsesniveau			
Lavt	26		19.000
Middel	19		17.000
Højt	17		5.900
Sociogeografisk gruppe			
Gruppe 1 (højest)	19		5.000
Gruppe 2	19		10.000
Gruppe 3	23		13.000
Gruppe 4	21		13.000
Gruppe 5 (lavest)	26		3.400
Samlivssituation			
Alene	25		21.000
Gift/samlevende	19		22.000

 Signifikant flere end i hele ældregruppen
 Signifikant færre end i hele ældregruppen

Fire eller flere kroniske sygdomme blandt ældre - køn, alder og sociale forhold

Af figur 10.21 fremgår det, at der er betydelige forskelle i forekomsten af fire eller flere kroniske sygdomme i forhold til køn, alder og sociale forhold. Der ses en væsentlig stigning i andelen med fire eller flere kroniske sygdomme fra 65-74 år til 75+ år. Andelen af ældre med fire eller flere kroniske sygdomme er endvidere betydeligt større blandt lavtuddannede, sammenlignet med hele ældregruppen, ligesom andelen er væsentligt større i socio-geografisk gruppe 5 end i ældregruppen som helhed.

Køn. Der er en større andel med fire eller flere kroniske sygdomme blandt ældre kvinder end mænd.

Alder. Der er en mindre andel med fire eller flere kroniske sygdomme blandt de 65-74-årige end i ældregruppen som helhed, mens en større andel blandt de 75-84-årige og de ældste ældre (85+ år), lider af fire eller flere kroniske sygdomme.

Uddannelsesniveau. Der er en signifikant større andel med fire eller flere kroniske sygdomme blandt ældre med lavt uddannelsesniveau, mens der er en mindre andel blandt ældre med middelhøjt og højt uddannelsesniveau end i hele ældregruppen.

Sociogeografisk gruppe. Der er en større andel ældre med fire eller flere kroniske sygdomme i gruppe 3 og 5 end i hele ældregruppen, mens der er en mindre andel blandt ældre i gruppe 2.

Samlivssituation. Andelen af ældre med fire eller flere kroniske sygdomme er større blandt ældre, der bor alene end blandt ældre, der er gift/samlevende.

Sammenlignet med hele ældregruppen er der en signifikant større andel med fire eller flere kroniske sygdomme blandt følgende grupper:

- Kvinder
- Ældre i alderen 75+ år
- Ældre med lavt uddannelsesniveau
- Ældre i sociogeografisk gruppe 3 og 5
- Ældre, der bor alene

Hvor mange multisyge ældre har dårligt selv-vurderet helbred?

Andelen med dårlig selvurderet helbred stiger markant med antallet af kroniske sygdomme. Blandt ældre uden nogen kronisk sygdom har blot 5 % et dårligt selvurderet helbred, mens 13 % af de ældre med én kronisk sygdom har et dårligt selvurderet helbred. Knap hver fjerde ældre med to eller tre kroniske sygdomme har et dårligt selvurderet helbred, mens det gælder hver anden ældre med fire eller flere kroniske sygdomme.

Sammenfatning

I dette kapitel har vi præsenteret sundhedsprofilen for ældre. Profilen beskriver sundhedsvaner og sundhedstilstand blandt etnisk danske personer i aldersgruppen 65-102 år i Region Midtjylland.

For hele gruppen af ældre i Region Midtjylland gælder følgende:

- 24 % har behov for støtte og hjælp til dagligdagens gøremål
- 5 % er afhængige af hjælp til at vaske sig, klæde sig på og/eller spise
- 16 % er dagligrygere
- 7 % har et højrisikoforbrug af alkohol
- 14 % viser tegn på alkoholproblemer
- 22 % er fysisk inaktive
- 13 % har et usundt kostmønster
- 15 % er svært overvægtige
- 24 % har et dårligt selv vurderet helbred
- 84 % har mindst én kronisk sygdom
- 60 % er multisyge (to eller flere kroniske sygdomme)
- 21 % har fire eller flere kroniske sygdomme

Der er gennemgående en række væsentlige kønsforskelle i ældre sundhed. Flere ældre mænd end kvinder udviser risikabel sundhedsadfærd på tværs af forskellige parametre: daglig rygning, risikabelt alkoholforbrug, usund kost og svær overvægt. Til gengæld har en større andel kvinder end mænd behov for hjælp i dagligdagen og et dårligere selvrapporteret helbred, ligesom flere kvinder end mænd lider af kroniske sygdomme, herunder multisygdom. Eksempelvis lider markant flere ældre kvinder end mænd af slidgigt og knogleskørhed.

Med stigende alderen sker et markant fald i andelen af ældre, der henholdsvis ryger dagligt, har et risikabelt alkoholforbrug og er svært overvægtige. Dette kan dels tilskrives kortere levetid blandt rygere, storforbrugere af alkohol samt svært overvægtige og dels ændringer af sundhedsvaner som følge af eksempelvis sygdom. Til gengæld stiger forekomsten af fysisk inaktivitet og usund kost kraftigt med alderen.

Endvidere bekræfter analyserne, at der især blandt de ældste findes en gruppe, som har betydelige helbredsgener og behov for støtte og hjælp i dagligdagen. Sammenlignet med hele ældregruppen har en markant større andel af de ældste ældre (85+ år) behov for støtte og hjælp i dagligdagen og er fysisk afhængige af hjælp til basale gøremål såsom at vaske sig og klæde sig på. Ligeledes har en stor andel i denne gruppe et dårligt selv vurderet helbred. Tilsvarende lider en markant større andel af de ældste ældre (85+ år) af kroniske sygdomme, herunder multisygdom. Især hjerte-kar-sygdomme, knogleskørhed og grå stær er hyppigt forekommende blandt de ældste ældre (85+ år).

Der er en betydelig variation i forhold til uddannelsesniveau. Med hensyn til sundhedsvaner er der tale om en ret entydig gradient, idet forekomsten af risikable sundhedsvaner generelt stiger med faldende uddannelsesniveau. En undtagelse er forekomsten af et risikabelt alkoholforbrug, som derimod stiger med stigende uddannelsesniveau. Endvidere er sundhedstilstanden generelt betydeligt ringere hos lavtuddannede ældre end hos ældre med middelhøjt og højt uddannelsesniveau. Der er således en udpræget social ulighed i ældres sundhed. Eksempelvis er forekomsten af 13 ud af de 18 kroniske sygdomme størst hos de lavtuddannede. Ligeledes er andelen, der har brug for hjælp, markant større blandt lavtuddannede. Den ringe sundhedstilstand hos lavtuddannede skyldes blandt andet nedslidning og risikable sundhedsvaner.

Der ses nogen variation i de ældres sundhed i forhold til deres sociogeografiske tilhørsforhold. Forekomsten af fysisk inaktivitet og usund kost hos ældre stiger klart med faldende sociogeografisk position, men derudover optræder risikabel sundhedsadfærd ikke konsekvent i større omfang hos ældre, der er bosat i de dårligst stillede sociogeografiske områder. Der er en begrænset variation i forekomsten af daglig rygning, højrisikoforbrug af alkohol og svær overvægt. Sammenlignet med hele ældregruppen er andelen med højrisikoforbrug af alkohol dog højere blandt ældre, der bor i et område, som tilhører sociogeografisk gruppe 1 (højeste sociale position). I kontrast hertil er der en mindre andel af dagligrygere og svært overvægtige blandt ældre i sociogeografisk gruppe 1, end det er tilfældet i hele ældregruppen. Hvad angår dårligt selv vurderet helbred er der tale om en klar gradient, idet forekomsten generelt stiger med faldende social position. Tilsvarende er andelen, der har brug for støtte og hjælp, markant større blandt ældre, der bor i et område, som tilhører sociogeografisk gruppe 4 og 5 (laveste sociale position). Der ses ingen entydig sociogeografisk variation i forekomsten af multisygdom.

I forhold til samlivssituation ses der generelt en højere forekomst af risikable sundhedsvaner (rygning, fysisk inaktivitet og usund kost), dårligt selv vurderet helbred, behov for støtte og hjælp i dagligdagen og kronisk sygdom hos ældre, der lever alene sammenlignet med ældre, der er gift/samlevende.

De ældre er generelt mindre motiverede for at ændre risikable sundhedsvaner end den øvrige del af befolkningen. Dog ønsker hver anden ældre dagligryger at stoppe, ligesom knap hver anden ældre har et ønske om at tabe sig. Kun få ældre er interesserede i at reducere deres alkoholforbrug.

Med henblik på sundhedsfremme og udarbejdelse af forebyggelsesinitiativer henvises til de forskellige

forebyggelsespakker, som løbende er omtalt i rapporten. Derudover skal det fremhæves, at der foreligger relevante materialer fra Sundhedsstyrelsen og andre instanser, som kan støtte kommunerne og andre aktører i deres indsats over for ældre (f.eks. 20,40,41). Endvidere forventes Socialstyrelsen i indeværende år at offentliggøre en håndbog til landets kommuner, som har til formål at beskrive metoder og anbefalinger til det forebyggende arbejde på ældreområdet (42).

Referencer

1. Danmarks statistik. "Vi bliver flere ældre" (internet). Tilgængelig fra: <http://www.dst.dk/da/Statistik/bagtal/2012/2012-01-23-aktiv-aldring.aspx>
2. Henderson JN, Henderson C. Public health and aging. In: Coriel J, editor. *Social and behavioural foundations of public health*. Florida: Sage; 2009. S. 223-243.
3. Crimmins E. Trends in the health of the elderly. *Annu. Rev. Health*. 2004; 25; 79-98.
4. Marengoni M, Winblad B, Karp A, Fratiglioni L. Prevalence of chronic disease and multimorbidity among the elderly population in Sweden. *American journal of public health*: 2008; 98; 1198-1200.
5. Kjøller M, Juel K, Kamper-Jørgensen F. *Folkesundhedsrapporten Danmark 2007*. København: Statens Institut for Folkesundhed; 2007.
6. Danske Regioner. *Styr på regionerne – regionernes økonomi i 2010*. København: Danske Region, 2010.
7. Lauritzen H, Brünner RN, Thomsen P, Wüst M. *Ældres ressourcer og behov*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 2012.
8. Kjøller M, Davidsen M, Juel K et al. *Ældrebefolkningens sundhedstilstand i Danmark*. København: Sundhedsstyrelsen, 2010.
9. Albret P. "Ældrebyrden" kan blive en samfundsøkonomisk gevinst. *Mandag Morgen* 2010; 34; 21-26.
10. Rueda S, Artazcoz L, Navarro V. Health inequalities among the elderly in western Europe. *J Epidemiol Community Health* 2008; 62: 492-498.
11. Danmarks statistik. "Fra ældrebyrde til ældre styrke?" (internet). Tilgængelig fra: <http://www.dst.dk/da/Statistik/bagtal/2012/2012-01-23-aktiv-aldring.aspx>
12. Ramian K. *Hverdags liv hos gamle – om udviklingen af en model for social aldring*. Region Midtjylland: Center for Kvalitetsudvikling, 2008.
13. Edwards R. The problem of tobacco smoking. *BMJ* 2004; 328:217-9.
14. Federico B, Costa G, Kunst AE. Educational inequalities in initiation, cessation, and prevalence of smoking among 3 Italian birth cohorts. *Am J Public Health* 2007; 97:838-45
15. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ* 2004; 328(7455):1519
16. Sundhedsstyrelsen. *Alkohol, narkotika og tobak*. København: Sundhedsstyrelsen; 2004.
17. Sundhedsstyrelsen. *Alkohol og helbred*. København: Sundhedsstyrelsen; 2008.
18. Ronksley PE, Brien SE, Turner BJ, Mukamal KJ, Ghali WA. Association of alcohol consumption with selected cardiovascular disease outcomes: a systematic review and metaanalysis. *BMJ*. 2011; 342:d671
19. Sundhedsstyrelsen. "Er du ældre - vær særlig forsigtig med alkohol" (internet). Tilgængelig fra <http://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/alkohol/anbefalinger/er-du-aeldre-vaer-saerlig-forsigtig-med-alkohol>
20. Videnscenter om alkohol. *Ældre & alkohol: Viden og handlemuligheder i forhold til ældres alkoholvaner*. Holte: Videnscenter om alkohol, 2002.
21. Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse. *Fysisk aktivitet – Håndbog om forebyggelse og behandling*. København: Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse, 2011.
22. Sundhedsstyrelsen. *Anbefalinger om fysisk aktivitet til ældre (65 år+)*. Tilgængelig fra: <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/fysisk-aktivitet/anbefalinger/aeldre.aspx>.
23. Fødevarestyrelsen. *Kost anbefalinger til ældre (internet)*. Tilgængelig fra: <http://www.altomkost.dk/Anbefalinger/AEldre/forside.htm>
24. Nordic Council of Ministers. *Nordic Nutrition Recommendations 2012. Part 1*. København: Nordic Council of Ministers, 2013.
25. Hydstrup L. Ernæring for ældre. In: Astrup A, Sügel S, Dyerberg J, Stenders S, editor. *Menneskets ernæring*. København: Gyldendal akademisk, 2010, s. 391-299.
26. Beck AM, Pedersen AN, Schroll M. Undervægt og utilsigtet vægttab hos ældre på plejecentre og i hjemmepleje – problemer, der bør gøres noget ved. *Ugeskrift for læger* 2005; 163:2; 272-274.
27. Toft U, Kristoffersen LH, Lau C, Borch-Johnsen K, Jørgensen T. The Dietary Quality Score: validation and association with cardiovascular risk factors: the Inter99 study. *Eur J Clin Nutr*. 2007 Feb;61(2):270-8.
28. Forebyggelseskommissionen. *Vi kan leve længere og sundere. Forebyggelseskommissionens anbefalinger til en styrket forebyggende indsats*. København: Forebyggelseskommissionen; 2009.

29. Juel K, Sørensen J, Brønnum-Hansen H. Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark. København: Statens Institut for Folkesundhed; 2006.
30. Hejgaard T, von Huth Smith L. Forebyggelsespakke: Overvægt. København S: Sundhedsstyrelsen; 2013.
31. Dansk Selskab for Almen Medicin. Opsporing og behandling af overvægt hos voksne. København; 2009.
32. Alberti KGMM, Eckel RH, Grundy SM, Zimmet PZ, Cleeman JI, Donato KA, et al. Harmonizing the Metabolic Syndrome: A Joint Interim Statement of the National Diabetes Federatop Task Force on Epidemiology and Prevention; National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Athero. *Circulation*. 2009;120:1640–5.
33. Ingerslev J, Beck AM, Bjørnsbo KS, Hessov I, Lydstrup L, Pedersen AN. Ernæring og aldring. København: Ernæringsrådet, 2002.
34. Jylhä M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Soc Sci Med*. 2009 Aug; 69(3):307-16.
35. Sundhedsstyrelsen. Kronisk sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund. Forudsætninger for det gode forløb. København: Sundhedsstyrelsen; 2005.
36. Marengoni M, Winblad B, Karp A, Fratiglioni L. Prevalence of chronic disease and multimorbidity among the elderly population in Sweden. *American journal of public health*: 2008; 1198-1200.
37. Fortin M et al. Prevalence of multimorbidity among adults in family practice. *Ann Fam Med* 2005; 3(3): 2.
38. Alessandra Marengoni A, Angleman S, Melis R, Mangialasche F, Karp A, Garmen A, et al. Aging with multimorbidity: A systematic review of the literature. *Ageing Research Reviews* 2011; 10: 430– 439.
39. Sinnott C, Mc Hugh S, Browne J, Bradley C. GPs' perspectives on the management of patients with multimorbidity: systematic review and synthesis of qualitative research. *BMJ Open* 2013; 3(9).
40. Pedersen LS, Søndergaard R, Graulund A, Dyrby TA. Forebyggelse til bevarelse af alderssvarende funktionstab hos ældre. København: Socialstyrelsen, 2012.
41. Madsen LR, Hanak ML, Nielsen K, Falk J. De ældres sundhed. Forebyggelse og sundhedsfremme i kommunerne. København: Sundhedsstyrelsen, 2007.
42. Socialstyrelsen. Ældre: Forebyggelse (internet). Tilgængelig fra: <http://www.socialstyrelsen.dk/aeldre/forebyggelse-og-sundhed/forebyggelse-1>