

Gode og tabte gode leveår i Danmark

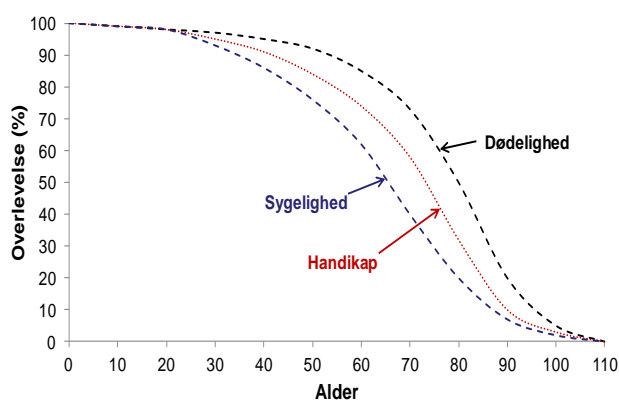
Hvad er gode og tabte gode leveår?

Begrebet raske eller gode/tabte gode leveår (health expectancy) blev oprindeligt udviklet for at afklare, hvorvidt længere levetid medfører øget levetid med godt helbred (compression of morbidity) eller med dårligt helbred (expansion of morbidity). Gode og tabte gode leveår opdeler altså forventet restlevetid i levetid med forskellig helbredsstatus. De fjører således et kvalitetsaspekt til kvantiteten af levetid.

Hvordan måles effekten af længere levetid?

Den generelle model for ændring i helbredstilstand (WHO, 1984) viser forskellene mellem levetid med forskellig helbredsstatus: total overlevelse, overlevelse uden handicap og overlevelse uden kronisk sygdom. Dette fører naturligt til forventet restlevetid (arealet under dødeligheds-kurven), forventet restlevetid uden handicap (arealet under handicap-kurven) og forventet restlevetid uden kronisk sygdom (arealet under sygeligheds-kurven).

Generel model for ændring i helbredstilstand (WHO, 1984): observeret overlevelse og grafer for hypotetiske overlevelseskurver for sygelighed og handicap for kvinder, USA, 1980



Der er lige så mange mål for gode/tabte gode leveår, som der er mål for helbred. De almindeligste kategorier af gode/tabte gode leveår er dem, der er baseret på selvvalgt helbred, dagligdags aktivitetsbegrænsninger og på langvarig sygdom.

Hvordan sammenlignes gode/tabte gode leveår?

Estimer af gode og tabte gode leveår er uafhængige af befolkningsstørrelse og alderssammensætning og tillader derfor direkte sammenligning af forskellige subpopulationer, f.eks. mellem køn og socio-økonomiske kategorier såvel som mellem lande inden for Europa (Robine et al., 2003).

Gode/tabte gode leveår beregnes hyppigst efter Sullivans metode (Sullivan, 1971). Valide sammenligninger mellem lande kræver at det tilgrundliggende helbredsmål er absolut sammenligneligt.

For at adressere denne problemstilling har EU besluttet at inkludere nogle få kategorier af gode/tabte gode leveår i European Community Health Indicators (ECHI) med henblik på at tilvejebringe mål for aktivitetsbegrænsning, langvarig sygdom og selvvalgt helbred. Derfor er The Minimum European Health Module (MEHM), bestående af 3 generelle spørgsmål vedrørende disse aspekter, blevet inkluderet i The Statistics on Income and Living Conditions (SILC) – på dansk kaldet "Levevilkårsundersøgelsen" – for således at forbedre sammenligneligheden af gode og tabte gode leveår mellem landene.* Herudover blev forventet restlevetid uden langvarig aktivitetsbegrænsning, som var baseret på handicap-spørgsmålet, i 2004 valgt som en af de strukturelle indikatorer til vurdering af EU's strategiske mål (Lisabon-strategien) under navnet "Healthy Life Years" (HLY).

Yderligere information om MEHM, the European surveysog beregning og fortolkning af gode/tabte gode leveår kan findes på www.eurohex.eu.

Hvad handler rapporten om?

Rapporten er produceret af The Joint Action European Health and Life Expectancy Information System (EHLEIS) som en del af en serie, der dækker en række lande. I denne rapport præsenteres:

Forventet restlevetid og leveår med godt helbred ved alder 65 i Danmark og i alle 28 EU medlemslande (EU28) baseret på SILC-spørgsmålet om langvarig helbredsrelateret aktivitetsbegrænsning, kendt som GALI (Global Activity Limitation Indicator), fra 2004 til 2014. Spørgsmålets ordvalg blev revideret i 2008.

Prævalens af aktivitetsbegrænsning i Danmark og i EU på basis af spørgsmålet om langvarig helbredsrelateret aktivitetsbegrænsning (GALI) opdelt på køn og alder.

Gode og tabte gode leveår baseret på de to øvrige helbredsdimensioner fra SILC 2014 (langvarig sygdom og selvvalgt helbred) i Danmark.

Referencer

- Brønnum-Hansen H. Ranking health between countries in international comparisons. *Scand J Public Health* 2014;42:242-244.
- Jagger C., Gillies C., Moscone F., Cambois E., Van Oyen H., Nusselder W., Robine J.-M., EHLEIS Team. Inequalities in healthy life years in the 25 countries of the European Union in 2005: a cross-national meta-regression analysis. *The Lancet*. 2008;372(9656) 2124-2131.
- Robine J.-M., Jagger C., Mathers C.D., Crimmins E.M., Suzman R.M., Eds. *Determining health expectancies*. Chichester UK: Wiley, 2003.
- Sullivan D.F. *A single index of mortality and morbidity*. HSMHA Health Reports 1971;86:347-354. World Health Organization. *The uses of epidemiology in the study of the elderly: Report of a WHO Scientific Group on the Epidemiology of Aging*. Geneva: WHO, 1984 (Technical Report Series 706).

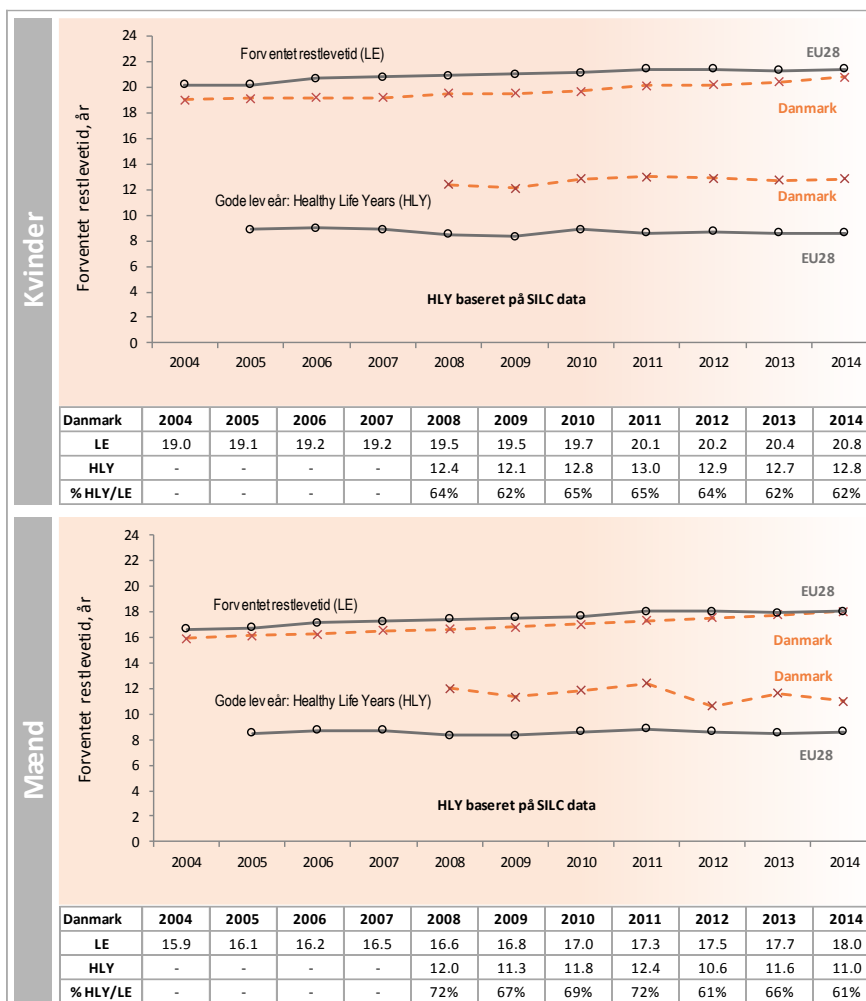
* Før 2008-revisionen var den anvendte oversættelse af modulet i nogle lande ikke optimal (Se: Eurostat-EU Task Force on Health Expectancies common statement about the SILC data quality). Der pågår nu en evaluering af revisionen.

Forventet restlevetid (LE) og gode leveår: Healthy Life Years (HLY) ved alder 65 i Danmark og den Europæiske Union (EU28) baseret på SILC (2004-2014)

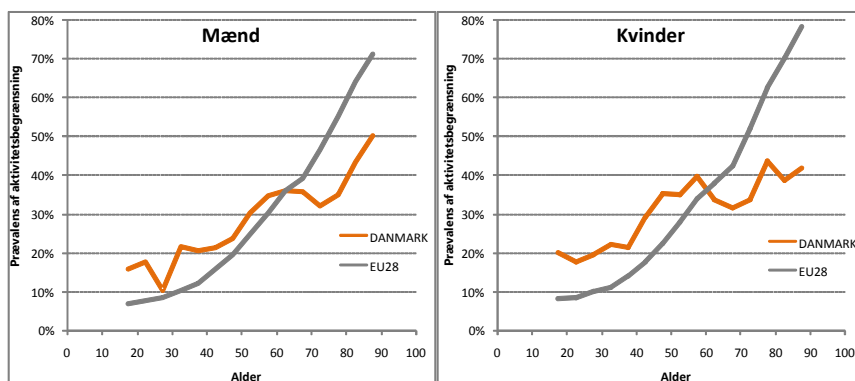
Hovedresultater:

I Danmark er forventet restlevetid (LE) ved alder 65 steget med 1,8 år for kvinder og 2,1 år for mænd perioden 2004-2014. For begge køn var LE i 2014 lavere end i EU28 (21,4 for kvinder og 18,0 for mænd).

Da ordvalget af GALI-spørgsmålet i den danske undersøgelse blev ændret i 2008 for bedre at afspejle EU-standarden, er gode leveår for Danmark kun vist siden 2008. De danske tal var 4,2 og 2,4 år højere for henholdsvis kvinder og mænd end EU-gennemsnittet i 2014 (som var 8,6 år både for kvinder og mænd). Således kan danske kvinder og mænd ved alder 65 forvente at tilbringe henholdsvis 62% og 61% af deres restlevetid uden *selvrapporterede, langvarige aktivitetsbegrænsninger*. Gode leveår (HLY) forblev næsten uændret for kvinder, men faldt lidt for mænd mellem 2013 og 2014 i Danmark. Men resultaterne skal tages med forbehold da stikprøverne er små.



Prævalens af aktivitetsbegrænsning i Danmark og den Europæiske Union (EU28) baseret på GALI-spørgsmålet, opdelt på køn og aldersgruppe (SILC, gennemsnit for perioden 2012-2014)



kun 50% for mænd og 40% for kvinder ved alder 85+ mod henholdsvis 70% og 78% for mænd og kvinder i EU.

Disse resultater skal tages med forbehold, da størrelsen af SILC stikprøverne varierer meget. I 2014 var der for eksempel 5758 deltagere i Danmark og 40.274 i Italien. Derudover skal en del af forklaringen på forskellen mellem Danmark og EU som helhed nok findes i, at de danske SILC surveys ikke inkluderer borgere, der lever på institution (f.eks. plejehjemsbeboere). Den danske stikprøve i 2014 udgjorde 2960 kvinder og 2798 mænd i alder 16 og derover.

Prævalens af aktivitetsbegrænsning stiger kraftigt med alder i EU og kvinder rapporterer lidt hyppigere aktivitetsbegrænsninger end mænd. En sammenligning af gennemsnitstal over 3 år (2012-2014) af udviklingen med alder i EU viser en højere prævalens i Danmark før alder 60 og en væsentlig lavere prævalens efter den alder. Således var prævalens af aktivitetsbegrænsning i Danmark

Forventet restlevetid og forventet restlevetid med og uden aktivitetsbegrænsning (Healthy Life Years), med og uden langvarig sygdom samt forventet restlevetid med selv vurderet godt, nogenlunde og dårligt helbred ved alder 65 i Danmark (Data fra SILC 2014)

Forventet restlevetid ved alder 65 og forventede leveår

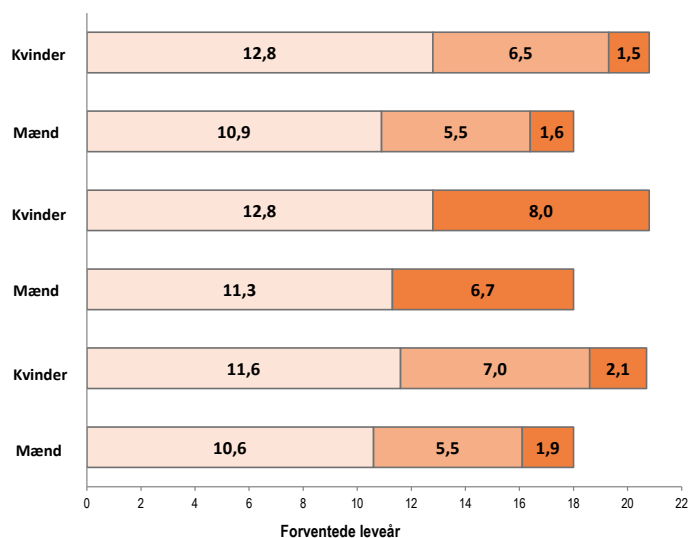
- uden aktivitetsbegrænsning
- med moderat aktivitetsbegrænsning
- med alvorlig aktivitetsbegrænsning

Forventet restlevetid ved alder 65 og forventede leveår

- uden langvarig sygdom
- med langvarig sygdom

Forventet restlevetid ved alder 65 og forventede leveår

- med selv vurderet virkelig godt eller godt helbred
- med selv vurderet nogenlunde helbred
- med selv vurderet dårligt eller meget dårligt helbred



Hovedresultater:

I 2014 var den forventede restlevetid for 65 årige danskere 20,8 år for kvinder og 18,0 år for mænd.

Baseret på SILC 2014 kan 65 årige kvinder forvente 12,8 leveår (62% af restlevetiden) uden langvarige aktivitetsbegrænsning (dvs. gode leveår (HLY)) 6,5 år (31%) med moderat aktivitetsbegrænsning og 1,5 år (7%) med alvorlig aktivitetsbegrænsning.

Mænd i samme alder forventes at leve 10,9 år (61% af restlevetiden) uden aktivitetsbegrænsning, 5,5 år (31%) med moderat aktivitetsbegrænsning og 1,6 år (9%) med alvorlig aktivitetsbegrænsning.

På trods af at kvinder kan se frem til lidt flere leveår med godt helbred end mænd (uanset helbredsindikator), lever kvinder en større andel af deres liv med dårligt helbred.

Resultaterne bør fortolkes med varsomhed, da undersøgelsen ikke inkluderer borgere der lever på institution, som f.eks. plejehjemsboere, og på grund af størrelsen af SILC stikprøven.

Publikationer og rapporter om (tabte) gode leveår i Danmark

- Brønnum-Hansen H., Baadsgaard M., Eriksen ML., Andersen-Ranberg K., Jeune B. Educational inequalities in health expectancy during the financial crisis in Denmark. *IntJPublic Health* 2015;60:927-935.
- Jeune B., Eriksen ML., Andersen-Ranberg K., Brønnum-Hansen H. Improvement in health expectancy at ages 50 and 65 in Denmark during the period 2004-2011. *Scand J Public Health* 2015;43:254-259.
- Brønnum-Hansen H., Jeune B. Gender-specific modifying effect on the educational disparities in the impact of smoking on health expectancy. *EurJPublic Health* 2015;25:477-481.
- Brønnum-Hansen H. Ranking health between countries in international comparisons. *ScandJPublic Health* 2014;42:242-244.
- Brønnum-Hansen H., Baadsgaard M. Widening social inequality in life expectancy in Denmark. A register-based study on social composition and mortality trends for the Danish population. *BMC Public Health* 2012; 12:994.
- Ekholm O., Brønnum-Hansen H. Cross-national comparisons of non-harmonized indicators may lead to more confusion than clarification. *Scand J Public Health* 2009;37:661-663.
- Brønnum-Hansen H., Petersen I., Jeune B., Christensen

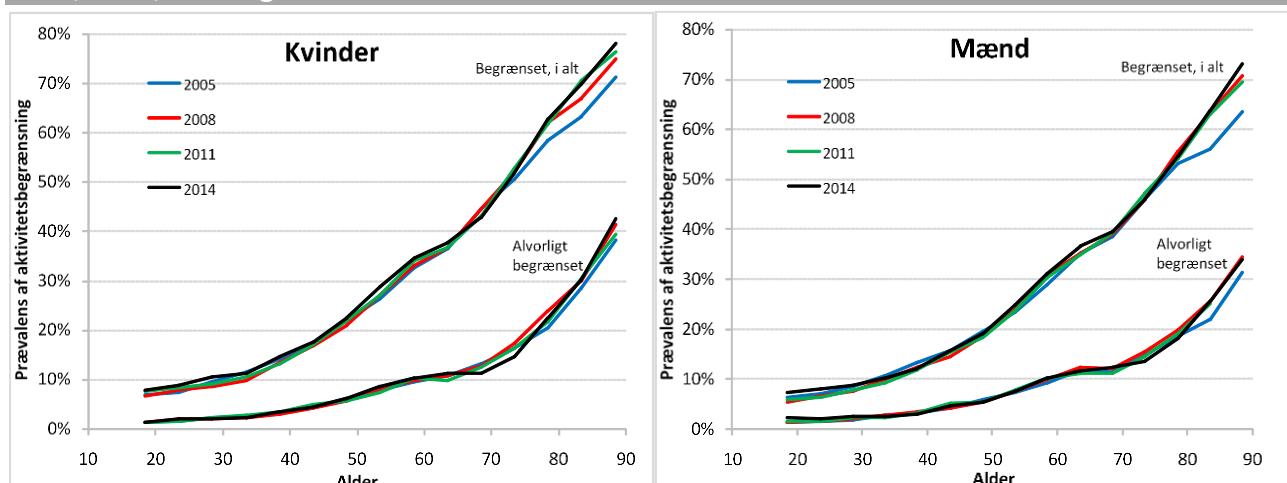
K. Lifetime according to health status among the oldest olds in Denmark. *Age Ageing* 2009; 38(1):47-51.

- Jeune B., Brønnum-Hansen H. Trends in health expectancy at age 65 for various health indicators, 1987-2005, Denmark. *Eur J Ageing* 2008; 5(4):279-285.
- Jagger C., Gillies C., Mascone F., Cambois E., Van Oyen H., Nusselder W.J., Robine J.-M., EHLEIS team. Inequalities in healthy life years in the 25 countries of the European Union in 2005: a cross-national meta-regression analysis. *The Lancet* 2008; 372(9656):2124-2131.
- Brønnum-Hansen H., Baadsgaard M. Increase in social inequality in health expectancy in Denmark. *Scand J Public Health* 2008;36:44-51.
- Lievre A., Jusot F., Barnay T., Sermet C., Brouard N., Robine J.-M., Brieu A.-M., Forette F. Healthy working life expectancies at age 50 in Europe: a new indicator. *J Nutr Health Aging* 2007; 11(6):508-514.
- Brønnum-Hansen H., Juel K., Davidsen M., Sorensen J. Impact of selected risk factors on expected lifetime without long-standing, limiting illness in Denmark. *Prev Med.* 2007 Mar 31; 45(1):49-53.
- Brønnum-Hansen H., Juel K., Davidsen M. The burden of selected diseases among older people in Denmark. *J Aging Health* 2006; 18(4):491-506.

Prævalens af aktivitetsbegrænsning i Europa (EU28) i 2005, 2008, 2011 og 2014

Med EU-SILC undersøgelserne er der nu i 10 år blevet målt aktivitetsbegrænsning i befolkningerne i den Europæiske Union. Undersøgelserne startede i 2005 i de (på det tidspunkt) 25 medlemsstater. I 2008 blev gennemført en koordineret indsats i nogle lande for at forbedre den standardiserede oversættelse af det oprindelige spørgsmål om aktivitetsbegrænsning, GALI (Global Activity Limitation Indicator). En validering udført af Eurostat viser i 2012, at oversættelsen af GALI spørgsmålet optimalt følger den engelske standard i 18 medlemsstater, delvist i 8 andre stater, men stadig ikke i 5 stater. Med tiden omfatter EU-SILC 27 og nu 28 medlemsstater, men alle beregninger præsenteret her omfatter hele EU (EU28). Prævalens af aktivitetsbegrænsning blandt kvinder og mænd er vist opdelt på alder og alvorlighedsgrad fra aldersgruppe 16-19 til 85+, for kalenderårene 2005, 2008, 2011 og 2014.

Prævalens af aktivitetsbegrænsning i Europa (EU28), opdelt på køn og aldersgrupper, SILC EU28, 2005, 2008, 2011 og 2014



Den reviderede oversættelse af GALI spørgsmålet i 2008 ændrede tydeligt aldersforløbet i prævalensen af aktivitetsbegrænsning, med stigende rapportering af begrænsninger blandt de ældre deltagere i EU-SILC undersøgelsen, specielt blandt dem, som ikke var alvorligt begrænset i sædvanlige aktiviteter. Ud over denne ændring mellem 2005 og 2008 er det generelle mønster i aldersforløbet næsten uændret over tid. Specielt og i særlig grad for alvorlig begrænsning ses en mindre hurtig stigning i prævalens omkring pensionsalderen. For begge køn stiger den aldersstandardiserede prævalens af rapporteret aktivitetsbegrænsning over tid (se tabellen).

Standardiseret prævalens af aktivitetsbegrænsning fra alder 15 og opefter (i %), SILC EU28, 2005, 2008, 2011 og 2014

Den standardiserede rate i aktivitetsbegrænsning ændrer sig kun lidt, endda også mellem 2005 og 2008 (som er perioden med ændringer i spørgsmåls-formuleringen i nogle medlemsstater). Generelt viser disse rater en lille stigning i prævalens af aktivitetsbegrænsning i EU.

	2005	2008	2011	2014
Mænd	23,0	23,1	23,0	23,9
(3 års interval)		(0,1)	(-0,1)	(0,8)
Kvinder	27,8	28,2	28,6	29,3
(3 års interval)		(0,3)	(0,4)	(0,7)

BRIDGE-Health (Bridging Information and Data Generation for Evidence-based Health Policy and Research)

The **European Health and Life Expectancy Information System (EHLEIS)** indgår i **BRIDGE-Health**, der har som formål, at forberede overgangen mod et bæredygtigt og integreret EU sundheds informations system indenfor det tredje EU Health Programme, 2014-2020 (www.bridge-health.eu).

