

Eigil Boll Hansen og Jane Greve

Enkestand – hvad fører det med sig?

Sociale, helbredsmæssige og psykiske følger af at miste en ægtefælle



Enkestand – hvad fører det med sig? – Sociale, helbredsmæssige og psykiske følger af at miste en ægtefælle

Publikationen kan hentes på www.kora.dk

© KORA og forfatterne, 2016

Mindre uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt med tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende, bedes sendt til KORA.

© Omslag: Mega Design og Monokrom

© Foto: Ricky John Molloy

Udgiver: KORA

ISBN: 978-87-7488-884-0

Projekt: 10729

KORA
Det Nationale Institut for
Kommuners og Regioners Analyse og Forskning

KORA er en uafhængig statslig institution, hvis formål er at fremme kvalitetsudvikling samt bedre ressourceanvendelse og styring i den offentlige sektor.



Det Nationale Institut
for Kommuners og Regioners
Analyse og Forskning

Købmagergade 22
1150 København K
E-mail: kora@kora.dk
Telefon: 444 555 00

Forord

For de fleste er en ægtefælles død en usædvanlig, stressende begivenhed, der medfører betydelige ændringer i den overlevendes tilværelse. Der findes en meget omfattende udenlandsk litteratur om konsekvenser af enkestand, mens der kun er få nyere danske studier. Sigtet med denne rapport har således været at afdække, hvilke konsekvenser danske ældre borgere oplever på kort og lidt længere sigt ved at blive enke eller enkemand. Vi har i analyserne koncentreret os om konsekvenser for indkomst, helbredsproblemer og nedsat funktionsniveau, psykisk velbefindende, herunder ensomhed og boligskit. Vi har endvidere analyseret brugen af offentlige sociale og sundhedsmæssige ydelser, hvilket både kan være et resultat af helbreds-mæssige konsekvenser af enkestand og en indsats, som skal afhjælpe konsekvenserne. Vi har endvidere søgt at afdække faktorer eller borgerkarakteristika, som virker forebyggende i forhold til negative konsekvenser for enker og enkemænd efter ægtefællens død.

Rapporten er rettet mod professionelle, der arbejder med forebyggelse, behandling, hjælp og pleje i forhold til ældre borgere. Rapporten har således skullet give et øget indblik i, hvilke konsekvenser danske enker og enkemænd især er i risiko for at opleve, og hvad der karakteriserer ældre med en særlig risiko for at opleve negative konsekvenser.

Der har til projektets gennemførelse været nedsat en følgegruppe bestående af:

- Seniorforsker Mona Larsen, SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd
- Lektor Rikke Lund, Center for Sund Aldring, Københavns Universitet
- Direktør Christine Swane, Ensomme Gamles Værn.

Følgegruppen har gennem to møder med KORAs forskere givet værdifulde råd om analysernes gennemførelse og givet konstruktive kommentarer til et meget foreløbigt manuskriptudkast. Ansvaret for denne rapport er dog alene forfatterernes.

Projektet har været gennemført af docent Eigil Boll Hansen og seniorforsker Jane Greve, som også har skrevet denne rapport. Stud.scient.soc. Kira Solveig Larsen har bidraget til at gennemføre de statistiske analyser, som indgår i rapporten.

Ensomme Gamles Værn har ydet et økonomisk tilskud til projektets gennemførelse.

Eigil Boll Hansen
September 2016

Indhold

Resumé	5
1 Baggrund og formål med undersøgelsen	9
2 Design, datagrundlag og metode	10
3 Populationen, overgang til enkestand og dødelighed	14
4 Somatisk helbred og funktionsevne	17
4.1 Selvvurderet helbred og førlighed	18
4.1.1 Selvvurderet helbred	18
4.1.2 Førlighed	21
4.2 Brug af serviceydelser relateret til somatisk helbred og funktionsevne	23
4.2.1 Brug af sundhedsydelser	24
4.2.2 Brug af hjemmehjælp	29
5 Psykisk velbefindende	33
5.1 Selvvurderet psykisk velbefindende	34
5.2 Sundhedsydelser knyttet til psykisk sygdom	37
5.2.1 Kontakter med psykolog og psykiater	38
5.2.2 Brug af smertestillende medicin og antidepressive lægemidler	41
5.3 Ensomhed	45
6 Indkomst og boligsjift	50
6.1 Årlig disponibel indkomst	51
6.2 Boligsjift	55
7 Sammenfattende diskussion og konklusion	56
7.1 Hovedtendenser	56
7.1.1 Somatisk helbred og afledte ydelser	56
7.1.2 Psykisk velbefindende og tilknyttede ydelser	59
7.1.3 Indkomst og boligsjift	63
7.2 Konklusion	64
Litteratur	65

Resumé

Formålet med analyserne i denne rapport har været at belyse følgende:

I hvilken udstrækning er enkestand forbundet med nedsat indkomst, helbredsproblemer og nedsat funktionsniveau, nedsat psykisk velbefindende – herunder ensomhed, boligsift og (øget) behov for offentlig hjælp og støtte? I hvilken udstrækning forekommer disse ændringer i levevilkår på kort sigt og på længere sigt? Hvilke faktorer er forebyggende i forhold til negative konsekvenser af enkestand?

Data, design og analyser

Analyserne er gennemført på en kombination af surveydata fra den såkaldte Ældre database og registerdata fra Danmarks Statistik.

I analyserne til denne rapport indgår surveydata for årgangene født i 1920, 1925, 1930, 1935 og 1940, som blev interviewet i både 2002 og 2007. Endvidere indgår surveydata for årgangene 1925, 1930, 1935, 1940 og 1945, som blev interviewet i både 2007 og 2012. Respondenterne var i alderen 62-82 år, da de blev interviewet i henholdsvis 2002 og 2007.

Analyserne med surveydata har taget udgangspunkt i en population, som i udgangspunktet i henholdsvis 2002 og 2007 var gifte eller på anden måde levede i et parforhold (i det følgende alene omtalt som gifte). Denne population er blevet fulgt i de efterfølgende fem år, og deres situation er opgjort fem år efter. I analyserne, hvor vi benytter Ældre databasen, har vi 2.552 mænd, som var gifte i udgangsåret, hvoraf 133 (5 %) blev enkemænd over en femårig periode, og 2.210 kvinder, hvoraf 308 (14 %) blev enker. Enker og enkemænd er altså personer, hvis ægtefælle eller partner i andet parforhold er afdøet ved døden.

I analyser, hvor der udelukkende indgår registerdata, har vi taget udgangspunkt i populationen af gifte i 2007, som var født i 1925, 1930, 1935, 1940 eller 1945. Den består af 62.419 mænd og 54.686 kvinder.

Vi undersøger både de umiddelbare sammenhænge mellem enkestand samt forskellige sociale vilkår og helbredsudfald og sammenhængen mellem disse, hvor vi kontrollerer for en række individuelle karakteristika, herunder tilstanden for de undersøgte udfald fem år tidligere. Den statistiske metode i denne rapport er i langt de fleste analyser baseret på 'Ordinary Least Square (OLS)'-metoden, selvom den centrale variabel, vi undersøger, kan være binær/dikotomisk eller binomialt fordelt. Når vi i disse analyser alligevel benytter OLS-metoden i stedet for andre ikke-lineære modeller, skyldes det, at de resultater, som vi beregner med OLS-metoden, ofte er umiddelbart lettere at fortolke end resultaterne fra en ikke-lineær model. Resultaterne fra OLS-metoden er endvidere stort set de samme, som dem vi finder, når vi bruger ikke-lineære modeller.

Især psykiske konsekvenser af enkestand

Enker og enkemænd har lavere *psykisk velbefindende* end gifte, når vi sammenligner deres score på et indeks for psykisk velbefindende. Det lavere niveau for enkemænd er uændret i op til fire år efter enkestanden, mens enkers lavere niveau sammenlignet med gifte er mere markant nul til to år efter enkestandens indtræden end tre til fire år efter.

Enkemænd har flere *kontakter med psykolog* end gifte mænd op til et år efter ægtefællens død. To til fire år efter ægtefællens død har enkemænd imidlertid ikke signifikant flere kontakter med psykolog end gifte mænd. Enker har flere kontakter med psykolog end gifte kvinder

op til to år efter ægtefællens død, mens der tre til fire år efter ægtefællens død ikke er signifikant forskel mellem enker og gifte kvinder.

Langt flere kvinder end mænd bruger et antidepressivt produkt, og langt flere enker og enkemænd (henholdsvis 39 % blandt enker og 27 % blandt enkemænd) end gifte (25 % blandt gifte kvinder og 16 % blandt gifte mænd) bruger et antidepressivt lægemiddel.

Sandsynligheden for at bruge et antidepressivt middel er også større blandt enker og enkemænd end gifte, når vi kontrollerer for en række individualspecifikke karakteristika, inklusive tidligere forbrug af antidepressive lægemidler. Forskellen i sandsynligheden for at bruge et antidepressivt lægemiddel mellem enker/enkemænd og gifte er størst i året, hvor enkestanden indtræder, mens forskellen reduceres i de efterfølgende år efter ægtefællens død både blandt mænd og kvinder.

Når vi ser på brugen af *antidepressive midler SSRI*, som ofte gives til ældre, stiger andelen, der får disse midler blandt enker og enkemænd markant omkring tidspunktet for ægtefællens død.

Vores analyse kan ikke pege på faktorer ud over bopæl, der har en forebyggende virkning i forhold til at opleve psykisk mistrivsel. Ældre, der bor uden for de større byer (mere end 50.000 indbyggere), har et bedre psykisk velbefindende og bruger i mindre grad antidepressiv medicin end ældre, der bor i de større byer. Psykisk mistrivsel synes at kunne ramme enhver, der bliver udsat for ægtefællens død. Vi har ikke kunnet påvise det i denne undersøgelse, men tidligere forskning peger på, at social støtte muligvis kan bidrage til at forebygge psykisk mistrivsel blandt enker og enkemænd. Det er imidlertid ud fra den tidligere forskning usikkert, hvilken form den social støtte skal have.

Risikoen for ofte eller af og til at være *uønsket alene* er større blandt enker og enkemænd end blandt gifte i op til fire år efter ægtefællens død. Blandt enkemænd er risikoen mindre tre-fire år efter end op til to år efter ægtefællens død. Blandt enker aftager risikoen for at være uønsket alene ikke med tiden inden for de fire første år efter ægtefællens død.

Vores analyser har vist, at det at have været uønsket alene i udgangspunktet hænger stærkt sammen med sandsynligheden for ofte eller af og til at være uønsket alene på opfølgningstidspunktet fem år senere. Ingen andre af de individuelle karakteristika viser sammenhæng med sandsynligheden for at være uønsket alene.

Flere kontakter med almen læge og øget brug af hjemmehjælp

Enker og enkemænd har *dårligere selvvurderet helbred, dårligere selvvurderet funktionsevne i daglige aktiviteter og bliver hyppigere indlagt på sygehus* end gifte. Vores analyse peger imidlertid på, at dette hovedsagelig skal forklares med en forskel i selvvurderet helbred, funktionsevne og sygehusindlæggelser allerede på udgangstidspunktet, hvor alle var gifte. Enkestanden synes dog at have betydning for, at enker hyppigere end gifte kvinder bliver indlagt på sygehus de første par år efter ægtefællens død.

Enkemænd har signifikant flere kontakter med *almen læge* end gifte mænd i op til tre år efter enkestanden. Enker har flere kontakter med almen læge end gifte i op til fire år efter enkestanden. For begge køn aftager forskellen med årene. Den hyppigere kontakt med almen læge behøver dog ikke at være en indikation på et dårligere helbred, men kan være en konsekvens af, at ægtefællens død kan have ført til mistrivsel og sygdomstegn og som følge heraf øget lægekontakt. Samtidig kan lægen ifølge tidligere forskning være en erstatning for den afdøde ægtefælle som samtalepartner om sygdomssymptomer.

Enker og enkemænd har større sandsynlighed for at modtage *hjemmehjælp* end gifte. Enkemænd har sammenlignet med gifte mænd større sandsynlighed for at modtage hjemmehjælp tre til fire år efter ægtefællens død end nul til to år efter. Det er omvendt for enker, som har større sandsynlighed for at modtage hjemmehjælp nul til to år efter ægtefællens død end tre til fire år efter. Vores analyse har ikke påvist, at enker og enkemænd sammenlignet med gifte har øget risiko for nedsat funktionsevne i daglige aktiviteter efter ægtefællens død. Det peger på, at det er bortfaldet af ressourcer i husstanden gennem ægtefællens død, der skal forklare, at enker/enkemænd oftere har hjemmehjælp end gifte. Kvinder har tilsyneladende været en større ressource til at udføre opgaver i husstanden end mænd, da forskellen i brug af hjemmehjælp er større mellem enkemænd og gifte mænd end mellem enker og gifte kvinder.

En større andel enker og enkemænd end gifte har fået udskrevet (og efterfølgende indløst) en recept på et *smertestillende middel* i op til fire år efter ægtefællens død. For mænd synes forskellen mellem enkemænd og gifte at være en anelse større tre til fire år efter ægtefællens død end op til to år efter. Enkers større sandsynlig end gifte kvinders for at bruge smertestillende medicin synes ikke at ændre sig i op til fire år efter ægtefællens død. Enker og enkemænds hyppigere brug af smertestillende medicin i vores undersøgelse kan muligvis forklares med, at psykisk mistrivsel efter ægtefællens død har givet anledning til, at de har fysiske smerter, som de har fået udskrevet medicin til.

Ingen forskel i disponibel indkomst, men enker og enkemænd flytter hyppigere end gifte

Enkemænd og enker har umiddelbart en lavere disponibel indkomst end gifte af samme køn, men når der kontrolleres for indkomst i udgangsåret, hvor alle var gifte, og for demografiske og socioøkonomiske karakteristika, kan vores analyser ikke påvise en signifikant lavere disponibel indkomst som følge af enkestanden. Ved beregningen af den disponible indkomst er der taget hensyn til antal personer i husstanden.

Enker og enkemænd flytter hyppigere end gifte til en anden bolig, og hyppigheden af enker og enkemænds flytning er størst i de første år efter ægtefællens død. Enker flytter hyppigere end enkemænd, hvilket indikerer, at enker oftere end enkemænd vurderer at have behov for en anden bolig end boligen fra det fælles samliv.

Konklusion

Analyserne i denne rapport peger på, at konsekvenserne af at blive enke eller enkemand først og fremmest er en risiko for en forværring af den psykiske tilstand. Vi ser således, at enkestanden hænger sammen med øget psykisk mistrivsel, en øget risiko for ofte eller af og til at være alene, selvom man havde mest lyst til at være sammen med andre og en øget sandsynlighed for at bruge et antidepressivt lægemiddel. Analysen kan ikke give en forklaring på, at enker og enkemænd har hyppigere kontakt med almen læge end gifte. En mulig forklaring kan imidlertid være, at øget psykisk mistrivsel blandt enker og enkemænd giver sig udslag i sygdomssymptomer. Den praktiserende læge kan endvidere være en erstatning for en samtalepartner i hjemmet, som enken/enkemanden har mistet ved ægtefællens død. Den højere andel blandt enker/enkemænd i forhold til gifte, der bruger smertestillende medicin og antidepressive lægemidler, samt den højere hyppighed af besøg hos psykolog, kan endvidere ses som en konsekvens af den øgede mistrivsel.

Den psykiske mistrivsel synes størst i de første år efter ægtefællens død. Enkemænds psykiske velbefindende er ganske vist lavere end gifte mænds i op til fire år efter ægtefællens død. Men antal kontakter med psykolog og sandsynligheden for at bruge antidepressive midler er højere blandt enkemænd i forhold til gifte og størst de første år efter ægtefællens død. Enkers psykiske velbefindende er lavere end gifte kvinders alene de første par år efter ægtefællens død. Flere

besøg hos psykolog og en større sandsynlighed for at bruge antidepressive lægemidler blandt enker end blandt gifte kvinder gør sig ligeledes især gældende i de første år efter ægtefællens død.

Blandt enkemænd er den øgede risiko for at være uønsket alene mindre tre-fire år efter end op til to år efter ægtefællens død. Blandt enker aftager den øgede risiko ikke inden for de fire første år efter ægtefællens død.

Vi har ikke kunnet identificere specifikke faktorer eller karakteristika, som kan forebygge psykisk mistrivsel eller ensomhed som følge af ægtefællens død. Der synes således at være nogle psykiske konsekvenser af enkestand, som kan ramme enhver. Tidligere studier giver ikke sikre anvisninger på, hvilken form for social støtte der kan forebygge psykisk mistrivsel.

Vi har i analyserne ikke fundet en sammenhæng mellem omfanget af sociale kontakter før enkestandens indtræden og risikoen for, at enker eller enkemænd ofte eller af og til er uønsket alene efter ægtefællens død. Tidligere forskning peger imidlertid på, at social støtte i nogle tilfælde kan forbygge oplevelsen af ensomhed.

Undersøgelsen har ikke fundet, at enkestand har konsekvenser for somatisk helbred og funktionsevne i daglige aktiviteter, men brugen af hjemmehjælp stiger blandt enker og enkemænd efter ægtefællens død. Det kan være en følge af, at den afdøde ægtefælle har udført opgaver i hjemmet, som den overlevende ikke kan klare og derfor har brug for hjælp til efter ægtefællens død.

Når der tages hensyn til antal personer i husstanden, har enker og enkemænd ikke en lavere disponibel indkomst end henholdsvis gifte kvinder og mænd.

1 Baggrund og formål med undersøgelsen

For de fleste er en ægtefælles død en stressende begivenhed, der medfører betydelige ændringer i den overlevendes tilværelse. Der er ikke blot tale om tab af en livsledsager, som man har været forbundet med i mange år. Der er også tale om tab af en ressource i husstanden i forhold til fx indkomst og udførelse af praktiske opgaver i hjemmet.

I den videnskabelige litteratur dokumenteres en generel tendens til, at enkestand er forbundet med nedgang i indkomst, nedgang i psykisk velbefindende og øget dødelighed. Nogle ændringer i levevilkår er koncentreret i den første periode efter ægtefællens død, mens andre er mere vedholdende eller indtræder nogen tid efter enkestandens begyndelse. Konsekvenser af enkestand er imidlertid også afhængig af en række faktorer hos det overlevende individ selv og i individets omgivelser.

En dansk undersøgelse (Nielsen & Platz 2008) har for perioden 1997-2002 belyst flytninger, sociale kontakter, fritidsaktiviteter, selvvurderet helbred og velbefindende og ensomhed blandt borgere, der inden for en femårig periode er blevet alene, i forhold til borgere, som fortsat bor sammen med en partner, eller som har været alene i længere tid. Undersøgelsen var alene baseret på surveydata og indeholdt ikke en nærmere belysning af, hvad længden af tid siden ægtefællens død betyder for oplevede konsekvenser af enkestand. Der er imidlertid ikke i Danmark gennemført forskning, som belyser, i hvilken udstrækning enkestand fører til nedsat indkomst og (øget) behov for offentlige sociale og sundhedsmæssige ydelser. Der er heller ikke danske undersøgelser, der har belyst, hvilke faktorer der er forebyggende i forhold til at opleve negative konsekvenser af enkestand, og hvilke faktorer der kan forstærke oplevelsen af negative konsekvenser.

Formålet med dette projekt er derfor at belyse:

I hvilken udstrækning er enkestand forbundet med nedsat indkomst, helbredsproblemer og nedsat funktionsniveau, nedsat psykisk velbefindende – herunder ensomhed, boligskit og (øget) behov for offentlig hjælp og støtte? I hvilken udstrækning forekommer disse ændringer i levevilkår på kort sigt og på længere sigt? Hvilke faktorer er forebyggende i forhold til negative konsekvenser af enkestand, og hvilke faktorer forstærker risikoen?

Projektet giver et overblik over, i hvilken udstrækning enkestand på kortere og længere sigt er forbundet med en række ændringer i levevilkår, som har betydning for de berørtes velfærd og deres behov for bistand og støtte. Projektet belyser også, hvad der karakteriserer ældre, som er udsat for negative konsekvenser af enkestand, hvilket giver en pejling af, hvor der kan være særligt brug for at sætte ind med forebyggende tiltag og støtte ved enkestand.

2 Design, datagrundlag og metode

I denne rapport anvendes data fra Ældredatabasen fra årene 2002, 2007 og 2012 koblet med registerdata. Ældredatabasen består af interviewundersøgelser af ældre, der blev født i 1920, 1925, 1930, 1935, 1940, 1945, 1950, 1955 og 1960. De interviewede blev i første runde i 1997 tilfældigt udvalgt og er søgt geninterviewet i alle runder, og databasen består således af et panel. De yngste har ved hver interviewrunde været 52 år gamle. I 2002, 2007 og 2012 er der suppleret med nye stikprøver, som også bliver geninterviewet i senere undersøgelser. I analyserne til denne rapport indgår data for årgangene født i 1920, 1925, 1930, 1935 og 1940, som blev interviewet i både 2002 og 2007. Respondenterne i denne population har altså været i alderen 62-82 år, da de blev interviewet i 2002. Endvidere indgår data for årgangene 1925, 1930, 1935, 1940 og 1945, som blev interviewet i både 2007 og 2012. Disse respondenter har ligeledes været i alderen 62-82 år, da de blev interviewet i 2007.

Interviewundersøgelserne er foretaget per telefon, så vidt det har været muligt, og besøgsinterview, hvor et telefoninterview ikke har kunnet lade sig gøre. Ældredatabasen indeholder bl.a. oplysninger om selv vurderet helbred, hjælp fra pårørende, familieforhold og socialt netværk. Det særlige ved Ældredatabasen er, at interviewene gennemføres med fem års mellemrum, og at den indeholder fødselsårangange med fem år imellem. En årgang når altså mellem hver interviewrunde at nå op på samme alder, som årgangen, der blev født fem år tidligere. Det giver mulighed for at sammenligne forskellige fødselsårangange ved samme alder. Databasen er endvidere longitudinal, så de enkelte fødselsårangange kan følges over tid med fem års mellemrum (yderligere information om Ældredatabasen kan findes her: <http://cssr.survey-bank.aau.dk/webview/>)

I denne rapport har vi koblet en lang række registerdata til Ældredatabasen. Disse registerdata indeholder bl.a. information om familierelationer, dødsfald, demografiske og sociodemografiske karakteristika, brug af sundhedsydelser og medicinforbrug samt boligoplysninger.

Vi benytter registerdata til at identificere enkestanden. Det betyder, at vi benytter Danmarks Statistiks definition af et par, der bor sammen. Danmarks Statistiks variabel hedder "e-fælle" og definerer et par, hvis et af følgende fire karakteristika er opfyldt:

- Parret har indgået et registreret ægteskab.
- Parret har indgået et registreret partnerskab. Registreret partnerskab blev først indført 1. oktober 1989.
- Parret er samlevende. To personer, der ikke er gift eller i registreret partnerskab med hinanden, men som har mindst ét fælles barn, registreret i CPR-registeret.
- Parret er samboende. To personer af hver sit køn med under 15 års aldersforskel. De har ikke fælles børn registreret i CPR, og de er, så vidt CPR kan oplyse, ikke i nær familie med hinanden (søskende eller forælder/barn). Det er desuden en forudsætning, at der i denne husstand kun findes to voksne personer.

Med denne definition af et par kan den samlevende "e-fælle" i princippet godt være en ven af modsat køn, som man bor sammen med. I denne rapport, hvor der hovedsageligt indgår ældre mennesker, er det dog i praksis nok ikke tilfældet særlig ofte. En lille andel blandt de yngre aldersgrupper har en samlever, hvorimod dette ikke er tilfældet for de ældre aldersgrupper (Lauritzen et al. 2012). Informationen om par har vi koblet med dødsregisteret således at vi kan se, hvilke personer, blandt dem der levede i par tidligere, der har en "e-fælle", som dør i et givent år.

Vi bruger i rapporten for læseværdighedens skyld betegnelsen 'gifte', som altså omfatter personer med et registreret ægteskab, eller som på anden vis lever i et parforhold.

Enker og enkemænd er personer, som har været udsat for, at deres partner i et ægteskab eller et andet parhold er afgået ved døden.

Blandt mænd, der blev interviewet i både 2002 og i 2007, som var gifte i 2002, og som var født i et af femårsintervallerne mellem 1920 og 1940, var der 1.091 observationer, hvoraf 54 (5 %) blev enkemænd fra 2002 til 2007. Blandt mænd, der blev interviewet i 2007 og i 2012, som var gifte i 2007, og som var født i et af femårsintervallerne mellem 1925 og 1945, var der 1.461 observationer, hvoraf 79 (5 %) blev enkemænd fra 2007 til 2012. På samme måde kan vi se, at der i vores panel med oplysninger fra 2002 og 2007 var 943 kvinder, hvoraf 161 (17 %) blev enker mellem 2002 og 2007. I vores panel med oplysninger fra 2007 og 2012 var der 1.267 kvinder, hvoraf 147 (12 %) blev enker mellem 2007 og 2012. Da antallet af personer, der bliver enker og enkemænd i hvert af disse paneler fra Ældredatabasen, er relativt lavt, når der skal laves statistiske analyser, har vi lagt de to paneler sammen. I analyserne, hvor vi benytter Ældredatabasen har vi således 2.552 mænd, som var gifte i udgangsåret, hvoraf 133 (5 %) blev enkemænd over en femårig periode, og 2.210 kvinder, hvoraf 308 (14 %) blev enker, se Tabel 2.1.

Tabel 2.1 Andel af enker/enkemænd i populationen af gifte 1-5 år efter udgangsåret (T)

År	Mænd		Kvinder	
	Registerpopulation	Surveypopulation	Registerpopulation	Surveypopulation
T+1	1	1	3	2
T+2	2	2	5	6
T+3	3	3	8	9
T+4	4	4	11	11
T+5	5	5	13	14
Observationer	62.419	2.552	54.686	2.210

Note: For survey data er udgangsåret T enten 2002 eller 2007, hvor alle er gifte eller samlevende ultimo året. For registerdata er udgangsåret T 2007

Kilde: Ældredatabasen 2002, 2007 og 2012, samt registerdata for 2002-2012 for de samme årgange

I tabel 2.1 kan vi yderligere se, at når vi udelukkende benytter registerdata, så øges antallet af observationer, der bliver enker betragteligt, mens den procentuelle andel forbliver omtrent den samme.

I de følgende kapitler viser vi en række tabeller, som belyser forskelle i helbredsmæssige og socioøkonomiske faktorer mellem enker og gifte. Vi undersøger altså status på disse faktorer år T+5 (opfølgingsår) for en population, der var gifte eller samlevende i år T (udgangsåret for analysen), men hvor en given andel går fra at være gifte til at blive enker frem til år T+5. Tabel 2.1 viser, at ud af hele populationen af gifte og samlevende var der fem år efter henholdsvis 5 % og 13 % blandt mænd og kvinder, der var blevet enker, når vi benytter registerdata. Når vi benytter surveydata er andelen af populationen, der var blevet enker henholdsvis 5 % og 14 % blandt mænd og kvinder. Andelen af enker er altså lidt højere, når vi benytter surveydata frem for registerdata. Forskellen er dog så lille, at den næppe har signifikant betydning for de resultater, der præsenteres i denne rapport.

I de deskriptive analyser tester vi for, om de fundne forskelle i gennemsnitsværdier er signifikante, eller om sådanne forskelle kan tilskrives statistiske tilfældigheder. Vi foretager også en række statistiske analyser, hvor vi tager højde for flere forhold, heriblandt forhold fra tiden før

enkestanden (målt i udgangsåret). Den statistiske metode i langt de fleste analyser i denne rapport er baseret på Ordinary Least Square (OLS)-metoden, selvom den centrale variabel, vi undersøger, kan være binær/dikotomisk eller binomialt fordelt. Det gælder for eksempel, når vi ser på sandsynligheden for at have et godt helbred og antal lægekontakter. Når vi i disse analyser alligevel benytter OLS-metoden i stedet for andre ikke-lineære modeller, er det først og fremmest, fordi resultaterne fra OLS-metoden stort set er de samme, som dem vi finder, når vi bruger ikke-lineære modeller (fx en probit-model eller en binomial). Derudover er resultaterne, som vi beregner med OLS-metoden, ofte umiddelbart lettere at fortolke end resultaterne fra en ikke-lineær model. Den præcise fortolkning af parameterestimaterne – fx om det er ændringer i enheder eller procentpoint – afhænger af, hvilket udfald vi ser på. Under hvert afsnit vil det fremgå, hvordan de enkelte parameterestimater skal fortolkes, når disse er signifikante. Se også boks 2.1.

For de modeller, hvor udfaldet ikke følger en normalfordeling, sådan som den skal i en OLS, har vi testet, om resultaterne er anderledes i ikke-lineære modeller. For ingen af modellerne afviger OLS-resultaterne væsentligt fra resultaterne, som vi når frem til ved brug af de ikke-lineære modeller. Hvor der er mindre afvigelser, er dette nævnt i teksten.

Boks 2.1: Sådan skal tallene fortolkes

I de følgende kapitler vil vi vise forskelle i helbredsmæssige og socioøkonomiske vilkår mellem enker og gifte. Vi viser både rå tal og procenter, dvs. hvor mange inden for hver gruppe, der har et helbredsproblem, bruger sundhedsvæsenet osv., og korrigerede tal, hvor vi fx korrigerer for, at gruppen af enker generelt er ældre, har en lavere uddannelse eller fx har et dårligere helbred i udgangsåret end gruppen af gifte. I tabellerne, hvor vi korrigerer for disse andre forhold, beregner vi forskellene med brug af Ordinary Least Square (OLS)-metoden. Når vi således ser på betydningen af at være blevet enke, vil det parameterestimat, som vi kommer frem til, vise os forskellen mellem enker og gifte. Enheden på disse forskelle er anhängig af, hvilken enhed vores udfald måles i. I kapitel 4, tabel 4.8 og 4.9, undersøger vi, hvad enkestand betyder for sandsynligheden for at modtage hjemmehjælp i opfølgingsåret. Da outcome er en dikotomisk variabel (den ældre får hjemmehjælp eller ej), viser parameterestimatet forskellen mellem enker/enkemænd og gifte, angivet i procentpoint. Parameterestimatet i tabel 4.8, søjle (1) viser således, at mænd, der blev enkemænd inden for nul til fire år siden, har 17,1 procentpoint større sandsynlighed for at svare, at de modtager hjemmehjælp i forhold til gifte mænd.

Selvom vi inkluderer en række forhold, der ligger forud for enkestanden i vores regressionsmodeller, kan vores analyser ikke fortolkes som årsagssammenhænge. Der er således ofte flere fortolkningsmuligheder på de resultater, vi finder, hvilket vi diskuterer undervejs. I alle kapitler gælder, at de undersøgte sammenhænge bygger på teoretiske overvejelser og fund fra tidligere empiriske studier. Hvert kapitel starter vi med en gennemgang af teorier, hypoteser og tidligere studier på området.

I rapporten viser vi både de umiddelbare sammenhænge mellem enkestand og forskellige udfald, såsom førlighed, psykisk velbefindende, forbrug af antidepressive lægemidler, indkomst og brug af hjemmehjælp, og de kontrollerede sammenhænge. Med kontrollerede sammenhænge mener vi sammenhænge mellem enkestanden og udfaldet, kontrolleret for tidligere udfald. Når vi viser de umiddelbare udfald for enker/enkemænd og gifte, vil disse ofte være

markant forskellige. Årsagen til dette kan være, at gruppen, der på et givet tidspunkt er enker/enkemænd, generelt er en særlig gruppe. For eksempel kan det tænkes, at gruppen, der er blevet enker/enkemænd, gennemsnitligt har et dårligere helbred end dem, der fortsat er gifte, men dette kan eventuelt forklares med, at dem, der har mistet en ægtefælle, generelt er ældre eller generelt har levet et usundere liv sammen med ægtefællen.

I Tabel 2.2 nedenfor præsenteres gennemsnit for de kontrolvariabler, der medtages i vores analyser.

Tabel 2.2 Kontrolvariabler, gennemsnit målt i 2007, hvor alle er gifte (procentandele), for alle og opdelt på deres status (gifte eller enker/enkemænd), som de opnår ved opfølgning fem år efter

Fødselsår	Mænd			Kvinder		
	Alle	Gifte	Enkemænd	Alle	Gifte	Enker
1925	5	4	15	4	2	12
1930	10	10	22	9	7	20
1935	18	18	22	17	16	23
1940	26	27	21	27	28	23
1945	41	42	21	44	47	21
Aldersforskel mellem ægtefæller						
Mere end 2 år yngre end ægtefælle	5	5	11	43	41	57
Samme alder (+/- 2 år)	42	42	45	48	49	38
Mere end 2 år ældre end ægtefælle	53	53	43	9	10	5
Boligområde						
Storbyområde (>50.000 indbyggere)	45	45	42	44	44	43
Byområde (5.000-50.000 indbyggere)	31	31	31	32	32	31
Landområde (<5.000 indbyggere)	24	23	27	24	24	26
Højest fuldførte uddannelse						
Grundskole eller gymnasium	33	33	42	47	46	58
Erhvervsuddannelse	43	44	41	35	36	30
Videregående uddannelse	22	22	17	17	17	11
Ingen information om uddannelse	1	1	1	0	1	1
I beskæftigelse (ultimo november)	19	19	11	7	7	5
Antal observationer	62.419	59.284	3.135	54.686	47.441	7.245

Note: Tal for hele befolkningen i de udvalgte aldersgrupper

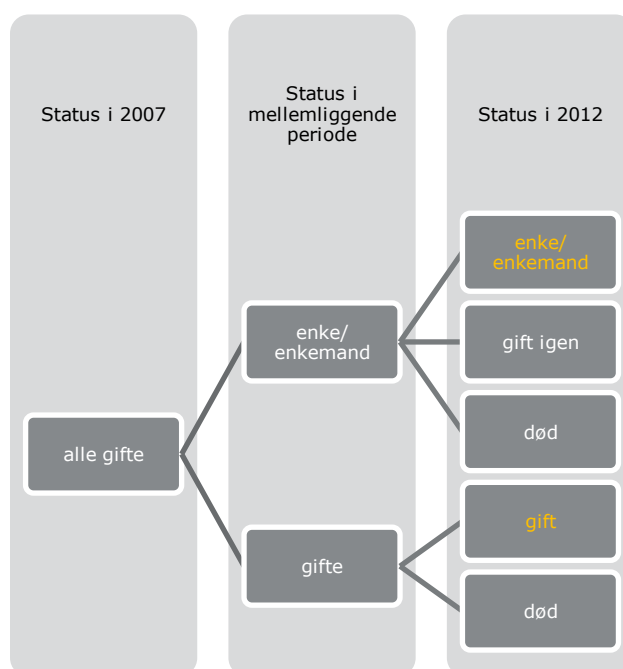
Kilde: Udvalgte registerdata 2007

Det fremgår af tabellen, at enker/enkemænd i gennemsnit er ældre end gifte i udgangsåret. Det fremgår endvidere, at en større andel enkemænd end gifte mænd havde en ægtefælle, som var mindst to år ældre end dem selv. Det samme gør sig gældende for enker. For både mænd og kvinder er der flere blandt dem, der senere kommer i enkestand, en lidt større andel, som bor i et landområde, hvilket vil sige byområder med mindre end 5.000 indbyggere. En større andel enker/enkemænd end gifte har grundskole eller gymnasieuddannelse som højest fuldførte uddannelse, og en mindre andel har således en uddannelse ud over grundskole eller gymnasium. Det vil sige, at enker og enkemænd hovedsageligt ikke har nogen formel erhvervsuddannelse. Når vi ser på beskæftigelsesstatus, er der en langt større beskæftigelsesfrekvens blandt de mænd, som forbliver gift (19) i forhold til de mænd, som senere bliver enkemænd (11). Blandt kvinderne er forskellen lidt mindre, og der er også betydelig færre kvinder i forhold til mænd, som er i beskæftigelse.

3 Populationen, overgang til enkestand og dødelighed

Som beskrevet i kapitel 2 benytter vi Ældredatabasen, hvor to paneldatasæt (fra 2002-2007 og fra 2007-2012) er lagt sammen for at øge antallet af observationer, og kobler disse data med registerdata. I de analyser, hvor vi udelukkende benytter registerdata er det ikke nødvendigt at lave en sammenlægning af observationer fra 2002-2007 og 2007-2012, da antallet af observationer er rigeligt stort til at kunne foretage meningsfulde beregninger. Figur 3.1 beskriver for *registerpopulationen*, hvordan vi udvælger populationen af enker/enkemænd og gifte/samboende. I udgangsåret (2007) er alle gifte eller samboende. Blandt de personer, der går fra at være gift til at blive enke/enkemand i perioden fra 2007 og frem til 2012, er der nogle, der efterfølgende bliver gift igen, nogle der dør, og nogle der forbliver enker frem til 2012. I gruppen af personer, som var gifte i 2007, er der ligeledes nogle, der dør inden afslutningsåret (2012). Der er også en gruppe, som bliver skilt. Dette er dog en relativ lille gruppe og er derfor hverken vist i Figur 3.1 eller medtaget i analyserne. I analyserne, som vi præsenterer i de næste kapitler, sammenligner vi den delpopulation af de gifte i 2007, som lever i 2012, og som i 2012 enten er gifte eller enker/enkemænd (markeret med orange skrift i figuren).

Figur 3.1 Udvalgelse af population



Note: Personer, der var gift i 2007, kan også blive skilt, ligesom de, som først bliver enker og siden gift igen, kan blive skilt. Dette er dog ganske få personer i den aldersgruppe, som vi undersøger, og vi har derfor udeladt kategorien "skilt" i figuren.

En række undersøgelser har påvist en sammenhæng mellem enkestand og dødelighed, og at der i sær er en signifikant overdødelighed i op til to år efter ægtefællens død (Donrovich et al. 2014, Guiaux 2010, Moon et al. 2011, Moon et al. 2013, Roelfs et al. 2012, Stroebe et al. 2007). Overdødeligheden aftager betydeligt i studier med længere opfølgingsperioder, men risikoen er forøget i op til 15 år efter ægtefællens død (Roelfs et al. 2012, Berntsen et al.

2012). Overdødeligheden i den første periode efter indtræden i enkestand forekommer, selv om der tages højde for socioøkonomiske faktorer, der kan hænge sammen med øget risiko for dødsfald (Moon et al 2011, Moon et al. 2013). Moon et al. (2013) maner imidlertid til forsigtighed, når der diskuteres sammenhæng mellem enkestand og dødelighed, idet forfatterne rejser tvivl om, hvorvidt der er tilstrækkelig evidens for, at der er en reel sammenhæng, og ikke en sammenhæng, der skyldes socioøkonomiske faktorer.

Et nordirsk studie (Wright et al. 2015) fandt, at effekten af enkestand på dødeligheden var størst inden for de første seks måneder efter ægtefællens død i såvel de to største byer, på landet som i en mellemkategori bestående af store, mellemstore og små byer. Efterfølgende svækkedes effekten for mænd på landet og i mellemkategorien, men ikke i byen. Blandt kvinder svækkedes effekten i alle områder efter seks måneder.

Fejl! Henvisningskilde ikke fundet. viser dødeligheden mellem 2007 og 2012 blandt personer, som har været gifte hele perioden eller frem til deres død, og personer, som er blevet enker/enkemænd i perioden eller frem til deres død. Denne tabel viser kun dødeligheden for registerpopulationen.

Tabel 3.1 Dødelighed i femårsperioden, 2007 til 2012, blandt populationen af gifte i 2007

Dødelighed	Mænd		Kvinder	
	Gifte	Enkemænd	Gifte	Enker
Døde i procent af populationen	12	18	8	10
Antal observationer	68.188	3.867	51.947	8.068

Note: Hele befolkningen i udvalgte fødselsårgange

Kilde: Registeroplysninger

Som det fremgår af tabel 3.1, er der en højere dødelighed blandt enker/enkemænd end blandt gifte. Dødeligheden er endvidere større blandt mænd end blandt kvinder. De, som er afgang ved døden henholdsvis mellem 2002 og 2007 og mellem 2007 og 2012, indgår ikke i de efterfølgende analyser. Der indgår af naturlige årsager alene overlevende. Den højere dødelighed blandt enker/enkemænd end blandt gifte kan betyde, at fx de helbredsmæssige konsekvenser af enkestand undervurderes i det efterfølgende, fordi personer med et dårligt helbred falder bort i analyserne. Vi kan imidlertid ikke sige noget om, hvorvidt overdødeligheden skyldes et dårligere helbred i udgangssituationen eller helbredsproblemer, der er stødt til som følge af enkestandens indtræden.

Vi har i analyserne valgt at se bort fra personer, som i vores analyseperiode er blevet enker/enkemænd, men som har giftet sig igen i perioden. Tabel 3.2 viser, at det drejer sig om ca. 98 mænd og 64 kvinder, når vores udgangspunkt er dem, der var gift i 2007 og født i de udvalgte kohorter: 1925, 1930, 1935, 1940 og 1945.

Tabel 3.2 Gifte efter enkestand

	Mænd	Kvinder
Antal, der får ny partner	98	64
Andel, der får ny partner ud af alle enker/enkemænd (%)	2,8	0,8
Antal observationer (forbliver enke eller får ny partner)	3.456	7.575

Note: Kun personer, der var gift i 2007, og som derefter overgår til enkestand.

Kilde: Registerdata 2007-2012

Det ses i tabel 3.2, at andelen der gifter sig igen efter enkestanden er langt større blandt mænd end blandt kvinder. Det er muligt, at personer, som gifter sig igen efter enkestand, har et bedre helbred end gennemsnittet for deres køn og aldersgruppe. Vi har udeladt gruppen af enker/enkemænd, der gifter sig igen, hovedsageligt fordi gruppen er meget lille og derfor næppe repræsentativ for gruppen af enker/enkemænd som helhed. Derudover forlader de status som enke/enkemand, og er derfor i en helt anden situation i forhold til fx ensomhed, hjælp til både daglige gøremål og til at få kontaktet lægen.

4 Somatisk helbred og funktionsevne

I dette kapitel analyserer vi eventuelle konsekvenser af overgangen til enkestand for selvvurderet helbred og funktionsevne i daglige aktiviteter (førlighed). I kapitlet analyserer vi endvidere, i hvilken udstrækning overgangen til enkestand har konsekvenser for brugen af en række sundhedsydelse og for sandsynligheden for at modtage hjemmehjælp.

Teoretisk kan 'ægteskabsressource'-modellen anvendes til at forklare helbredsmæssige konsekvenser af enkestand. Et ægteskabs ophør kan bidrage til helbredsproblemer, fordi ophøret fører til tab af en social, psykologisk og økonomisk ressource i husstanden (Liu 2012). En enke/enkemand vil typisk have færre økonomiske ressourcer, og enkestanden kan føre til mindre social støtte og et lavere niveau af social integration. Der er endvidere ifølge denne model risiko for, at enken/enkemanden tillægger sig en usund livsstil som følge af manglende social kontrol fra ægtefællen. I dette perspektiv kan enkestand føre til en mere varig ugunstig effekt på helbredstilstanden.

En anden teori er 'stress'-modellen, hvor der er fokus på *overgangen* til enkestand (Liu 2012). Overgangen til enkestand er fulgt af flere belastninger, som har psykiske og sociale konsekvenser, og som kan påvirke det fysiske helbred. I denne model antages, at overgang til enkestand fører til en midlertidig svækkelse af det fysiske helbred, som følge af forøget stress.

Der er en betydelig litteratur om helbredsmæssige konsekvenser af enkestand, og i det følgende refereres udelukkende et udvalg, der repræsenterer hovedtendenser i litteraturen.

Flere undersøgelser finder, at der ikke sker ændringer i selvvurderet helbred på kort sigt efter ægtefællens død (fx Arber et al. 2014, Bennett 1997, Choi & Vasunilashorn 2013, Nielsen & Platz 2008).

Stroebe et al. (2007) konkluderer derimod på baggrund af et review af et mindre antal artikler om konsekvenser for somatisk helbred, at personer, som har lidt tab af nærtstående, har større sandsynlighed for at have helbredsproblemer – især dem, som for nylig har lidt tab. Stroebe et al. (2007) finder endvidere, at de, som har lidt tab, også har større hyppighed af funktionsnedsættelse. Der er endvidere studier, som peger på nedsat funktionsevne i visse daglige aktiviteter som følge af enkestand blandt mænd (van den Brink et al. 2004, Pachana et al. 2011). Et systematisk review (Stahl & Schulz 2014) finder stærk evidens for sammenhæng mellem enkestand og forøget risiko for utilstrækkelig ernæring og utilsigtet vægttab. De finder endvidere moderat evidens for sammenhæng mellem enkestand og søvnproblemer samt forøget alkoholforbrug.

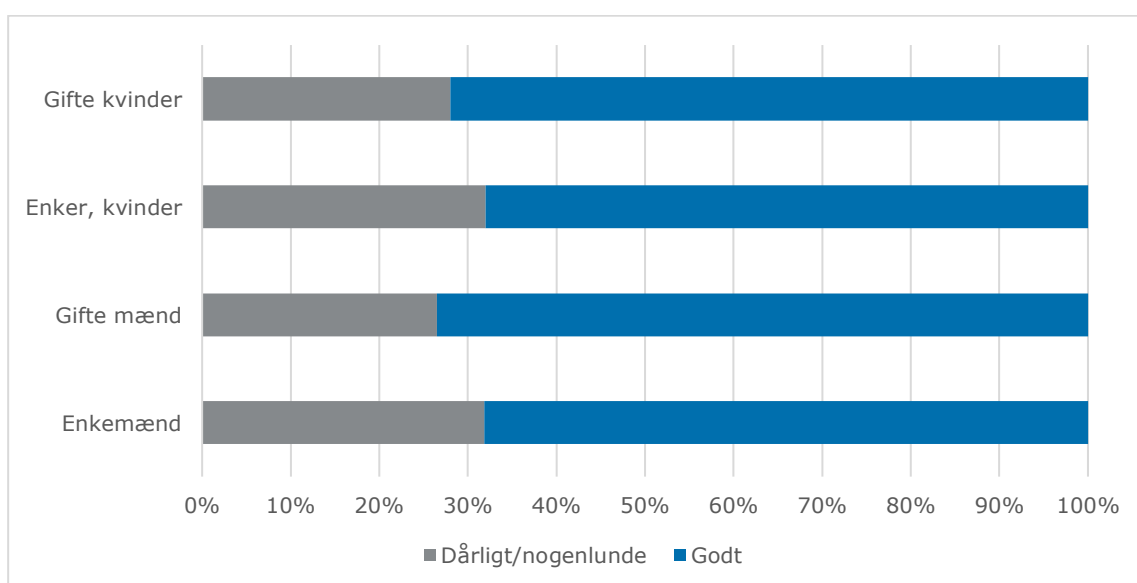
De fleste af studierne kontrollerer i analyserne for demografi og socioøkonomiske faktorer, mens de færreste kontrollerer for eventuelle forskelle i helbred mellem gifte og enker/enkemænd før enkestandens indtræden. I de følgende analyser kontrollerer vi både for demografiske og socioøkonomiske faktorer samt helbred mv. i udgangssituationen, da alle i vores analysepopulation havde en ægtefælle eller samlever.

4.1 Selvvurderet helbred og førlighed

4.1.1 Selvvurderet helbred

I Ældredatabasen er der spurgt til den enkeltes generelle helbred. Det præcise spørgsmål lyder: "Hvordan vil De alt i alt vurdere Deres nuværende helbred?". Til spørgsmålet er der følgende svarkategorier: "Meget godt", "Godt", "Nogenlunde", "Dårligt" og "Meget dårligt". Da der er få observationer i enkelte af disse kategorier, har vi slået dem sammen til to kategorier: 1) meget godt eller godt og 2) nogenlunde, dårligt eller meget dårligt. I Figur 4.1 nedenfor er vist fordelingen af svar på dette spørgsmål for mænd og kvinder opdelt på, om de bliver enker/enkemænd inden for en femårig periode.

Figur 4.1 Selvvurderet helbred ved opfølgning (T+5)



Note: Antallet af observationer er 2.539 mænd og 2.199 kvinder.

Kilde: Ældredatabasen 2002, 2007 og 2012

Det ses af figuren, at enker og enkemænd generelt vurderer deres helbred lidt dårligere end giftede mænd og kvinder. Endvidere ses det, at enkemænd og enker i lige høj grad vurderer, at de har et godt helbred (68 %).

Tabel 4.1 og Tabel 4.2 viser beregningerne af sandsynligheden for at svare, at man har et godt eller et meget godt helbred for henholdsvis mænd og kvinder, når der tages højde for demografiske og socioøkonomiske faktorer, samt helbredstatus fem år tidligere.

Tabel 4.1 Sandsynligheden for at have et godt eller meget godt selv vurderet helbred ved opfølgning (T+5). Mænd

	(1)		(2)	
	Koefficient	Standard-afvigelse	Koefficient	Standard-afvigelse
Enkestand (ref. gifte)				
Enkestand 0-4 år siden	0,029	(0,038)		
Enkestand 0-2 år siden			0,042	(0,045)
Enkestand 3-4 år siden			0,005	(0,066)
Fødselsår (ref. født 1945)				
1920	-0,256	(0,086)	-0,256	(0,086)
1925	-0,092	(0,039)	-0,092	(0,039)
1930	-0,101	(0,031)	-0,101	(0,031)
1935	-0,032	(0,025)	-0,032	(0,025)
1940	-0,012	(0,023)	-0,012	(0,023)
Aldersforskel (ref. ægtefæller har samme alder +/- 2 år)				
Mere end 2 år yngre end ægtefælle	-0,104	(0,047)	-0,103	(0,047)
Mere end 2 år ældre end ægtefælle	0,024	(0,017)	0,023	(0,017)
Boligområde (ref. storbyområde)				
Byområde (5.000-50.000 indbyggere)	-0,004	(0,020)	-0,004	(0,020)
Landområde (<5.000 indbyggere)	-0,001	(0,022)	-0,000	(0,022)
Højeste fuldførte uddannelse (ref. grundskole eller gymnasial uddannelse)				
Erhvervsfaglig	0,053	(0,020)	0,053	(0,020)
Videregående	0,070	(0,022)	0,069	(0,022)
Ingen uddannelsesoplysninger	0,108	(0,053)	0,108	(0,053)
Population (ref. 2002-2007)				
Population 2007-2012	0,004	(0,019)	0,004	(0,019)
Godt helbred tidspunkt T	0,424	(0,024)	0,424	(0,024)
Konstant	0,382	(0,039)	0,382	(0,039)
N		2.539		2.539

Note: Boligområde, uddannelse og godt helbred er målt i udgangstår (T). Resultater markeret med **fed** angiver signifikante forskelle på 5 %-niveau. Ordinary Least Square (OLS) model, hvor der er korrigeret for cluster-robuste standardfejl på individniveau.

Kilde: Ældredatabasen og registerdata

Når vi kontrollerer for en række baggrundskarakteristika og selv vurderet helbred i udgangsåret, finder vi ingen forskel mellem gifte mænd og mænd, der er blevet enkemænd i en fem-årsperiode, med hensyn til sandsynligheden for at vurdere, at man har et godt helbred ved udgangen af perioden. Tabellen viser i øvrigt, at sandsynligheden for at vurdere, at man har et godt helbred, aftager med alderen. Mænd, der var/er mindst to år yngre end deres ægtefælle, har en lavere sandsynlighed for at vurdere, at de har et godt helbred, end mænd, der havde/har en stort set jævnaldrende ægtefælle. Endvidere har mænd med en uddannelse efter folkeskole eller gymnasium en større sandsynlighed for at have et godt helbred end mænd alene med folkeskole eller gymnasium. Mænd, der vurderede, at de havde et godt helbred fem år før, har langt større sandsynlighed (42 procentpoint) for at vurdere, at de har et godt helbred.

Tabel 4.2 Sandsynligheden for at have et godt eller meget godt selv vurderet helbred ved opfølgning (T+5). Kvinder

	(1)		(2)	
	Koefficient	Standard-afvigelse	Koefficient	Standard-afvigelse
Enkestand (ref. gifte)				
Enkestand 0-4 år siden	0,036	(0,027)		
Enkestand 0-2 år siden			0,029	(0,033)
Enkestand 3-4 år siden			0,047	(0,040)
Fødselsår (ref. født 1945)				
1920	-0,093	(0,095)	-0,093	(0,095)
1925	-0,114	(0,045)	-0,114	(0,045)
1930	-0,120	(0,034)	-0,120	(0,034)
1935	-0,066	(0,027)	-0,066	(0,027)
1940	-0,049	(0,024)	-0,049	(0,024)
Aldersforskel (ref. ægtefæller har samme alder +/- 2 år)				
Mere end 2 år yngre end ægtefælle	-0,018	(0,017)	-0,018	(0,017)
Mere end 2 år ældre end ægtefælle	0,013	(0,031)	0,013	(0,031)
Boligområde (ref. storbyområde)				
Byområde (5.000-50.000 indbyggere)	-0,019	(0,021)	-0,019	(0,021)
Landområde (<5.000 indbyggere)	-0,011	(0,022)	-0,011	(0,022)
Højeste fuldførte uddannelse (ref. grundskole eller gymnasial uddannelse)				
Erhvervsfaglig	0,054	(0,019)	0,054	(0,019)
Videregående	0,029	(0,022)	0,029	(0,022)
Ingen uddannelsesoplysninger	-0,005	(0,075)	-0,005	(0,076)
Population (ref. 2002-2007)				
Population 2007-2012	-0,045	(0,022)	-0,045	(0,022)
Godt helbred tidspunkt T	0,486	(0,024)	0,486	(0,024)
Konstant	0,425	(0,039)	0,424	(0,039)
N	2.199		2.199	

Note: Boligområde, uddannelse og godt helbred er målt i udgangår (T). Resultater markeret med **fed** angiver signifikante forskelle på 5 %-niveau. Ordinary Least Square (OLS) model, hvor der er korrigeret for cluster-robuste standardfejl på individniveau.

Kilde: Ældredatabasen og registerdata

Vi finder heller ingen forskel mellem enker og gifte kvinder med hensyn til udviklingen i sandsynligheden for at vurdere, at man har et godt helbred, når vi kontrollerer for en række karakteristika. Vi finder igen, at alder spiller en rolle – jo ældre, des lavere sandsynlighed for at vurdere, at deres helbred er godt. Endvidere finder vi, at kvinder, der har en erhvervsfaglig uddannelse i forhold til kvinder, der har folkeskole eller en gymnasial uddannelse som højeste uddannelse, har større sandsynlighed for at vurdere, at deres helbred er godt. Vi kan derimod ikke se, at aldersforskellen mellem ægtefællerne spiller en rolle for egen vurdering af helbred blandt kvinder. Som for mænd har også kvinder, der vurderede deres helbred som godt fem år tidligere, en betydelig større sandsynlighed for at vurdere deres helbred som godt.

4.1.2 Førlighed

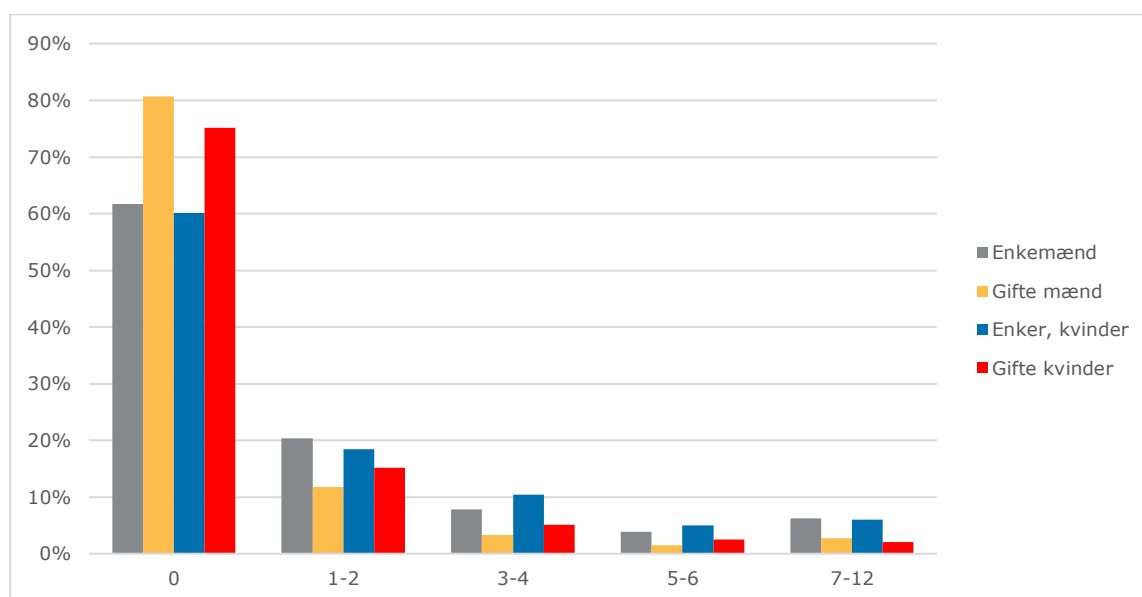
Som mål for populationens funktionsniveau benytter vi en række spørgsmål fra Ældredata-basen til at konstruere *et førlighedsindeks*. Indekset giver et mål for evnen til at udføre en række dagligdagsfunktioner og er afgrænset til seks spørgsmål, som omfatter basale daglige gøremål. Hvis man ikke er i stand til at udføre dem, er man afhængig af hjælp. De seks gøremål er: klippe tånegle, gå på trapper, gå udendørs, gå omkring i hjemmet, vaske sig/tage bad og tage sko (og tøj) af og på.

Populationen er blevet spurgt, om de er i stand til at udføre gøremålene uden besvær, med besvær eller ikke uden hjælp. Evnen til at klare de enkelte gøremål samles i ét mål for førlighed (et førlighedsindeks). For hvert gøremål tildeles værdien 0, hvis gøremålet kan udføres uden besvær, 1, hvis gøremålet kan udføres med besvær, og 2, hvis der kræves hjælp for at udføre det. Indekset består af summen af værdierne for hvert gøremål.

Indekset går fra en værdi på 0 til 12. En indekxsværdi på 0 er udtryk for, at vedkommende kan udføre alle gøremål uden besvær, og der er således ingen problemer med det fysiske funktionsniveau. Med værdier i intervallet 1-6 er der varierende og stigende problemer med funktionsniveauet, og med en værdi på 7 eller derover kan mindst ét af gøremålene ikke klares uden hjælp. Personen er altså med sikkerhed afhængig af hjælp fra andre.

Figur 4.2 nedenfor viser, hvordan enker/enkemænd og gifte mænd og kvinder fordeler sig på værdier i førlighedsindekset.

Figur 4.2 Selvvurderet førlighed ved opfølgning (T+5)



Note: Antallet af observationer er 2.504 mænd og 2.163 kvinder.

Kilde: Ældredata-basen 2002, 2007 og 2012

Figur 4.2 viser, at en mindre andel blandt enker/enkemænd end blandt gifte kan udføre alle seks gøremål uden besvær (en score på 0). Mens 81 % blandt de gifte mænd og 75 % blandt de gifte kvinder kan udføre alle seks gøremål uden besvær, er det henholdsvis 62 % blandt enkemænd og 60 % blandt enker.

Da forskellen i selvrapporeret førlighed mellem enker/enkemænd og gifte potentielt kunne være forklaret af alder – flere mister førligheden med alderen og sandsynligheden for at miste sin ægtefælle øges også med alderen – har vi vist de kontrollerede sammenhænge mellem enkestand og førlighed for mænd og kvinder i Tabel 4.3 og Tabel 4.4:

Tabel 4.3 Sandsynlighed for at have god førlighed ved opfølgning (T+5), mænd

	(1)		(2)	
	Koefficient	Standard-afvigelse	Koefficient	Standard-afvigelse
Enkestand (ref. gifte)				
Enkestand 0-4 år siden	-0,062	(0,041)		
Enkestand 0-2 år siden			-0,036	(0,050)
Enkestand 3-4 år siden			-0,110	(0,069)
Fødselsår (ref. født 1945)				
1920	-0,397	(0,093)	-0,398	(0,094)
1925	-0,299	(0,039)	-0,300	(0,039)
1930	-0,219	(0,030)	-0,220	(0,030)
1935	-0,130	(0,023)	-0,131	(0,023)
1940	-0,086	(0,020)	-0,086	(0,020)
Aldersforskel (ref. ægtefæller har samme alder +/- 2 år)				
Mere end 2 år yngre end ægtefælle	-0,034	(0,042)	-0,032	(0,042)
Mere end 2 år ældre end ægtefælle	0,011	(0,015)	0,011	(0,015)
Boligområde (ref. storbyområde)				
Byområde (5.000-50.000 indbyggere)	-0,004	(0,018)	-0,004	(0,018)
Landområde (<5.000 indbyggere)	0,005	(0,019)	0,006	(0,019)
Højeste fuldførte uddannelse (ref. grundskole eller gymnasial uddannelse)				
Erhvervsfaglig	0,017	(0,017)	0,017	(0,017)
Videregående	0,043	(0,019)	0,042	(0,019)
Ingen uddannelsesoplysninger	0,120	(0,054)	0,121	(0,054)
Population (ref. 2002-2007)				
Population 2007-2012	-0,068	(0,019)	-0,068	(0,019)
God førlighed tidspunkt T	0,436	(0,032)	0,435	(0,032)
Konstant	0,540	(0,045)	0,542	(0,045)
N	2.504		2.504	

Note: Boligområde, uddannelse og god førlighed er målt i udgangsår (T). Resultater markeret med **fed** angiver signifikante forskelle på 5 %-niveau. Ordinary Least Square(OLS) model, hvor der er korrigeret for cluster-robuste standardfejl på individniveau.

Kilde: Ældredatabasen og registeroplysninger

Af tabel 4.3 ses, at der for mænd ikke er nogen signifikant sammenhæng mellem enkestand og at fastholde en god førlighed, når vi kontrollerer for førligheden fem år tidligere og demografiske og socioøkonomiske karakteristika. Som ved selvvurderet helbred spiller alder og uddannelse en rolle for ens førlighed. Forskel i ægtefællers alder viser heller ikke sammenhæng med at fastholde en god førlighed.

For kvinder finder vi heller ikke nogen signifikant sammenhæng mellem enkestand og det at fastholde en god førlighed, jf. Tabel 4.4.

Tabel 4.4 Sandsynlighed for at have god førlighed ved opfølgning (T+5), kvinder

	(1)		(2)	
	Koefficient	Standard-afvigelse	Koefficient	Standard-afvigelse
Enkestand (ref. gifte)				
Enkestand 0-4 år siden	-0,015	(0,027)		
Enkestand 0-2 år siden			-0,014	(0,033)
Enkestand 3-4 år siden			-0,016	(0,042)
Fødselsår (ref. født 1945)				
1920	-0,406	(0,100)	-0,406	(0,100)
1925	-0,300	(0,048)	-0,300	(0,048)
1930	-0,248	(0,036)	-0,248	(0,036)
1935	-0,154	(0,029)	-0,154	(0,029)
1940	-0,044	(0,023)	-0,044	(0,023)
Aldersforskel (ref. ægtefæller har samme alder +/- 2 år)				
Mere end 2 år yngre end ægtefælle	0,020	(0,017)	0,020	(0,017)
Mere end 2 år ældre end ægtefælle	0,020	(0,032)	0,020	(0,032)
Boligområde (ref. storbyområde)				
Byområde (5.000-50.000 indbyggere)	0,002	(0,021)	0,002	(0,021)
Landområde (<5.000 indbyggere)	0,006	(0,023)	0,006	(0,023)
Højeste fuldførte uddannelse (ref. grundskole eller gymnasial uddannelse)				
Erhvervsfaglig	0,046	(0,019)	0,046	(0,019)
Videregående	0,066	(0,022)	0,066	(0,022)
Ingen uddannelsesoplysninger	0,018	(0,088)	0,018	(0,088)
Population (ref. 2002-2007)				
Population 2007-2012	-0,074	(0,021)	-0,074	(0,021)
God førlighed tidspunkt T	0,454	(0,028)	0,454	(0,028)
Konstant	0,460	(0,044)	0,460	(0,044)
N	2.163		2.163	

Note: Boligområde, uddannelse og god førlighed er målt i udgangsår (T). Resultater markeret med **fed** angiver signifikante forskelle på 5 %-niveau. Ordinary Least Square (OLS) model, hvor der er korrigeret for cluster-robuste standardfejl på individniveau.

Kilde: Ældredatabasen og registerdata

Der er sammenhæng mellem alder og sandsynligheden for at fastholde en god førlighed, og kvinder med en erhvervsfaglig eller en videregående uddannelse har større sandsynlighed for at fastholde en god førlighed end kvinder uden uddannelse ud over folkeskole eller gymnasium.

4.2 Brug af serviceydelser relateret til somatisk helbred og funktionsevne

Brug af sociale og sundhedsmæssige ydelser i forbindelse med en overgang til enkestand kan tænkes at knytte sig til ændringer i den overlevendes helbred som følge af ægtefællens død. Den afdøde ægtefælle kan imidlertid også have udgjort en ressource i husstanden (med mindre sygdom har forhindret det). Når denne ressource falder væk ved dødsfaldet, kan dette betyde en øget sandsynlighed for behov for hjælp til praktiske opgaver i husholdningen eller personlig pleje og for kontakt med sundhedsvæsenet. Brug af sociale og sundhedsmæssige ydelser kan endvidere være et resultat af psykisk mistro, som den tilbageværende ægtefælle oplever.

Et øget forbrug af sundhedsydelser er altså ikke nødvendigvis et udtryk for et dårligere somatisk helbred, men kan være et udtryk for, at en nedgang i sociale og psykiske ressourcer har ført til en øget efterspørgsel efter disse ydelser.

Som nævnt ovenfor viser tidligere litteratur forskellig evidens for, om enkestand har en væsentlig selvstændig betydning for efterlades fysiske helbred og funktionsevne. I afsnit 4.1 fandt vi ingen sammenhæng mellem enkestand og selv vurderet helbred og funktionsevne i daglige aktiviteter. Det er derfor ikke umiddelbart klart, hvorvidt vores resultater vil afvige fra tidligere litteratur, som ser på, om enkestand har en væsentlig betydning for omfanget af *ydelser i sundhedsvæsenet*. Laditka & Laditka (2003) rapporterer en øget risiko for sygehusindlæggelse blandt enker inden for 30 dage efter enkestand. Risikoen for at blive indlagt på sygehus er imidlertid ifølge studiet ikke højere for kvinder, der har været enker i mere end to år, end for fortsat gifte kvinder. Også andre studier peger på et øget forbrug af sundhedsydelser blandt enker/enkemænd (Guldin 2012, Rolden et al. 2014, Stroebe et al. 2007, Tudiver et al. 1995). Prigerson et al. (2000) finder, at enker/enkemænd har flere lægebesøg end gifte, men ikke et større antal indlæggelser på sygehus. Der er imidlertid også studier, som ikke finder en signifikant sammenhæng mellem enkestand og forbruget af sundhedsydelser (Wolinsky & Johnson 1992). Mu et al. (2015) finder, at enlige oftere bliver indlagt på sygehus end gifte. Denne sammenhæng er dog alene signifikant for fraskilte og ikke for personer i enkestand og personer, der altid har boet alene.

Det er velkendt, at enlige hyppigere end samboende modtager *praktisk bistand eller personlig pleje i hjemmet* (Blomgren et al. 2008, Boniface & Denham 1997, Bowling et al. 1993, Hallberg & Lagergren 2009, Hansen 2013, Hansen 2012, Larsson 2002, Meinow 2008, Stoddart et al. 2002, Wang et al. 1999, Weaver et al. 2009). Et britisk studie finder, at enkestand er forbundet med øget hjælp fra børn, men ikke offentlig hjælp og pleje – det vil sige brug af sundhedsplejersker, hjemmesygepleje, hjemmehjælp eller madservice (Glaser et al. 2008). Et nyligt dansk studie viser, at der er en forøget sandsynlighed for at modtage praktisk hjælp eller personlig pleje, hvis man er blevet enke eller enkemand inden for det seneste år (Hansen et al. 2013). Et andet nyere dansk studie (Fredslund & Rasmussen 2015) har imidlertid vist, at de samlede udgifter til praktisk bistand og personlig pleje er større for enlige end samboende, men mindre for borgere, som er blevet enke/enkemand året før. Dette kunne tyde på, at bortfaldet af de ressourcer, som den afdøde ægtefælle har bidraget med i husstanden, først og fremmest giver et behov for praktisk hjælp, men at behovet for den mere udgiftskrævende personlige pleje ikke øges i den første tid efter ægtefællens død.

4.2.1 Brug af sundhedsydelser

I dette afsnit analyserer vi forskel mellem enker/enkemænd og gifte med hensyn til indlæggelser på sygehus, kontakter med almen læge (praktiserende læge og vagtlæge) og kontakter med speciallæge. Kontakter til almen læge omfatter konsultationer i praksis, telefon- og e-mailkonsultationer samt besøg i hjemmet. Kontakter til speciallæge inkluderer følgende specialer: anæstesiologi, diagnostisk radiologi, dermato-venerologi, reumatologi, gynækologi/obstetrik, intern medicin, neuromedicin kirurgi, øjenlægehjælp, ortopædisk kirurgi, ørelægehjælp, patologi, plastikkirurgi og tropemedicin.

Tabel 4.5 viser forbruget af sundhedsydelser, dvs. sygehusindlæggelser for somatiske lidelser samt kontakter til almen læge og speciallæge for ægtepar, som var gift i 2007, hvoraf en gruppe overgår til enkestand i perioden frem til 2012.

Tabel 4.5 Enkestand og brug af sundhedsydelser, somatiske. Andel indlagte og gennemsnitligt antal lægekontakter, 2012

	Mænd			Kvinder		
	Enkemænd	Gifte	Alle	Enker	Gifte	Alle
Har været indlagt på sygehuset i 2012, somatiske (%)	40	35	35	38	32	33
Antal lægekontakter						
Antal kontakter med praktiserende læge og vagtlæge	13,7	10,5	10,7	14,1	11,0	11,4
Antal kontakter med speciallæge (undt. Psykolog og psykiater)	1,4	1,4	1,4	1,5	1,5	1,5
Antal observationer	3.135	59.284	62.419	7.245	47.441	54.686

Note: Udvalgte fødselsårgange af hele befolkningen. Indlæggelser på sygehus inkluderer ambulante indlæggelser. Kontakter til speciallæge inkluderer følgende specialer: anæstesiologi, diagnostisk radiologi, dermato-venerologi, reumatologi, gynækologi/obstetrik, intern medicin, neuromedicin kirurgi, øjenlægehjælp, ortopædisk kirurgi, ørelægehjælp, patologi, plastikkirurgi og tropemedicin.

Kilde: Registeroplysninger

Både for mænd og kvinder er der en større andel blandt enker og enkemænd, der har været indlagt på et sygehus med en somatisk lidelse i forhold til blandt gifte mænd og kvinder. Mens der blandt enkemænd og enker er henholdsvis 40 og 38 %, der har været indlagt på et sygehus, er det blandt gifte mænd og kvinder henholdsvis 35 og 32 %. Når vi ser på kontakter med almen praktiserende læge og vagtlæge, har enkemænd og enker i gennemsnit cirka tre kontakter flere om året end gifte. Derimod er antallet af kontakter med speciallæge (psykolog og psykiater undtaget) stort set det samme for enker/enkemænd og gifte.

I Tabel 4.6 og Tabel 4.7 har vi vist forskellen i brug af sundhedsydelser mellem enker/enkemænd og gifte, når der er kontrolleret for en række karakteristika inklusive tidligere forbrug af disse sundhedsydelser.

Tabel 4.6 Brug af sundhedsydelser, somatiske, i 2012, mænd

	Somatisk sygehus (sandsynlighed for mindst én indlæggelse i 2012)		Antal kontakter med almen læge		Antal kontakter med speciallæge	
	Koefficient	Standard- afvigelse	Koefficient	Standard- afvigelse	Koefficient	Standard- afvigelse
Enkestand (ref. gifte)						
Enkestand, samme år	-0,004	(0,020)	1,817	(0,364)	-0,098	(0,114)
Enkestand, 1 år siden	0,036	(0,019)	2,101	(0,347)	-0,310	(0,109)
Enkestand, 2 år siden	0,032	(0,018)	1,602	(0,338)	-0,001	(0,106)
Enkestand, 3 år siden	0,008	(0,019)	0,930	(0,343)	-0,031	(0,107)
Enkestand, 4 år siden	0,013	(0,019)	0,396	(0,353)	-0,373	(0,111)
Fødselsår (ref. 1945)						
1925	0,136	(0,009)	3,888	(0,175)	0,518	(0,054)
1930	0,117	(0,007)	3,201	(0,124)	0,547	(0,039)
1935	0,087	(0,005)	2,523	(0,100)	0,406	(0,031)
1940	0,036	(0,005)	1,004	(0,087)	0,254	(0,027)
Aldersforskel (ref. ægtefæller har samme alder +/- 2 år)						
Mere end 2 år yngre end ægte- fælle	0,005	(0,009)	0,147	(0,162)	-0,030	(0,051)
Mere end 2 år ældre end ægte- fælle	0,001	(0,004)	-0,056	(0,072)	-0,013	(0,023)
Byområde (ref. storbyområde)						
Landområde (<5.000 indbyggere)	-0,013	(0,005)	-0,115	(0,089)	-0,326	(0,028)
Byområde (5.000-50.000 indbyg- gere)	-0,004	(0,005)	0,160	(0,095)	-0,020	(0,030)
Højeste fuldførte uddannelse (ref. grundskole eller gymnasial uddan- nelse)						
Erhvervsfaglig	-0,005	(0,004)	-0,178	(0,081)	0,105	(0,025)
Videregående	-0,016	(0,005)	-0,730	(0,097)	0,216	(0,030)
Ingen uddannelsesoplysninger	0,006	(0,016)	0,045	(0,295)	0,160	(0,092)
Indlagt på somatisk sygehus i år T	0,111	(0,004)				
Antal kontakter med almen læge år T			0,578	(0,004)		
Antal kontakter med speciallæge år T					0,296	(0,004)
Konstant	0,289	(0,006)	5,136	(0,114)	0,935	(0,035)
N	62.419		62.419		62.419	

Note: Boligområde, uddannelse og brug af sundhedsydelser er målt i udgangsåret (2007). Indlæggelser på somatisk sygehus inkluderer ambulante indlæggelser. Kontakter til speciallæge inkluderer følgende specialer: anæstesiologi, diagnostisk radiologi, dermato-venerologi, reumatologi, gynækologi/obstetrik, intern medicin, neuromedicin kirurgi, øjenlægehjælp, ortopædisk kirurgi, ørelægehjælp, patologi, plastikkirurgi og tropemedicin. Ordinary Least Square (OLS) model. Resultater markeret med **fed** angiver signifikante forskelle på 5 %-niveau. Koefficienterne for enkestand angiver gennemsnitlige forskelle mellem gifte og enkemænd i henholdsvis samme år (år 2012), et år siden, to år siden osv. Koefficienten for enkestand, samme år, i 2. kolonne angiver således, at mænd, der blev enkemænd i 2012, i gennemsnit havde 1,8 flere kontakter med almen læge i 2012, i forhold til gifte mænd med samme alder, uddannelse og gennemsnitlig antal kontakter til almen læge (målt i 2007).

Kilde: Registerdata

Om end det ser ud til, at der er en tendens til, at enkemænd har større sandsynlighed end gifte mænd for at blive indlagt på et sygehus for en somatisk lidelse, er parameterestimerne ikke signifikante på 5 %-niveau. Derimod er der en klar tendens til, at enkemænd har flere kontakter med almen læge (inklusive vagtlæge) end gifte, og det forekommer i op til tre år efter ægtefællens død. Forskellen i antallet af lægekontakter er størst et år efter enkestanden og falder derefter frem til fire år efter enkestanden. Fire år efter enkestanden er forskellen mellem enkemænd og gifte ikke signifikant.

Når vi kontrollerer for en række baggrundskarakteristika har enkemænd signifikant færre kontakter med speciallæge end gifte mænd et år og fire år efter enkestanden. Vi har også beregnet sandsynligheden for at have mindst et besøg hos en speciallæge blandt mænd (resultaterne er ikke vist i tabellen), og her finder vi også en signifikant og negativ sammenhæng mellem det at have mindst én kontakt til en speciallæge og de forskellige indikatorer for tid siden enkestand. Dog er indikatoren, der angiver, at man blev enke for tre år siden ikke signifikant forskellig fra nul. Det lader altså til, at enkemænd går mindre hyppigt til speciallæge end gifte.

Fordelingen af antallet af kontakter med almen læge og speciallæge er i sagens natur ikke normalfordelt, da der ikke er nogen med negative kontaktværdier og en betydelig del med nul besøg (derefter fordeler kontakterne sig nogenlunde fint efter en normalfordeling). Antagelsen om normalfordeling skal være opfyldt for at benytte OLS-metoden. Vi har derfor testet resultaterne, der beregner forskelle mellem enkemænd og gifte i forhold til kontakter til almenlæge (inklusive vagtlæge) og speciallæge for mænd med andre statistiske modeller. Resultaterne fra disse andre modeller giver stort set de samme resultater som OLS-modellen¹.

Analysen for mænd i tabel 4.6 viser endvidere, at sandsynligheden for at blive indlagt på sygehus samt antal kontakter med almen læge og speciallæge stiger med alderen. Mænd i landområder bliver mindre hyppigt indlagt på sygehus og har færre kontakter med speciallæge. Mænd med en videregående uddannelse har mindre sandsynlighed for at blive indlagt på sygehus end mænd uden uddannelse ud over folkeskole eller gymnasium. Mænd med en uddannelse ud over folkeskole eller gymnasium har færre kontakter med almen læge end ældre uden en sådan uddannelse. Til gengæld har mænd med en uddannelse ud over folkeskole eller gymnasium flere kontakter til speciallæge end mænd uden en sådan uddannelse.

Af Tabel 4.7 ses det, at enker oftere bliver indlagt på et sygehus for en somatisk lidelse end gifte kvinder, og det synes især at forekomme et til to år efter ægtefællens død.

¹ Modellerne, som beregner sammenhængen mellem enkestand og antallet af kontakter til almenlæge (inkl. vagtlæge) og speciallæge, som er vist i tabel 4.6 er testet med en negbin model og en zero inflated negbin og en zero inflated poisson model (Jones et al., 2007). Generelt bliver parameterestimerne en smule mindre i disse sidstnævnte modeller, men de parameterestimer, som er signifikant forskellige fra nul i OLS-modellen er også signifikant forskellige fra nul i de andre statistiske modeller.

Tabel 4.7 Brug af sundhedsydelse, somatiske, i 2012, kvinder

	Somatisk sygehus (sandsynlighed for mindst én indlæg- gelse i 2012)		Antal kontakter med almen læge		Antal kontakter med speciallæge	
	Koefficient	Standard- afvigelse	Koefficient	Standard- afvigelse	Koefficient	Standard- afvigelse
Enkestand (ref. gifte)						
Enkestand, samme år	0,024	(0,014)	2,115	(0,258)	-0,121	(0,079)
Enkestand, 1 år siden	0,026	(0,012)	0,912	(0,222)	0,035	(0,068)
Enkestand, 2 år siden	0,036	(0,012)	1,042	(0,226)	-0,011	(0,069)
Enkestand, 3 år siden	0,017	(0,012)	0,875	(0,226)	-0,073	(0,069)
Enkestand, 4 år siden	0,012	(0,013)	0,488	(0,234)	-0,113	(0,072)
Fødselsår (ref. 1945)						
1925	0,116	(0,011)	3,703	(0,207)	0,091	(0,064)
1930	0,109	(0,008)	3,246	(0,141)	0,353	(0,043)
1935	0,084	(0,006)	2,506	(0,108)	0,290	(0,033)
1940	0,036	(0,005)	1,218	(0,091)	0,194	(0,028)
Aldersforskel (ref. ægtefæller har samme alder +/- 2 år)						
Mere end 2 år yngre end ægtefælle	-0,006	(0,004)	0,061	(0,078)	-0,052	(0,024)
Mere end 2 år ældre end ægtefælle	0,022	(0,007)	0,469	(0,131)	0,013	(0,040)
Boligområde (ref. storbyområde)						
Landområde (<5.000 indbyggere)	-0,016	(0,005)	-0,177	(0,094)	-0,466	(0,029)
Byområde (5.000-50.000 indbyggere)	-0,007	(0,005)	0,105	(0,099)	-0,158	(0,031)
Højeste fuldførte uddannelse (ref. grundskole eller gymnasial uddan- nelse)						
Erhvervsfaglig	-0,010	(0,005)	-0,359	(0,084)	0,176	(0,026)
Videregående	-0,009	(0,006)	-0,745	(0,107)	0,291	(0,033)
Ingen uddannelsesoplysninger	-0,032	(0,020)	0,182	(0,372)	0,268	(0,114)
Indlagt på somatisk sygehus år T	0,129	(0,005)				
Antal kontakter med almen læge år T			0,602	(0,004)		
Antal kontakter med speciallæge år T					0,261	(0,004)
Konstant	0,271	(0,006)	4,829	(0,115)	1,233	(0,034)
N	54.686		54.686		54.686	

Note: Boligområde, uddannelse og brug af sundhedsydelse er målt i 2007. Indlæggelser på somatisk sygehus inkluderer ambulante indlæggelser. Kontakter til speciallæge inkluderer følgende specialer: anæstesiologi, diagnostisk radiologi, dermato-venerologi, reumatologi, gynækologi/obstetrik, intern medicin, neuromedicin kirurgi, øjenlægehjælp, ortopædisk kirurgi, ørelægehjælp, patologi, plastikkirurgi og tropemedicin. Ordinary Least Square (OLS) model. Resultater markeret med **fed** angiver signifikante forskelle på 5 %-niveau. Koefficienterne for enkestand angiver gennemsnitlige forskelle mellem gifte og enker i henholdsvis samme år (år 2012), et år siden, to år siden osv. Koefficienten for enkestand, samme år, i 2. kolonne angiver således, at kvinder, der blev enker i 2012, i gennemsnit havde 2,1 flere kontakter med almen læge i 2012, i forhold til gifte kvinder med samme alder, aldersforskel til ægtefælle, uddannelse og gennemsnitlig antal kontakter til almen læge (målt i 2007). Da sandsynligheden for at have været indlagt på et somatisk hospital mindst én gang i 2012 er beregnet med en OLS-model, angiver koefficienten for enkestand, samme år, i 1. kolonne således, at kvinder, der blev enker i 2012, i gennemsnit havde 2,4 procentpoint højere sandsynlighed for at have været indlagt på et hospital for en somatisk lidelse. Denne forskel er dog ikke signifikant forskellig fra nul.

Kilde: Registerdata

Enker har hyppigere kontakt med alment praktiserende læge end gifte kvinder. Det gør sig gældende i op til fire år efter ægtefællens død, men det er særligt udtalt i samme år som dødsfaldet. Her har enker 2,1 flere kontakter med almen læge end gifte kvinder. Af tabel 4.7 ses, at selvom de fleste af parameterestimaterne, der angiver sammenhængen mellem enkestatus og kontakter til speciallæge, er negative, så kan vi ikke ud fra denne model konkludere, at enker har mindre kontakt med speciallæge end gifte kvinder. Alle parameterestimater, undtagen den der angiver samme år for enkestand, er dog negative og signifikant forskellige fra nul, når vi beregner sandsynligheden for at have mindst én kontakt til speciallæge i løbet af året (disse resultater er ikke vist i tabellen).

Som for mænd gælder også for kvinder, at fordelingen af kontakter til almen læge og speciallæge er skæve, da der ikke er nogen der kan have et negativt antal kontakter, og der er mange, der har nul kontakter. Antagelserne bag OLS-modellen er altså ikke opfyldt, og vi har derfor testet sammenhængen mellem enkestand og antal kontakter til almen læge og speciallæge med andre statistiske modeller. Resultaterne fra de foretrukne modeller er ikke forskellige fra de resultater, som vi finder med OLS-modellen.

Blandt kvinder stiger sandsynligheden for at have været indlagt på sygehus med alderen. Dette gør sig også gældende for antal kontakter med almen læge og speciallæge. Endvidere har kvinder, der er/var mere end to år ældre end deres ægtefælle, større sandsynlighed for at blive indlagt, og har flere kontakter med alment praktiserende læge end kvinder, hvis ægtefælle var/er stort set jævnaldrende. Kvinder, der er/var mere end to år yngre end deres ægtefælle, har færre kontakter med speciallæge end øvrige kvinder. Kvinder, der bor i landområde, har mindre sandsynlighed for at blive indlagt på sygehus end kvinder i storbyområde, mens kvinder, der ikke bor i storbyområde, har færre kontakter med speciallæge end kvinder, der bor i storbyområde.

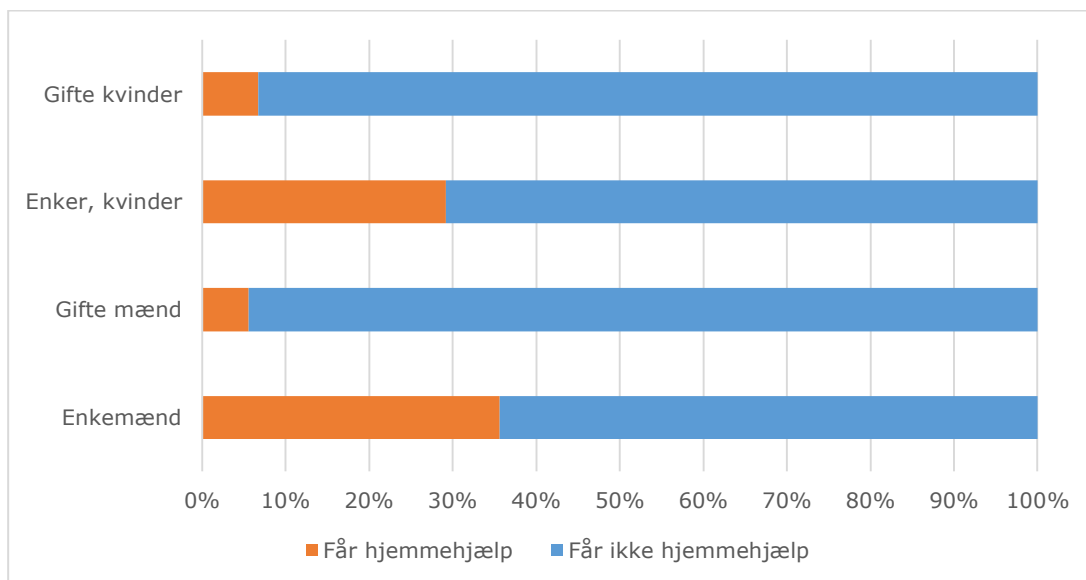
4.2.2 Brug af hjemmehjælp

I det følgende analyserer vi brug af hjemmehjælp (praktisk hjælp eller personlig pleje) blandt gifte og enker/enkemænd. Information om hjemmehjælp kommer fra Ældredatabasen². Her er der blevet spurgt til, om personen får hjemmehjælp, og hvor mange gange om ugen. Personer, der bor i plejebolig er ikke blevet stillet spørgsmålet om hjemmehjælp, ligesom personer i beskæftigelse ikke er blevet stillet dette spørgsmål. I de nedenstående analyser kategoriserer vi personer, der bor i plejebolig, som personer, der får hjælp, mens vi kategoriserer personer, der er i beskæftigelse som ikke at få hjælp. Alle de nedenstående analyser af hjemmehjælp er også fortaget på den gruppe af mænd og kvinder, som rent faktisk er blevet stillet spørgsmålet, dvs. hvor vi udelukker personer, der bor i plejebolig og personer i beskæftigelse. Resultaterne af disse analyser, hvor vi udelukkende medtager de personer, som er blevet stillet spørgsmålene om hjemmehjælp, er ikke forskellige fra de sammenhænge, vi finder i de nedenstående resultater for hjemmehjælp, hvor vi ser på hele stikprøven (inklusive personer i plejebolig og i beskæftigelse).

Figur 4.3 viser, om henholdsvis gifte og enker/enkemænd havde hjemmehjælp i opfølgingsåret (T+5).

² Der er anvendt information fra Ældredatabasen, da oplysningerne om hjemmehjælp i Danmarks Statistiks registre er mangelfulde for den periode, der indgår i analyserne.

Figur 4.3 Enkestand og brug af hjemmehjælp i opfølgingsår (T+5)



Note: Antal observationer er 2.532 mænd og 2.189 kvinder.

Kilde: Ældredatabasen

Der er en betydelig større andel blandt enker og enkemænd end blandt gifte, som får hjemmehjælp, og der er flere enkemænd end enker, der får hjemmehjælp. Blandt enkemænd og enker er der henholdsvis 36 og 29 %, der får hjemmehjælp, mens der blandt gifte mænd og kvinder er henholdsvis 6 og 7 %, der får hjemmehjælp.

De betydelige forskelle i brug af hjemmehjælp mellem enker/enkemænd og gifte opretholdes, når vi kontrollerer for en række karakteristika inklusive forbrug af hjemmehjælp i udgangsåret. I Tabel 4.8 ses det, at sandsynligheden for at få hjemmehjælp er ca. 17 procentpoint højere blandt enkemænd end blandt gifte mænd.

Tabel 4.8 Sandsynlighed for at modtage hjemmehjælp i opfølgingsåret (T+5), mænd

	(1)		(2)	
	Koefficient	Standard-afvigelse	Koefficient	Standard-afvigelse
Enkestand (ref. gifte)				
Enkestand 0-4 år siden	0,171	(0,042)		
Enkestand 0-2 år siden			0,152	(0,052)
Enkestand 3-4 år siden			0,206	(0,070)
Fødselsår (ref. født 1945)				
1920	0,280	(0,072)	0,281	(0,072)
1925	0,196	(0,031)	0,197	(0,031)
1930	0,116	(0,020)	0,116	(0,020)
1935	0,038	(0,011)	0,038	(0,011)
1940	0,020	(0,009)	0,020	(0,009)
Aldersforskel (ref. ægtefæller har samme alder +/- 2 år)				
Mere end 2 år yngre end ægtefælle	0,031	(0,027)	0,030	(0,027)
Mere end 2 år ældre end ægtefælle	-0,011	(0,009)	-0,010	(0,009)
Boligområde (ref. storbyområde)				
Byområde (5.000-50.000 indbyggere)	-0,007	(0,012)	-0,007	(0,012)
Landområde (<5.000 indbyggere)	-0,020	(0,012)	-0,020	(0,012)
Højeste fuldførte uddannelse (ref. grundskole eller gymnasial uddannelse)				
Erhvervsfaglig	-0,003	(0,010)	-0,003	(0,010)
Videregående	-0,005	(0,012)	-0,004	(0,012)
Ingen uddannelsesoplysninger	-0,015	(0,036)	-0,015	(0,036)
Population (ref. 2002-2007)				
Population 2007-2012	0,006	(0,011)	0,006	(0,011)
Hjemmehjælp tidspunkt T	0,514	(0,056)	0,513	(0,056)
Konstant	0,009	(0,018)	0,008	(0,018)
N	2.532		2.532	

Note: Boligområde, uddannelse og hjemmehjælp er målt i udgangsåret (T). Ordinary Least Square model (OLS), som er korrigeret for cluster-robuste standardfejl på individniveau. Resultater markeret med **fed** angiver signifikante forskelle på 5 %-niveau. Koefficienterne for enkestand angiver forskelle i sandsynlighed for at modtage hjemmehjælp mellem gifte og enkemænd, der overgik til enkestatus for henholdsvis nul til fire år siden (kolonne 1) og for nul til to år siden og tre til fire år siden (kolonne 2). Koefficienten for enkestand, nul til fire år siden (kolonne 1) angiver således, at mænd, der blev enkemænd nul til fire år før opfølgingsåret, havde 17,1 procentpoint større sandsynlighed for at modtage hjemmehjælp i forhold til gifte mænd med samme alder og brug af hjemmehjælp i udgangsåret.

Kilde: Ældredatabasen og registeroplysninger

Endvidere ses det, at der er en større sandsynlighed for at få hjemmehjælp, jo længere tid siden mændene er blevet enkemænd. Bemærk, at denne forskel er korrigeret for alder. Jo ældre mændene er, jo større sandsynlighed er der for, at de får hjemmehjælp. Endvidere er sandsynligheden for at få hjemmehjælp i opfølgingsåret 51 procentpoint højere, hvis man også fik hjemmehjælp i udgangsåret.

Af Tabel 4.9 fremgår det, at der også blandt kvinder er betydelig forskel på enker og gifte, når vi ser på brug af hjemmehjælp og kontrollerer for en række karakteristika.

Tabel 4.9 Sandsynlighed for at modtage hjemmehjælp i opfølgingsåret (T+5), kvinder

	(1)		(2)	
	Koefficient	Standard-afvigelse	Koefficient	Standard-afvigelse
Enkestand (ref. gifte)				
Enkestand 0-4 år siden	0,067	(0,022)		
Enkestand 0-2 år siden			0,075	(0,028)
Enkestand 3-4 år siden			0,056	(0,031)
Fødselsår (ref. født 1945)				
1920	0,465	(0,074)	0,465	(0,075)
1925	0,262	(0,039)	0,263	(0,039)
1930	0,174	(0,026)	0,175	(0,026)
1935	0,048	(0,016)	0,048	(0,016)
1940	0,018	(0,011)	0,018	(0,011)
Aldersforskel (ref. ægtefæller har samme alder +/- 2 år)				
Mere end 2 år yngre end ægtefælle	0,027	(0,011)	0,027	(0,011)
Mere end 2 år ældre end ægtefælle	0,020	(0,018)	0,020	(0,018)
Boligområde (ref. storbyområde)				
Byområde (5.000-50.000 indbyggere)	-0,003	(0,012)	-0,003	(0,012)
Landområde (<5.000 indbyggere)	0,013	(0,014)	0,013	(0,014)
Højeste fuldførte uddannelse (ref. grundskole eller gymnasial uddannelse)				
Erhvervsfaglig	-0,008	(0,011)	-0,008	(0,011)
Videregående	-0,000	(0,013)	-0,000	(0,013)
Ingen uddannelsesoplysninger	-0,066	(0,045)	-0,065	(0,045)
Population (ref. 2002-2007)				
Population 2007-2012	0,021	(0,014)	0,020	(0,014)
Hjemmehjælp tidspunkt T	0,644	(0,043)	0,645	(0,043)
Konstant	-0,022	(0,020)	-0,022	(0,020)
N	2.189		2.189	

Note: Boligområde, uddannelse og hjemmehjælp er målt i udgangsåret (T). Ordinary Least Square model (OLS), hvor der er korrigeret for cluster-robuste standardfejl på individniveau. Resultater markeret med **fed** angiver signifikante forskelle på 5 %-niveau. Koefficienterne for enkestand angiver forskelle i sandsynlighed for at modtage hjemmehjælp mellem gifte og enker, der overgik til enkestatus for henholdsvis nul til fire år siden (kolonne 1) og for nul til to år siden og tre til fire år siden (kolonne 2). Koefficienten for enkestand, nul til fire år siden (kolonne 1) angiver således, at kvinder, der blev enker nul til fire år før opfølgingsåret, havde 6,7 procentpoint større sandsynlighed for at modtage hjemmehjælp i forhold til gifte kvinder med samme alder, aldersforskel til ægtefælle og brug af hjemmehjælp i udgangsåret.

Kilde: Ældredatabasen og registeroplysninger

Dog, er forskellen mellem enker og gifte kun 7 procentpoint, altså noget lavere end forskellen var blandt mænd. For kvinder er der ikke den store forskel på forbrug af hjemmehjælp afhængig af, hvor længe det er siden, enkestanden indtraf.

Udover at alder er en betydelig faktor til at forklare sandsynligheden for at modtage hjemmehjælp blandt kvinder, har det også betydning, hvorvidt man fik hjemmehjælp i udgangsåret. Hvis man fik hjemmehjælp i udgangsåret, er der stor sandsynlighed for, at man også får det fem år senere. Analysen viser endvidere, at kvinder, der er to år yngre end deres (tidligere) ægtefælle har større sandsynlighed for at få hjemmehjælp end kvinder, der stort set er jævnaldrende med deres (tidligere) ægtefælle.

5 Psykisk velbefindende

I dette kapitel analyserer vi, i hvilken udstrækning overgangen til enkestand har betydning for selvvurderet psykisk velbefindende. Vi analyserer endvidere, om overgangen til enkestand har indflydelse på brugen af sundhedsydelse, som er knyttet til den mentale tilstand, og på brugen af smertestillende medicin og antidepressiv medicin. Endelig analyserer vi i kapitlet konsekvenser i forhold til at opleve ensomhed.

Der er en betydelig litteratur om sammenhæng mellem enkestand og psykisk velbefindende, og de følgende er således alene et udvalg, der repræsenterer tendenser i litteraturen.

Halleröd (2013) beskriver forskellige adfærdsmønstre i forhold til sorg efter en ægtefælles død: *naturlig*, *modstandsdygtig* og *kronisk*. Ved naturlig sorg vil den efterladte normalt rette sig op efter en periode med dyb sorg og depression. Den modstandsdygtige gruppe vil aldrig rigtigt opleve en periode med dyb sorg, mens den kroniske gruppe har store problemer med at komme ud af en sorgtilstand og depression. Ifølge Strohschein et al. (2005) er forskere delt i to grupper. En gruppe har set tabet af ægtefælle som en krisesituation, mens en anden gruppe har set tabet af ægtefælle som en kronisk belastning. I tilfælde af en krisesituation opstår de psykiske reaktioner i umiddelbar tilknytning til ægtefællens død, mens en kronisk tilstand kan være en konsekvens af fx økonomiske vanskeligheder, som følger af ægtefællens død.

På dette grundlag vil vi forvente, at vi i vores analyser vil finde, at risikoen for psykiske problemer eller depression er større blandt enker/enkemænd end blandt gifte, uanset hvor lang tid der er gået, siden enkestandens indtræden. Vi vil imidlertid forvente at finde, at risikoen er størst i en kortere periode efter enkestandens indtræden.

Flere tidligere undersøgelser finder generelt en øget risiko for nedsat *psykisk velbefindende* eller psykiske problemer blandt enker/enkemænd sammenlignet med gifte (Almeida 2014, Bennett 1997, Choi & Vasunilashorn 2013, Delbés 2002, Hewitt et al. 2012, Kamiya et al. 2013, Leigh et al. 2015, Melgar & Rossi 2012, Nielsen & Platz 2008, Paul et al. 2006, Prudovska & Carr 2008). Ben-Zur (2012) rapporterer, at næsten seks år efter tabet af ægtefælle scorer enker/enkemænd stadig lavere på en skala for velbefindende og optimisme end gifte. Det skal bemærkes, at der i nogle tilfælde er tale om tværsnitsstudier, hvor der ikke er kontrolleret for tidligere karakteristika, såsom psykisk velbefindende. O'Connor (2009) rapporterer, at 16 % blandt 60-80-årige, der havde mistet en ægtefælle, opfyldte kriterierne for PTSD (posttraumatisk stress syndrom) 18 måneder efter ægtefællens død, og Guldin (2014), angiver, at kompliceret sorg forekommer blandt 9 % af efterladte. Det vil sige, at de oplever en langvarig sorgreaktion, jf. ovenfor, som ikke aftager af sig selv.

Der er studier, som har påvist, at psykiske problemer især er koncentreret i den første periode efter ægtefællens død (naturlig sorg) (Powers et al. 2014, Stone et al. 2013). Stone et al. (2013) finder, at to til tre år efter ægtefællens død er risikoen for psykisk mistrivsel ikke større for enker/enkemænd end for de, der vedbliver med at være gifte. Forfatterne konkluderer, at det ikke i sig selv er forbundet med psykisk mistrivsel at bo alene. Dette resultat er på linje med resultater hos Strohschein et al. (2005).

Ensomhed kan ses som et aspekt af psykisk velbefindende, og flere studier af konsekvenser af enkestand har fokus på både ensomhed og andre former for psykiske problemer. Der er en betydelig litteratur om sammenhængen mellem enkestand og ensomhed, og de nævnte i det følgende kan derfor ses som eksempler på studier, der belyser emnet.

Der er betydelig evidens for, at enkestand hænger sammen med en øget risiko for ensomhed (fx Beal 2006, Dahlberg et al. 2015, Eloranta et al. 2015, Fereira-Alves et al. 2014, Guiaux 2010, Heikkinen & Kauppinen 2011, Nicolaisen & Thorsen 2014, Nielsen & Platz 2008, Shanas et al. 1968, Victor & Bowling 2012, Victor et al. 2005, Wenger et al. 1996). Guiaux (2010) rapporterer, at virkningen på ensomhedsfølelsen varer ved i flere år (i dette studie varer den i gennemsnit 4½ år) efter enkestandens indtræden.

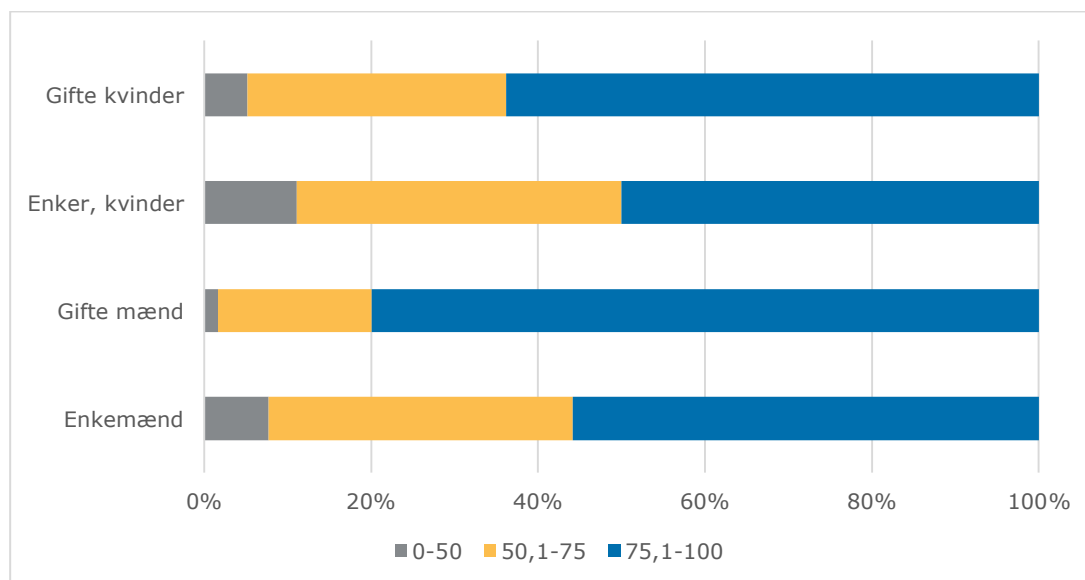
Der kan alt i alt konstateres en større risiko for ensomhed blandt enker/enkemænd, uanset hvor lang tid der er gået siden ægtefællens død. Beal (2006) skriver, at et aspekt ved enkestand er, at man savner det sociale aspekt ved at være et par – at have nogen at følges med og at deltage i sociale begivenheder sammen med.

5.1 Selvvurderet psykisk velbefindende

I vores undersøgelse er svarpersonernes *psykiske velbefindende* fastlagt ud fra fem spørgsmål: Sker det ofte, af og til, sjældent eller aldrig, 1) at du føler dig veloplagt, 2) at du er bange for bestemte ting, 3) at du er bekymret, 4) at du er nedtrykt, og 5) at du føler dig ensom?

Svarene blev tildelt en score på henholdsvis 0, 33, 67 og 100, hvor 100 blev givet for det mest positive svar. Scoren for hvert svar er lagt sammen, og den samlede score er divideret med antallet af spørgsmål, der er svaret på. I analyserne indgår således gennemsnittet af scoren på spørgsmålene om psykisk velbefindende, og jo højere værdi des bedre velbefindende. I Figur 5.1 nedenfor er en score i intervallerne 0-50, 50-75 og 75-100 samlet i tre kategorier.

Figur 5.1 Enkestand og psykisk velbefindende i opfølgingsår (T+5)



Note: Antal observationer er 2.419 mænd og 2.149 kvinder.

Kilde: Ældredatabasen

Det fremgår, at enker og enkemænd scorer betydeligt lavere på indekset for psykisk velbefindende end gifte mænd og kvinder. Blandt enkemænd og enker er det henholdsvis 56 og 50 %, der har en score mellem 75 og 100, mens det blandt gifte mænd og kvinder er henholdsvis 80 og 64 %, der har denne høje score.

Tabel 5.1 viser, i hvilken udstrækning enkestand blandt mænd viser sammenhæng med oplevelsen af psykisk velbefindende, når der er kontrolleret for andre karakteristika inklusive velbefindende, før de blev enkemænd. Ud over de kontrolvariabler, som også er inkluderet i de øvrige afsnit, har vi i analyserne af psykisk velbefindende inkluderet en variabel, der angiver socialt netværk. Antagelsen har været, at et tæt socialt netværk vil kunne dæmpe de negative psykiske reaktioner på ægtefællens død. Variablen angiver, om en person er socialt stærk eller ikke. En person er defineret som social stærk, hvis vedkommende er sammen med sine børn og enten børnebørn, anden familie, venner eller bekendte mindst en gang om ugen.

Tabel 5.1 Psykisk velbefindende (score på skala fra 0-100) i opfølgingsåret (T+5), mænd

	(1)		(2)	
	Koefficient	Standard-afvigelse	Koefficient	Standard-afvigelse
Enkestand (ref. gifte)				
Enkestand 0-4 år siden	-8,762	(1,617)		
Enkestand 0-2 år siden			-9,537	(1,818)
Enkestand 3-4 år siden			-7,406	(2,991)
Fødselsår (ref. født 1945)				
1920	-6,145	(3,300)	-6,134	(3,276)
1925	-1,378	(1,238)	-1,366	(1,237)
1930	-1,714	(0,943)	-1,691	(0,942)
1935	-1,093	(0,787)	-1,090	(0,787)
1940	0,004	(0,714)	0,010	(0,714)
Aldersforskel (ref. ægtefæller har samme alder +/- 2 år)				
Mere end 2 år yngre end ægtefælle	-0,975	(1,234)	-1,011	(1,244)
Mere end 2 år ældre end ægtefælle	0,794	(0,516)	0,809	(0,515)
Boligområde (ref. storbyområde)				
Landområde (<5.000 indbyggere)	1,511	(0,643)	1,514	(0,644)
Byområde (5.000-50.000 indbyggere)	1,592	(0,679)	1,579	(0,679)
Højeste fuldførte uddannelse (ref. grundskole eller gymnasial uddannelse)				
Erhvervsfaglig	0,904	(0,590)	0,913	(0,590)
Videregående	0,361	(0,683)	0,380	(0,683)
Ingen uddannelsesoplysninger	5,156	(2,250)	5,136	(2,246)
Population (ref. 2002-2007)				
Population 2007-2012	-0,255	(0,656)	-0,238	(0,655)
Socialt netværk tidspunkt T (ref. ikke social stærk)				
Social stærk tidspunkt T	0,823	(0,518)	0,825	(0,518)
Psykisk velbefindende tidspunkt T	0,403	(0,028)	0,403	(0,028)
Konstant	49,861	(2,721)	49,834	(2,715)
N	2.491		2.491	

Note: Boligområde og uddannelse, socialt netværk og psykisk velbefindende er målt i udgangsår (T). Ordinary Least Square (OLS) model, hvor der er korrigeret for cluster-robuste standardfejl på individniveau. Resultater markeret med **fed** angiver signifikante forskelle på 5 %-niveau. Koefficienterne for enkestand angiver de gennemsnitlige forskelle i indekset mellem gifte og enkemænd, der overgik til enkestatus for henholdsvis nul til fire år siden (kolonne 1) og for nul til to år siden og tre til fire år siden (kolonne 2). Koefficienten for enkestand, nul til fire år siden (kolonne 1) angiver således, at mænd, der blev enkemænd nul til fire år før opfølgingsåret, i gennemsnit havde en score, der var 8,762 lavere i forhold til gifte mænd med samme alder, uddannelse, socialt netværk og psykiske velbefindende målt i udgangsåret.

Kilde: Ældredatabasen og registerdata

Tabellen viser, at mænd, som inden for en femårsperiode har mistet deres ægtefælle, ved udgangen af perioden har et lavere selvrapporteret psykisk velbefindende end mænd, der har været gift hele perioden (kolonne (1)). Det fremgår endvidere (kolonne (2)), at forskellen gør sig gældende både inden for de første to år efter ægtefællens død og tre til fire år efter. Vi ser således ingen ændring over tid i enkemænds sandsynlighed for i sammenligning med gifte mænd at opleve et godt psykisk velbefindende. Bortset fra psykisk velbefindende i udgangsåret, viser tallene i Tabel 5.1, at alene byområde har en signifikant sammenhæng med psykisk velbefindende. Det lader således til, at det at bo i et by- og landområde i forhold til i storbyområde hænger sammen med et bedre psykisk velbefindende.

Table 5.2 viser sammenhæng mellem enkestand og psykisk velbefindende for kvinder.

Tabel 5.2 Psykisk velbefindende (score på skala fra 0-100) i opfølgingsåret (T+5), kvinder

	(1)		(2)	
	Koefficient	Standard-afvigelse	Koefficient	Standard-afvigelse
Enkestand (ref. gifte)				
Enkestand 0-4 år siden	-4,759	(1,157)		
Enkestand 0-2 år siden			-5,977	(1,451)
Enkestand 3-4 år siden			-2,891	(1,716)
Fødselsår (ref. født 1945)				
1920	-1,926	(3,324)	-1,979	(3,345)
1925	-1,247	(1,641)	-1,362	(1,648)
1930	-0,191	(1,208)	-0,256	(1,203)
1935	-0,911	(1,070)	-0,933	(1,067)
1940	0,816	(0,916)	0,819	(0,916)
Aldersforskel (ref. ægtefæller har samme alder +/- 2 år)				
Mere end 2 år yngre end ægtefælle	0,073	(0,681)	0,073	(0,679)
Mere end 2 år ældre end ægtefælle	1,059	(1,142)	1,035	(1,143)
Boligområde (ref. storbyområde)				
Landområde (<5.000 indbyggere)	3,047	(0,859)	3,060	(0,863)
Byområde (5.000-50.000 indbyggere)	2,178	(0,946)	2,200	(0,949)
Højeste fuldførte uddannelse (ref. grundskole eller gymnasial uddannelse)				
Erhvervsfaglig	-0,344	(0,758)	-0,356	(0,761)
Videregående	-0,788	(0,870)	-0,804	(0,869)
Ingen uddannelsesoplysninger	-0,260	(2,593)	-0,299	(2,586)
Population (ref. 2002-2007)				
Population 2007-2012	-1,673	(0,831)	-1,658	(0,830)
Socialt netværk tidspunkt T (ref. ikke social stærk)				
Social stærk tidspunkt T	1,142	(0,665)	1,119	(0,664)
Psykisk velbefindende tidspunkt T	0,445	(0,026)	0,445	(0,026)
Konstant	42,372	-2,505	42,328	-2,488
N	2.149		2.149	

Note: Boligområde og uddannelse, socialt netværk og psykisk velbefindende er målt i udgangsår (T). Ordinary Least Square (OLS) model, hvor der er korrigeret for cluster-robuste standardfejl på individniveau. Resultater markeret med **fed** angiver signifikante forskelle på 5 %-niveau. Koefficienterne for enkestand angiver de gennemsnitlige forskelle i indekset mellem gifte og enker, der overgik til enkestatus for henholdsvis nul til fire år siden (kolonne 1) og for nul til to år siden og tre til fire år siden (kolonne 2). Koefficienten for enkestand, nul til fire år siden (kolonne 1) angiver således, at kvinder, der blev enker nul til fire år før opfølgingsåret, i gennemsnit havde en score, der var 4,759 lavere i forhold til gifte kvinder med samme alder, uddannelse, socialt netværk og psykiske velbefindende målt i udgangsåret.

Kilde: Ældredatabasen og registerdata

Tabellen viser, at kvinder, som inden for en femårsperiode har mistet deres ægtefælle, ved udgangen af perioden har lavere psykisk velbefindende end kvinder, der har været gift hele perioden (kolonne (1)). Det fremgår endvidere (kolonne (2)), at forskellen mellem enker og gifte gør sig gældende både inden for de første to år efter ægtefællens død og tre til fire år efter (signifikant på 10 % signifikansniveau). Indflydelsen fra ægtefællens død aftager i dette tilfælde tydeligt med årene. Det er for kvinder, ligesom for mænd, forbundet med et bedre psykisk velbefindende at bo i by- eller landområder frem for i storbyen. Hvis vi accepterer et signifikansniveau på 10 %, giver det et bedre psykisk velfindende for kvinder at være socialt stærke i udgangsåret.

Vi har for både mænd og kvinder gennemført analyser (ikke vist), hvor vi har inddraget variable, der kombinerer enkestand med henholdsvis uddannelse, social styrke og deltagelse i aktiviteter med andre i udgangssituationen. Ingen af disse interaktioner viser signifikant sammenhæng med psykisk velbefindende.

5.2 Sundhedsydelse knyttet til psykisk sygdom

Et alternativ til egen angivelse af psykisk velbefindende er at analysere populationens brug af sundhedsydelser, der knytter sig til psykisk sygdom. I Tabel 5.3 er vist indlæggelse på et psykiatrisk sygehus, kontakter med psykolog eller psykiatrisk speciallæge samt andelen, der har indløst en recept på smertestillende medicin og antidepressive lægemidler.

Tabel 5.3 Forbrug af sundhedsydelser knyttet til psykisk sygdom og forbrug af smertestillende midler og antidepressiva i opfølgingsår (T+5)

	Mænd			Kvinder		
	Enkemænd	Gifte	Mænd, samlet	Enker	Gifte	Kvinder, samlet
Har været indlagt på sygehuset for psykisk lidelse (%)	0,7	0,3	0,3	0,6	0,2	0,3
Gennemsnitligt antal kontakter med:						
Psykolog	0,04	0,01	0,01	0,07	0,03	0,03
Psykiater	0,01	0,03	0,03	0,05	0,05	0,05
Forbrug af lægemidler						
Smertestillende (%)	29	20	20	37	26	27
Antidepressiva (%)	27	16	16	39	25	27
Antal observationer	3.135	59.284	62.419	7.245	47.441	54.686

Note: Anatomical Therapeutic Chemical Classification System ATC gruppen af lægemidler, som vi kategoriserer som antidepressiva, er N06A undtaget N06AX12, som er et rygestopmiddel. ATC-gruppen af lægemidler, som vi kategoriserer som smertestillende, er N02A

Kilde: Registerdata

Det er en ganske lille andel af befolkningen, som bliver indlagt på et sygehus for at blive behandlet for en psykisk lidelse. Når vi ser på befolkningen, der er født i de udvalgte årgange, er det kun 0,3 % blandt både mænd og kvinder. Selvom tallene er små, kan vi se, at andelen blandt enker og enkemænd er cirka det dobbelte af andelen blandt gifte. Det fremgår endvidere, at både enker og enkemænd har flere årlige kontakter med en psykolog end gifte. Ser vi på antal kontakter med en psykiater, har enkemænd betydelig færre kontakter end gifte mænd, mens der ikke er nogen forskel på enker og gifte kvinders årlige antal kontakter med en psykiater. Det er dog ret få personer, der har kontakt med psykiater blandt både mænd og kvinder.

Der er fx kun 0,3 % blandt enkemænd og 0,4 % blandt gifte mænd, som har haft kontakt til psykiater i opfølgingsåret (disse tal er ikke vist i tabellen).

Blandt enkemænd og enker er der en langt større andel end blandt gifte, der har indløst en recept på et smertestillende lægemiddel eller et lægemiddel mod depression.³ Blandt enkemænd og enker er der således henholdsvis 29 og 37 %, der har modtaget et smertestillende middel, mens det blandt gifte mænd og kvinder er henholdsvis 20 og 26 %. Når vi ser på forbruget af antidepressive lægemidler, er dette forbrug også betydeligt højere blandt enker og enkemænd end blandt gifte. Blandt enkemænd og enker er der henholdsvis 27 og 39 %, der har taget et antidepressivt lægemiddel, mens disse andele blandt gifte mænd og kvinder er 16 og 25 %. Det højere forbrug af antidepressive lægemidler kan skyldes, at gruppen, der bliver enker og enkemænd, er en særlig sårbar gruppe, som allerede, inden enkestanden indtraf, havde et højere forbrug af antidepressive midler. Det tager vi højde for i de efterfølgende analyser.

5.2.1 Kontakter med psykolog og psykiater

I de efterfølgende tabeller analyserer vi kontakter med psykolog og psykiater samt forbrug af smertestillende medicin og antidepressive lægemidler, når vi inddrager forskellige karakteristika ved populationen.

Tabel 5.4 viser kontakter med psykolog og psykiatrisk speciallæge blandt mænd.

³ ATC-gruppen af lægemidler, som vi kategoriserer som antidepressiva, er N06A undtaget N06AX12, som er et rygestopmiddel. ATC-gruppen af lægemidler, som vi kategoriserer som smertestillende, er N02A

Tabel 5.4 Antal kontakter med psykolog og psykiater i 2012, mænd

	Antal kontakter med psykolog		Antal kontakter med psykiater	
	Koefficient	Standardafvigelse	Koefficient	Standardafvigelse
Enkestand (ref. gifte)				
Enkestand, samme år	0,072	(0,011)	-0,017	(0,024)
Enkestand, 1 år siden	0,099	(0,010)	-0,013	(0,023)
Enkestand, 2 år siden	-0,002	(0,010)	-0,003	(0,022)
Enkestand, 3 år siden	0,002	(0,010)	-0,013	(0,022)
Enkestand, 4 år siden	0,007	(0,010)	0,017	(0,023)
Fødselsår (ref. 1945)				
1925	-0,015	(0,005)	-0,015	(0,011)
1930	-0,013	(0,004)	-0,012	(0,008)
1935	-0,002	(0,003)	-0,002	(0,006)
1940	-0,000	(0,003)	0,000	(0,006)
Aldersforskel (ref. ægtefæller har samme alder +/- 2 år)				
Mere end 2 år yngre end ægtefælle	0,001	(0,005)	-0,005	(0,011)
Mere end 2 år ældre end ægtefælle	0,002	(0,002)	0,003	(0,005)
Boligområde (ref. storbyområde)				
Landområde (<5.000 indbyggere)	-0,000	(0,003)	-0,003	(0,006)
Byområde (5.000-50.000 indbyggere)	-0,001	(0,003)	-0,002	(0,006)
Højeste fuldførte uddannelse (ref. grundskole eller gymnasial uddannelse)				
Erhvervsfaglig	0,003	(0,002)	0,001	(0,005)
Videregående	0,012	(0,003)	0,011	(0,006)
Ingen uddannelsesoplysninger	-0,000	(0,009)	0,007	(0,019)
Kontakter med psykolog år T	0,006	(0,005)		
Kontakter med psykiater år T			0,267	(0,004)
Konstant	0,006	(0,003)	0,019	(0,007)
N	62.419		62.419	

Note: Boligområde, uddannelse samt kontakter med psykolog og psykiater er målt i 2007. Ordinary Least Square (OLS). Resultater markeret med **fed** angiver signifikante forskelle på 5 %-niveau. Koefficienterne for enkestand angiver gennemsnitlige forskelle mellem gifte og enkemænd i henholdsvis samme år (år 2012), et år siden, to år siden osv. Koefficienten for enkestand, samme år, i 1. kolonne angiver således, at mænd, der blev enkemænd i 2012, i gennemsnit havde 0,07 flere kontakter med psykolog i 2012, i forhold til gifte mænd med samme alder, uddannelse og gennemsnitlig antal kontakter til psykolog målt i 2007.

Kilde: Registerdata

Tabellen viser, at enkemænd samme år, de bliver enkemænd, og året efter i gennemsnit har ca. 0,1 flere kontakter med psykolog end gifte mænd. Der er ikke signifikant forskel på antallet af kontakter med psykiater for enkemænd og gifte mænd.

Mænd med en lang videregående uddannelse har flere kontakter med både psykolog og psykiater end mænd med grundskole eller en gymnasial uddannelse. Ældre mænd har færre kontakter med psykolog end yngre mænd, og mænd, der tidligere har gået til psykiater, har flere kontakter med en psykiater.

Tabel 5.5 viser resultatet af analysen af antal kontakter med psykolog og psykiater blandt kvinder, når vi kontrollerer for en række andre karakteristika.

Tabel 5.5 Antal kontakter med psykolog og psykiater i 2012, kvinder

	Antal kontakter med psykolog		Antal kontakter med psykiater	
	Koefficient	Standardafvigelse	Koefficient	Standardafvigelse
Enkestand (ref. gifte)				
Enkestand, samme år	0,103	(0,015)	0,016	(0,023)
Enkestand, 1 år siden	0,086	(0,013)	-0,010	(0,020)
Enkestand, 2 år siden	0,057	(0,013)	0,006	(0,020)
Enkestand, 3 år siden	0,023	(0,013)	0,004	(0,020)
Enkestand, 4 år siden	0,025	(0,013)	-0,014	(0,021)
Fødselsår (ref. 1945)				
1925	-0,051	(0,012)	-0,023	(0,018)
1930	-0,032	(0,008)	-0,026	(0,012)
1935	-0,022	(0,006)	-0,021	(0,010)
1940	-0,005	(0,005)	-0,004	(0,008)
Aldersforskel (ref. ægtefæller har samme alder +/- 2 år)				
Mere end 2 år yngre end ægtefælle	0,005	(0,004)	-0,000	(0,007)
Mere end 2 år ældre end ægtefælle	0,018	(0,008)	0,019	(0,012)
Boligområde (ref. storbyområde)				
Landområde (<5.000 indbyggere)	0,002	(0,005)	-0,016	(0,008)
Byområde (5.000-50.000 indbyggere)	-0,003	(0,006)	-0,007	(0,009)
Højeste fuldførte uddannelse (ref. grundskole eller gymnasial uddannelse)				
Erhvervsfaglig	0,013	(0,005)	0,010	(0,007)
Videregående	0,026	(0,006)	0,021	(0,010)
Ingen uddannelsesoplysninger	-0,027	(0,021)	0,026	(0,033)
Kontakter med psykolog år T	0,082	(0,005)		
Kontakter med psykiater år T			0,300	(0,004)
Konstant	0,019	(0,006)	0,042	(0,010)
N	54.686		54.686	

Note: Boligområde, uddannelse samt kontakter med psykolog og psykiater er målt i 2007. Ordinary Least Square (OLS) model. Resultater markeret med **fed** angiver signifikante forskelle på 5 %-niveau. Koefficienterne for enkestand angiver gennemsnitlige forskelle mellem gifte og enker i henholdsvis samme år (år 2012), et år siden, to år siden osv. Koefficienten for enkestand, samme år, i 1. kolonne angiver således, at kvinder, der blev enker i 2012, i gennemsnit havde 0,1 flere kontakter med psykolog i 2012, i forhold til gifte kvinder med samme alder, aldersforskel til ægtefælle, uddannelse og gennemsnitlig antal kontakter til psykolog i 2007.

Kilde: Registerdata

Enker har et større antal kontakter med psykolog end gifte kvinder, og den højere kontakthyp-pighed gør sig gældende op til to år efter ægtefællens død. Der er ingen forskel på enker og gifte kvinders antal kontakter med psykiater.

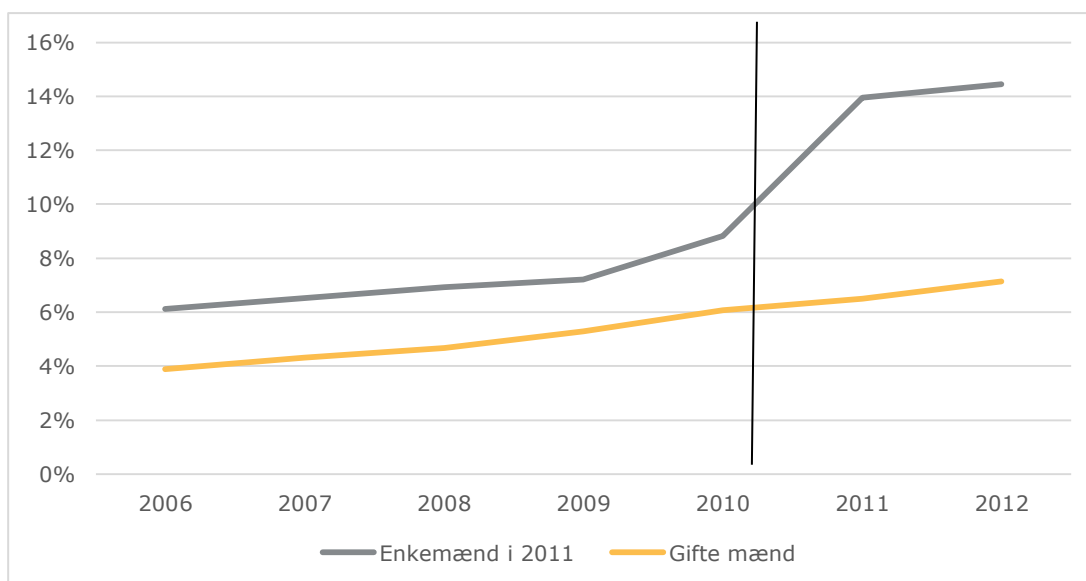
Antal kontakter med psykolog og psykiater aftager med alderen, og kvinder med en videregående uddannelse har flere kontakter med både psykolog og psykiater end kvinder alene med grundskole eller gymnasial uddannelse. Kvinder med en erhvervsfaglig uddannelse har ligeledes flere kontakter med psykolog end kvinder alene med grundskole eller gymnasial uddannelse. Kvinder, der er mere end to år ældre end deres (tidligere) ægtefælle, har flere kontakter med psykolog end kvinder, der er jævnaldrende med deres (tidligere) ægtefælle.

5.2.2 Brug af smertestillende medicin og antidepressive lægemidler

Den samlede gruppe af antidepressiva, som er vist i Tabel 5.3 dækker over mange forskellige produkter. I Figur 5.2 og Figur 5.3 nedenfor ser vi nærmere på udviklingen i antallet af brugere af SSRI-midler (Selective Serotonin Reuptake Inhibitor), da disse midler ofte anvendes i behandling af depression hos ældre mennesker. SSRI er midler mod depression, som tidligere i daglig tale omtales som "lykkepiller". I figureerne sammenligner vi mænd og kvinder, der var gift i hele perioden 2006-2012, med enkemænd og enker, der var gift i 2007 og frem til 2011, hvor de bliver enker/enkemænd (den lodrette, sorte streg i figurene), og ser på deres forbrug af SSRI fra 2006 og frem til 2012. Til disse figurer benytter vi altså et lidt andet datasæt, end vi har beskrevet og benyttet i de tidligere afsnit. Figureerne er baseret på registerdata og på tal for hele årgangen af mænd og kvinder, der er født fra 1930-1935. Ved at tage alle årgange født i denne periode, får vi et tilstrækkeligt stort antal personer til, at vi kan tegne meningsfulde figurer, der angiver ændringer i forbruget af SSRI fra år til år. Samtidig ser vi på en gruppe, hvor der er et relativt lille aldersspænd, hvilket gør, at grafen for enker/enkemænd og gifte bliver mere sammenlignelige og ikke udelukkende kan forklares af en aldersforskel mellem de to grupper.

Ser vi først på udvikling i forbruget af SSRI-midler blandt mænd (Figur 5.2) ses det, at andelen, der forbruger SSRI blandt enkemænd, er 2 procentpoint højere fem år, før enkestanden indtræffer i forhold til gifte mænd. Cirka 6 % blandt de, der bliver enkemænd i 2011 og 4 % blandt gifte mænd, modtager således i 2006 et SSRI-middel. Frem til 2009 er udviklingen i forbruget af SSRI for enkemænd og gifte mænd nogenlunde ens. I 2010 (året før enkestanden) lader det til, at trenden i forbruget af SSRI brydes en lille smule blandt enkemænd (der er 9 % blandt enkemænd, der modtager et SSRI-middel i 2010), og i 2011 stiger andelen blandt enkemænd, der forbruger SSRI, yderligere og markant op til 14 %. I 2012 lader det umiddelbart til, at den langsomt stigende tendens i andelen af personer, der modtager SSRI, som vi så før 2010, fortsætter for enkemænd. Blandt gifte mænd fortsætter samme trend i brugen af SSRI fra 2006 frem til 2012, hvor der er ca. 7 % blandt gifte mænd, der bruger SSRI.

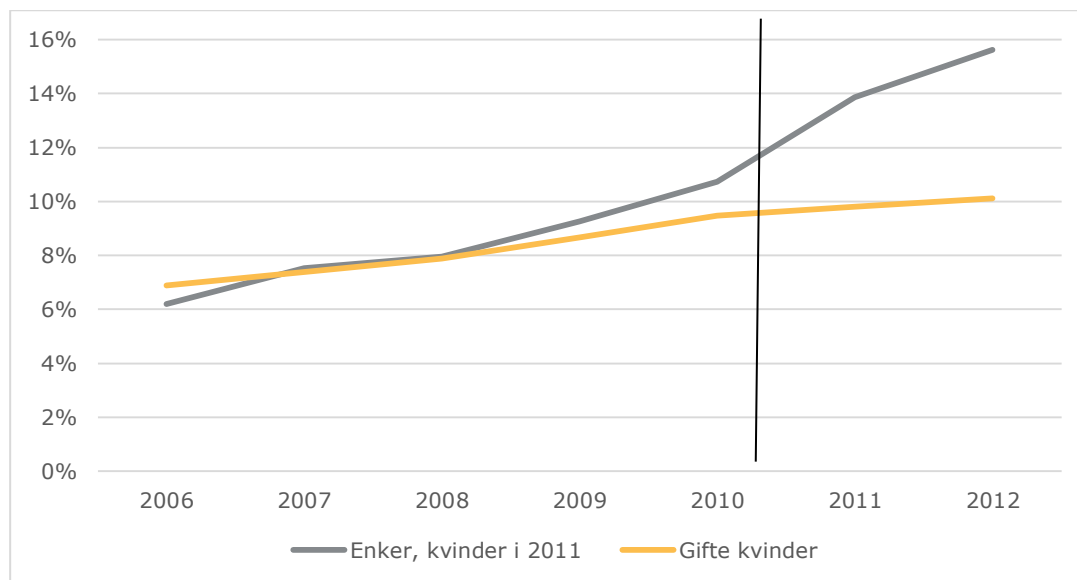
Figur 5.2 Forbrug af SSRI-midler blandt enkemænd (bliver enkemænd i 2011) og gifte mænd 2006-2012



Note: Antal observationer er 51.107 mænd. Den lodrette streg i figuren markerer året, hvor enkestanden indtræder.
Kilde: Registerdata

I Figur 5.3 ses udviklingen i forbruget af SSRI-midler blandt kvinder, der alle var gifte i 2006, men hvor en gruppe overgår til enkestatus i 2011. Fem år før enkestanden indtræffer (i 2006), er der kun meget lille forskel i brugen af SSRI-midler blandt enker og gifte kvinder. Cirka 6-7 % blandt både enker og gifte kvinder modtager SSRI i 2006.

Figur 5.3 Forbrug af SSRI-midler blandt enker (bliver enker i 2011) og gifte kvinder i 2006-2012



Note: Antal observationer er 34.654 kvinder. Den lodrette streg i figuren markerer året, hvor enkestanden indtræder.

Kilde: Registerdata

Andelen af brugere af SSRI-midler stiger derefter jævnt frem til 2010 for både gruppen af gifte kvinder og de kvinder, der året senere bliver enker, hvor stigningen dog er størst blandt sidstnævnte gruppe. I 2010 (året før enkerne mister deres ægtefælle) er der således 11 % blandt de kvinder, som bliver enker i 2011, og 10 % blandt de gifte kvinder, som modtager SSRI-midler. Efter 2011 fortsætter den jævne stigning i antallet af brugere af SSRI blandt gifte kvinder, mens antallet af brugere af SSRI blandt enker stiger til 14 % i 2011 og 16 % i 2012.

Den stigende trend for både mænd og kvinder over tid indikerer, at der er en stigende risiko med alderen for at udvikle depression. Der er også en generel tendens til øget brug af depressionsmidler i denne periode. Derudover lader det altså også til, at der er en klar sammenhæng mellem ægtefællens død og forbrug af SSRI blandt både mænd og kvinder.

I Tabel 5.6 er vist sandsynligheden for at forbruge smertestillende medicin eller et antidepressivt lægemiddel (hvor SSRI-midlerne hører under), når der er taget højde for en række individualspecifikke karakteristika.

Tabel 5.6 Sandsynligheden for at have indløst en recept på henholdsvis et smertestillende middel og et antidepressivt lægemiddel i 2012, mænd

	Antidepressiva		Smertestillende	
	Koefficient	Standard-afvigelse	Koefficient	Standard-afvigelse
Enkestand (ref. gifte)				
Enkestand, samme år	0,169	(0,013)	0,003	(0,015)
Enkestand, 1 år siden	0,116	(0,013)	0,052	(0,015)
Enkestand, 2 år siden	0,066	(0,012)	0,040	(0,014)
Enkestand, 3 år siden	0,024	(0,012)	0,061	(0,015)
Enkestand, 4 år siden	0,045	(0,013)	0,069	(0,015)
Fødselsår (ref. 1945)				
1925	0,075	(0,006)	0,113	(0,007)
1930	0,052	(0,004)	0,087	(0,005)
1935	0,044	(0,004)	0,060	(0,004)
1940	0,020	(0,003)	0,028	(0,004)
Aldersforskel (ref. ægtefæller har samme alder +/- 2 år)				
Mere end 2 år yngre end ægtefælle	-0,001	(0,006)	0,012	(0,007)
Mere end 2 år ældre end ægtefælle	-0,002	(0,003)	-0,003	(0,003)
Byområde (ref. storbyområde)				
Landområde (<5.000 indbyggere)	-0,010	(0,003)	-0,001	(0,004)
Byområde (5.000-50.000 indbyggere)	-0,008	(0,003)	-0,012	(0,004)
Højeste fuldførte uddannelse (ref. grundskole eller gymnasial uddannelse)				
Erhvervsfaglig	0,000	(0,003)	-0,015	(0,003)
Videregående	-0,002	(0,004)	-0,045	(0,004)
Ingen uddannelsesoplysninger	0,011	(0,011)	-0,012	(0,012)
Forbrug af antidepressiva år T	0,563	(0,004)		
Forbrug af smertestillende år T			0,445	(0,004)
Konstant	0,068	(0,004)	0,129	(0,005)
N	62.419		62.419	

Note: Boligområde, uddannelse samt forbrug af antidepressiva og smertestillende er målt i 2007. Ordinary Least Square model (OLS), hvor der er korrigeret for robuste standardfejl. Resultater markeret med **fed** angiver signifikante forskelle på 5 %-niveau. Koefficienterne for enkestand angiver gennemsnitlige forskelle mellem gifte og enkemænd i henholdsvis samme år (år 2012), et år siden, to år siden osv. Koefficienten for enkestand, samme år, i 1. kolonne angiver således, at mænd, der blev enkemænd i 2012, i gennemsnit havde 16,9 procentpoint større sandsynlighed for at modtage et antidepressivt lægemiddel i 2012, i forhold til gifte mænd med samme alder, uddannelse og gennemsnitlig forbrug af antidepressive midler (målt i 2007).

Kilde: Registerdata

Tabellen viser, at i året for ægtefællens død er sandsynligheden for at tage et antidepressivt middel ca. 17 procentpoint større for enkemænd end gifte mænd. I årene efter enkestandens indtræden reduceres denne forskel i sandsynligheden mellem enkemænd og gifte mænd (er insignifikant på et 5 procent signifikansniveau tredje år efter enkestanden). Fire år efter enkestanden har enkemænd 5 procentpoint større sandsynlighed for at tage et antidepressivt lægemiddel end gifte mænd. Enkemænd har ikke større sandsynlighed for at tage smertestillende medicin i året for enkestandens indtræden, men de har en større sandsynlighed for at tage smertestillende medicin i de efterfølgende år efter ægtefællens død. Den større sandsynlighed varierer fra 5 til 7 procentpoint over årene.

Både for smertestillende medicin og antidepressive midler stiger sandsynligheden for at tage medicinen med alderen. Ældre mænd, der bor uden for storbyområde, har mindre sandsynlighed for at tage et antidepressivt lægemiddel end ældre mænd, der bor i storbyområde. Ældre mænd, der bor i et byområde, har mindre sandsynlighed for at tage smertestillende end ældre mænd, der bor i storby. Ældre mænd med en uddannelse ud over grundskole eller gymnasial uddannelse har mindre sandsynlighed for at tage smertestillende medicin end ældre mænd alene med grundskole eller gymnasial uddannelse.

Tabel 5.7 viser sandsynligheden for at have indløst en recept på smertestillende medicin eller antidepressivt middel blandt kvinder.

Tabel 5.7 Sandsynligheden for at have indløst en recept på henholdsvis et smertestillende middel og et antidepressivt lægemiddel i 2012, kvinder

	Antidepressiva		Smertestillende	
	Koefficient	Standard-afvigelse	Koefficient	Standard-afvigelse
Enkestand (ref. gifte)				
Enkestand, samme år	0,162	(0,010)	0,054	(0,012)
Enkestand, 1 år siden	0,098	(0,009)	0,037	(0,010)
Enkestand, 2 år siden	0,062	(0,009)	0,054	(0,010)
Enkestand, 3 år siden	0,064	(0,009)	0,049	(0,010)
Enkestand, 4 år siden	0,056	(0,009)	0,040	(0,011)
Fødselsår (ref. 1945)				
1925	0,084	(0,008)	0,148	(0,009)
1930	0,057	(0,006)	0,115	(0,006)
1935	0,041	(0,004)	0,086	(0,005)
1940	0,022	(0,004)	0,042	(0,004)
Aldersforskel (ref. ægtefæller har samme alder +/- 2 år)				
Mere end 2 år yngre end ægtefælle	-0,004	(0,003)	0,010	(0,004)
Mere ens 2 år ældre end ægtefælle	0,005	(0,005)	0,017	(0,006)
Boligområde (ref. storbyområde)				
Landområde (<5.000 indbyggere)	-0,020	(0,004)	-0,002	(0,004)
Byområde (5.000-50.000 indbyggere)	-0,012	(0,004)	-0,012	(0,005)
Højeste fuldførte uddannelse (ref. grundskole eller gymnasial uddannelse)				
Erhvervsfaglig	-0,011	(0,003)	-0,025	(0,004)
Videregående	-0,015	(0,004)	-0,054	(0,005)
Ingen uddannelsesoplysninger	0,016	(0,015)	-0,025	(0,017)
Forbrug af antidepressiva år T	0,617	(0,003)		
Forbrug af smertestillende år T			0,482	(0,004)
Konstant	0,102	(0,005)	0,144	(0,005)
N	54.686		54.686	

Note: Boligområde, uddannelse samt forbrug af antidepressiva og smertestillende er målt i 2007. Ordinary least square (OLS) model, hvor der er korrigeret for robuste standardfejl. Resultater markeret med **fed** angiver signifikante forskelle på 5 %-niveau. Koefficienterne for enkestand angiver gennemsnitlige forskelle mellem gifte og enker i henholdsvis samme år (år 2012), et år siden, to år siden osv. Koefficienten for enkestand, samme år, i 1. kolonne angiver således, at kvinder, der blev enker i 2012, i gennemsnit havde 16,2 procentpoint større sandsynlighed for at modtage et antidepressivt lægemiddel i 2012, i forhold til gifte kvinder med samme alder, uddannelse og gennemsnitlig forbrug af antidepressive midler (målt i 2007).

Kilde: Registerdata

Sandsynligheden for at have taget et antidepressivt lægemiddel er større blandt enker end blandt gifte kvinder. Forskellen mellem enker og gifte kvinder er meget lig forskellen mellem enkemænd og gifte mænd. I året for enkestandens indtræden har enker således 16 procentpoint større sandsynlighed for at tage et antidepressivt lægemiddel end gifte kvinder. Ligesom for mænd er der for kvinder en tendens til, at forskellen i sandsynligheden for at tage et antidepressivt middel mellem enker og gifte kvinder reduceres jo længere tid, der er gået siden ægtefællens død.

Sandsynligheden for at have fået en recept på smertestillende medicin er større blandt enker end blandt gifte kvinder (ca. 5 procentpoint), og den større sandsynlighed er stort set konstant i alle årene efter ægtefællens død.

Også for kvinder stiger sandsynligheden for at tage smertestillende medicin og et antidepressivt lægemiddel med alderen. Sandsynligheden for at tage et antidepressivt lægemiddel er mindre blandt ældre kvinder i byområde og på landet end i storby, og sandsynligheden for at tage smertestillende medicin er mindre blandt ældre kvinder på landet end blandt ældre kvinder i storby. Endvidere er sandsynligheden for at tage smertestillende medicin og et antidepressivt lægemiddel mindre blandt ældre kvinder, der har en uddannelse ud over grundskole eller gymnasium. Endelig er sandsynligheden for at tage smertestillende medicin blandt ældre kvinder, der er mindst to år ældre eller yngre end (tidligere) ægtefælle, mindre end blandt kvinder, der er jævnaldrende med deres (tidligere) ægtefælle.

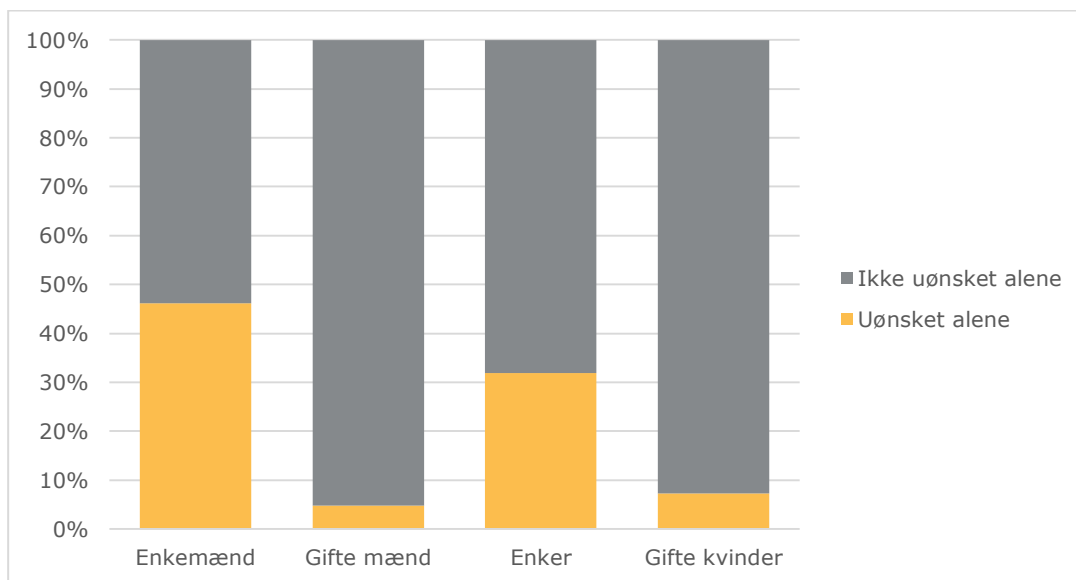
5.3 Ensomhed

Til at belyse ensomhed blandt enker benytter vi følgende spørgsmål fra Ældredatabasen: *"Hvor ofte sker det, at du er alene, selv om du havde mest lyst til at være sammen med andre?"*⁴. Det er altså et spørgsmål om, hvor ofte man er uønsket alene. Respondenterne har kunnet svare "ofte", "af og til", "sjældent" eller "aldrig". Vi har i analyserne antaget, at hvis man har svaret "ofte" eller "af og til", så udgør situationen et problem for personens velbefindende. At være uønsket alene udtrykker, at man (i visse situationer) savner at være sammen med andre mennesker, og det er altså primært et udtryk for fravær af kontakt med andre mennesker. Det er imidlertid ikke synonymt med at føle sig ensom, hvilket er en mere nuanceret og kompleks følelse, der afhænger af mere end omfanget af sociale kontakter. Der er dog et overlap mellem personer, der angiver ofte eller af og til at være uønsket alene, og som føler sig ensomme (Lauritzen et al. 2012).

Figur 5.4 viser, at enker og enkemænd i langt højere grad angiver, at de er uønsket alene, og at enkemænd i højere grad end enker angiver, at de er uønsket alene. Vi finder således, at 46 % og 32 % blandt henholdsvis enkemænd og enker angiver, at de ofte eller af og til er uønsket alene. Blandt gifte er der derimod en lidt mindre andel mænd end kvinder, som angiver, at de er uønsket alene. Mens der blandt gifte mænd er 5 %, der angiver, at de er uønsket alene, er dette tal for kvinder 7 %.

⁴ Der indgår i Ældredatabasen også et spørgsmål om, hvor ofte man føler sig ensom. Dette spørgsmål indgår i vores analyser i indekset for psykisk velbefindende, som er analyseret i begyndelsen af dette kapitel.

Figur 5.4 Uønsket alene i opfølgingsåret (T+5)



Note: Antallet af observationer er 2.532 mænd og 2.189 kvinder.

Kilde: Ældredatabasen

I det efterfølgende har vi undersøgt sandsynligheden for, om en person er uønsket alene "ofte" eller "af og". Resultatet af analyserne er vist i Tabel 5.8 og Tabel 5.9 for henholdsvis mænd og kvinder. Først betragter vi mænds sandsynlighed for ofte eller af og til at være uønsket alene.

Tabel 5.8 Sandsynlighed for ofte eller af og til at være uønsket alene i opfølgingsår (T+5), mænd

	(1)		(2)	
	Koefficient	Standard-afvigelse	Koefficient	Standard-afvigelse
Enkestand (ref. gifte)				
Enkestand 0-4 år siden	0,392	(0,044)		
Enkestand 0-2 år siden			0,415	(0,055)
Enkestand 3-4 år siden			0,350	(0,070)
Fødselsår (ref. 1945)				
1920	0,101	(0,063)	0,101	(0,063)
1925	0,005	(0,023)	0,005	(0,023)
1930	0,039	(0,020)	0,038	(0,020)
1935	0,003	(0,014)	0,003	(0,014)
1940	-0,008	(0,013)	-0,008	(0,013)
Aldersforskel (ref. ægtefæller har samme alder +/- 2 år)				
Mere end 2 år yngre end ægtefælle	0,027	(0,030)	0,028	(0,031)
Mere end 2 år ældre end ægtefælle	0,003	(0,010)	0,002	(0,010)
Boligområde (ref. storbyområde)				
Landområde (<5.000 indbyggere)	-0,013	(0,013)	-0,013	(0,013)
Byområde (5.000-50.000 indbyggere)	-0,016	(0,013)	-0,015	(0,013)
Højeste fuldførte uddannelse (ref. grundskole eller gymnasial uddannelse)				
Erhvervsfaglig	-0,003	(0,012)	-0,003	(0,012)
Videregående	-0,008	(0,013)	-0,009	(0,013)
Ingen uddannelsesoplysninger	-0,023	(0,039)	-0,023	(0,038)
Population (ref. 2002-2007)				
Population 2007-2012	0,000	(0,011)	0,000	(0,011)
Socialt netværk tidspunkt T (ref. ikke social stærk)				
Social stærk tidspunkt T	0,013	(0,009)	0,013	(0,009)
Uønsket alene tidspunkt T	0,181	(0,040)	0,182	(0,040)
Konstant	0,038	(0,022)	0,039	(0,022)
N	2.532		2.532	

Note: Boligområde, uddannelse, socialt netværk og uønsket alene (tidspunkt T) er målt i udgangsåret. Ordinary least square model (OLS), hvor der er korrigeret for cluster-robuste standardfejl på individniveau. Resultater markeret med **fed** angiver signifikante forskelle på 5 %-niveau. Koefficienterne for enkestand angiver forskelle i sandsynlighed for at ofte eller af og til at være uønsket alene mellem gifte og enkemænd, der overgik til enkestatus for henholdsvis nul til fire år siden (kolonne 1) og for nul til to år siden og tre til fire år siden (kolonne 2). Koefficienten for enkestand, nul til fire år siden (kolonne 1) angiver således, at mænd, der blev enkemænd nul til fire år før opfølgingsåret, havde 39,2 procentpoint større sandsynlighed for at være uønsket alene i forhold til gifte mænd med samme vurdering af at være uønsket alene i udgangsåret.

Kilde: Ældredatabasen og registerdata

Tabellen viser, at enkemænd har en større sandsynlighed end gifte mænd for ofte eller af og til at være uønsket alene (kolonne (1)). Dette forekommer i op til fire år efter ægtefællens død (kolonne (2)), men den større sandsynlighed forekommer især i årene tættest på dødsfaldet.

Der er ikke andre af de analyserede karakteristika, der viser sammenhæng med ofte eller af og til at være uønsket alene. Det gælder således også omfanget af sociale relationer i udgangsåret. Dog er der større sandsynlighed for ofte eller af og til at være uønsket alene, hvis man også var det fem år tidligere.

Den næste tabel viser kvinders sandsynlighed for ofte eller af og til at være uønsket alene.

Tabel 5.9 Sandsynlighed for ofte eller af og til at være uønsket alene i opfølgingsår (T+5), kvinder

	(1)		(2)	
	Koefficient	Standard-afvigelse	Koefficient	Standard-afvigelse
Enkestand (ref. gifte)				
Enkestand 0-4 år siden	0,242	(0,028)		
Enkestand 0-2 år siden			0,252	(0,035)
Enkestand 3-4 år siden			0,227	(0,042)
Fødselsår (ref. 1945)				
1920	0,034	(0,068)	0,035	(0,069)
1925	0,011	(0,032)	0,012	(0,032)
1930	0,014	(0,026)	0,014	(0,026)
1935	0,010	(0,021)	0,010	(0,021)
1940	0,013	(0,018)	0,013	(0,018)
Aldersforskel (ref. ægtefæller har samme alder +/- 2 år)				
Mere end 2 år yngre end ægtefælle	0,007	(0,013)	0,007	(0,013)
Mere end 2 år ældre end ægtefælle	0,031	(0,025)	0,031	(0,025)
Boligområde (ref. storbyområde)				
Landområde (<5.000 indbyggere)	0,001	(0,016)	0,001	(0,016)
Byområde (5.000-50.000 indbyggere)	-0,005	(0,017)	-0,005	(0,017)
Højeste fuldførte uddannelse (ref. grundskole eller gymnasial uddannelse)				
Erhvervsfaglig	0,029	(0,015)	0,029	(0,015)
Videregående	-0,010	(0,016)	-0,010	(0,016)
Ingen uddannelsesoplysninger	-0,004	(0,053)	-0,004	(0,053)
Population (ref. 2002-2007)				
Population 2007-2012	0,015	(0,016)	0,015	(0,016)
Socialt netværk tidspunkt T (ref. ikke social stærk)				
Social stærk tidspunkt T	-0,001	(0,013)	-0,001	(0,013)
Uønsket alene tidspunkt T	0,208	(0,038)	0,208	(0,038)
Konstant	0,029	(0,026)	0,029	(0,026)
N	2.189		2.189	

Note: Boligområde, uddannelse, socialt netværk og uønsket alene (tidspunkt T) er målt i udgangsår. Ordinary least square model (OLS), hvor der er korrigeret for cluster-robuste standardfejl på individniveau. Resultater markeret med **fed** angiver signifikante forskelle på 5 %-niveau. Koefficienterne for enkestand angiver forskelle i sandsynlighed for at ofte eller af og til at være uønsket alene mellem gifte og enker, der overgik til enkestatus for henholdsvis nul til fire år siden (kolonne 1) og for nul til to år siden og tre til fire år siden (kolonne 2). Koefficienten for enkestand, nul til fire år siden (kolonne 1) angiver således, at kvinder, der blev enker nul til fire år før opfølgingsåret, havde 24,2 procentpoint større sandsynlighed for at være uønsket alene i forhold til gifte kvinder med samme vurdering af at være uønsket alene i udgangsåret.

Kilde: Ældredatabasen og registerdata

Enker har ligesom enkemænd en større sandsynlighed end gifte for ofte eller af og til at være uønsket alene (kolonne (1)). Forskellen i forhold til gifte er imidlertid mindre for kvinder end for mænd. Til gengæld viser analysen, at den større sandsynlighed for enker i forhold til gifte kvinder for ofte eller af og til at være uønsket alene stort set ikke aftager med antal år efter ægtefællens død (kolonne (2)).

Blandt kvinder er der ingen af de øvrige analyserede karakteristika, der viser sammenhæng med sandsynligheden for ofte eller af og til at være uønsket alene. En undtagelse er, at man også fem år tidligere ofte eller af og til har været uønsket alene.

Vi har for både mænd og kvinder gennemført analyser (ikke vist), hvor vi har inddraget variable, der kombinerer enkestand med henholdsvis uddannelse, social styrke og deltagelse i aktiviteter med andre i udgangssituationen. Ingen af disse viser signifikant sammenhæng med sandsynligheden for ofte eller af og til at være uønsket alene.

6 Indkomst og boligsjift

I dette kapitel analyserer vi, hvilke konsekvenser overgangen til enkestand har for den overlevendes indkomst. Vi analyserer endvidere, i hvilken udstrækning overgangen til enkestand er efterfulgt af en flytning til en anden bolig.

Når den ene part i et ægteskab falder væk, vil den *indkomst*, som var genereret af afdøde, som regel også falde væk. I den internationale litteratur er der da også en generel tendens til at påvise en nedgang i indkomsten pr. person blandt ældre, der er blevet enke/enkemand, og der peges især på negative økonomiske konsekvenser for enker (Angel et al. 2007, Gillen & Kim 2009, Hungerford 2001, Li 2004). Forbrugsbehovet vil imidlertid også blive reduceret, når husstanden bliver mindre, om end en række faste omkostninger, som fx husleje, vil bestå. Der er da også studier, der viser, at tilfredsheden med den økonomiske situation hverken på kort eller længere sigt er anderledes for enker/enkemænd end for gifte (Holden et al. 2010).

Bíró (2013) analyserer sammenhængen mellem enkestand og økonomisk situation blandt kvinder på 50+ år. I analyserne tages højde for indkomsten før indtræden i enkestand, idet selektion til enkestand, ifølge forfatteren, ikke er tilfældig: Også før enkestanden havde enker en lavere socioøkonomisk status end den øvrige kvindelige befolkning, fattige kvinder har større risiko for at blive enker, og et betydeligt antal fattige enker var også fattige i deres ægteskab. Analysen, som er baseret på surveydata fra flere europæiske lande, indikerer, at enker alt andet lige i gennemsnit har færre finansielle værdier og lavere indkomst end tilsvarende gifte kvinder. Enker har betydeligt færre udgifter til fødevarer pr. person og har omkring ti procentpoint højere sandsynlighed for at have finansielle vanskeligheder end gifte kvinder. De ugunstige økonomiske konsekvenser indtræder allerede inden for det første år, og effekterne er svagere et til to år efter. Analyserne indikerer endvidere, at effekten af enkestand på finansielle vanskeligheder aftager med alderen, således at effekten er mest alvorlig, hvis enken er yngre.

Et hollandsk studie (van Ooijen et al. 2015) viser, at enker/enkemænd har en mindre nettoformue end gifte. Ifølge studiet skyldes dette en lavere dødelighed blandt mere velstående par. Studiet finder imidlertid inden for en toårig periode et større fald i nettoformue i husstande, hvor én af ægtefællerne dør, end i husstande, hvor begge overlever.

I mange pensionisthusstande i Danmark udgør den offentlige folkepension i dag en betydelig del af den samlede indkomst (ATP 2013, Socialministeriet et al. 2003), og den individuelle pension er større til enlige end til samboende. Dette bidrager til at reducere de indkomstmæssige konsekvenser af ægtefællens død for den overlevende, og der er endvidere ved lav indkomst mulighed for forskellige offentlige tilskud, fx boligydelse. Der er dog flere danske undersøgelser, der peger på lav indkomst blandt enlige pensionister (Arendt et al. 2003, Socialministeriet et al. 2003, Platz 2004). Ingen af de danske undersøgelser har analyseret ændringer i indkomst i overgangen fra samboende til enlig. En stigende andel af pensionisterne har imidlertid indkomst fra private pensionsordninger og arbejdsmarkedspensioner, hvilket eventuelt kan føre til, at enker/enkemænd vil opleve en større indkomstnedgang i de første år efter ægtefællens død.

Det er velkendt, at ændringer i husstandssammensætning, herunder at blive enke/enkemand fører til en øget sandsynlighed for at *flytte til en anden bolig* (fx Bonnet et al. 2010, Hansen & Gottschalk 2006, Pendakur & Young 2013). Bian (2016) finder, at enker/enkemænd har større sandsynlighed for at reducere deres boligforbrug ved at flytte til en mindre bolig eller til en billigere bolig. Enker/enkemænd har derimod mindre sandsynlighed for en flytning, der ikke indebærer et reduceret boligforbrug.

En flytning kan både betragtes som en positiv og en negativ begivenhed. Hvis enken/enkemanden må flytte fra en bolig, hvor vedkommende føler sig godt tilpas, på grund af manglende økonomi til at betale huslejen, kan det betragtes som negativt. På den anden side kan det betragtes som positivt, at enken/enkemanden får en anden bolig, der er økonomisk overkommelig. En enke/enkemand flytter måske, efter at ægtefællen er død, fordi boligen nu opleves for stor eller uoverkommelig. Hvis enken/enkemanden flytter til en mere overkommelig bolig, er det så positivt eller negativt? Det kan der ikke gives et entydigt svar på. Blume (2005) har fx vist, at der er en sammenhæng mellem flytning og øget psykisk velbefindende blandt ældre. Det skal bemærkes, at analysen ikke alene omfatter flytninger blandt enker/enkemænd.

Der er studier, som peger på, at enker/enkemænd ikke flytter kort efter ægtefællens død, men først efter nogle år (Hirst & Corden 2010, Lin 2005, Speare & Goldscheider 1987). Der er imidlertid også studier, som konkluderer, at enker og enkemænds flytning hyppigt sker kort tid efter ægtefællens død (Chevan 1995, Bonnet et al. 2010). O'Bryant & Murray (1987) finder, at faktorer, som beskriver tilknytningen til boligen, fx relationer til naboer, er de bedste indikatorer for, hvorvidt enker/enkemænd forbliver i eller flytter fra deres bolig.

Herbers et al. (2014) har fokus på flytninger fra ejerbolig til lejebolig. Boligejere, som mister en partner, har i Herbers et al.'s analyser større sandsynlighed for at ophøre med boligejerskab i forhold boligejere, som ikke mister en partner. Effekten er stærkest i de første år efter ægtefællens død, men effekten varer ved i de efterfølgende år. Fem år efter enkestanden synes effekten at aftage. Alligevel er sandsynligheden for at flytte ud af en ejerbolig stadig signifikant større efter mere end ti år blandt enker/enkemænd end blandt personer, som er i deres første ægteskab.

Der er imidlertid også studier, som ikke finder en sammenhæng mellem enkestand og flytnehypighed (Angelini & Laferrère 2012, Keese 2012). Et studie af Bloem et al. (2008) viser, at enker/enkemænd inden for en treårig periode hyppigere end andre flytter i en handicapegnet bolig, mens enkestand ikke viser signifikant sammenhæng med at flytte i institution eller en anden almindelig bolig. Borgere, som er blevet enker/enkemænd, og borgere, som har oplevet helbredsforværringer, har dog større sandsynlighed for at flytte i institution, hvis de allerede havde helbredsproblemer i udgangsåret.

6.1 Årlig disponibel indkomst

På grundlag af tidligere studier vil vi således forvente, at enker og enkemænd har en lavere indkomst end gifte. I det følgende analyserer vi, om dette er tilfældet for vores analysepopulation. I Ældredatabasen er der blevet spurgt: *Hvordan synes du, at din økonomi er i dag?* Spørgsmålet er imidlertid alene stillet til borgere, som har været på arbejdsmarkedet, men som på interviewtidspunktet havde trukket sig tilbage. Borgere, som stadig havde en arbejdsindkomst, og borgere, som aldrig har haft en indkomst fra beskæftigelse, blev altså ikke spurgt om, hvordan de vurderede deres økonomi. Vi har derfor valgt at se bort fra dette spørgsmål, da enker/enkemænds og giftes arbejdsmarkedsdeltagelse kan være forskellig. Vi har i analyserne valgt at sammenligne indkomsten ud fra registeroplysningerne.

I analyserne indgår størrelsen af den disponible indkomst blandt enker/enkemænd og gifte. Disponibel indkomst angiver bruttoindkomst fratrukket skat, inklusive den skattepligtige lejeværdi af egen bolig, samt renteudgifter. Vi har anvendt *ækvivaleret disponibel indkomst*, som er indkomst pr. person i en husstand, hvor der er taget højde for antal personer i husstanden. Ækvivaleringen skal sikre, at den disponible indkomst for en enlig er sammenlignelig med indkomsten for en husstand med flere personer. Den ækvivalerede indkomst skal tolkes som det

beløb, en enlig skal have for at opnå samme forbrugsmuligheder som en husstand med flere personer. Til ækvivaleringen divideres husstandens samlede disponible indkomst med OECD's modificerede ækvivalensfaktor. Her tæller første voksne person over 14 år som 1 og øvrige over 14 år som 0,5. Den ækvivalerede indkomst per person tager således højde for, at der er færre personer i husstanden, når også husstandens samlede indkomst falder. Der vil dog være en del enker/enkemænd, som efter ægtefællens død har en relativ stor boligudgift, som ikke er medregnet i den disponible indkomst, hvilket resulterer i, at det faktiske økonomiske råderum sagtens kan være reduceret markant, uden at det viser sig i den disponible indkomst.

I Tabel 6.1 er vist den ækvivalerede disponible indkomst pr. person i husstande med enker/enkemænd og gifte.

Tabel 6.1 Enkestand og gennemsnitlig ækvivaleret disponibel husstandsindkomst, 2012

	Mænd			Kvinder		
	Enkemænd	Gifte	Mænd, samlet	Enker	Gifte	Kvinder, samlet
Husstandsindkomst, disponibel (årlig)	213.975	242.374	240.948	196.877	233.664	228.790
Antal observationer	3.135	59.284	62.419	7.245	47.441	54.686

Kilde: Registerdata

Mens gifte mænd i gennemsnit har lidt mere end 28.000 kr. mere om året end enkemænd, har gifte kvinder omkring 37.000 kr. mere om året end enker. Da disse forskelle kan være forklaret af andre forhold, som ikke er relateret til enkestanden, viser vi nedenfor forskellen i disponibel indkomst, når der kontrolleres for en række karakteristika.

I Tabel 6.2 er vist den årlige ækvivalerede disponible indkomst for enkemænd sammenlignet med gifte mænd, når der er kontrolleret for forskellige karakteristika.

Tabel 6.2 Ækvivaleret disponibel indkomst i 2012, mænd

	Disponibel indkomst (ikke korrigeret for beskæftigelse)		Disponibel indkomst (korrigeret for beskæftigelse)	
	Koefficient	Standardafvigelse	Koefficient	Standardafvigelse
Enkestand (ref. gifte)				
Enkestand, samme år	-6.150	(7.951)	-4.478	(7.834)
Enkestand, 1 år siden	3.485	(7.596)	8.210	(7.486)
Enkestand, 2 år siden	1.719	(7.389)	2.391	(7.280)
Enkestand, 3 år siden	4.005	(7.498)	4.705	(7.388)
Enkestand, 4 år siden	2.338	(7.725)	4.130	(7.612)
Fødselsår (ref. 1945)				
1925	-45.906	(3.796)	-25.877	(3.768)
1930	-37.741	(2.689)	-19.501	(2.683)
1935	-34.072	(2.179)	-19.274	(2.174)
1940	-17.698	(1.908)	-7.793	(1.894)
Aldersforskel (ref. ægtefæller har samme alder +/- 2 år)				
Mere end 2 år yngre end ægtefælle	-5.487	(3.548)	-3.372	(3.496)
Mere end 2 år ældre end ægtefælle	12.573	(1.585)	10.809	(1.562)
Boligområde (ref. storbyområde)				
Landområde (<5.000 indbyggere)	-29.870	(1.948)	-34.294	(1.922)
Byområde (5.000-50.000 indbyggere)	-16.147	(2.068)	-15.584	(2.038)
Højeste fuldførte uddannelse (ref. grundskole eller gymnasial uddannelse)				
Erhvervsfaglig	8.378	(1.777)	10.587	(1.752)
Videregående	87.782	(2.145)	84.112	(2.116)
Ingen uddannelsesoplysninger	56.566	(6.454)	53.877	(6.359)
Disponibel indkomst tidspunkt T	0,3	(0,0)	0,3	(0,0)
Beskæftigelse (ref. ikke i beskæftigelse)				
I beskæftigelse			85.795	(1.982)
Konstant	184.320,11	(2.507)	165.297	(2.509)
N	62.419		62.419	

Note: Boligområde, uddannelse samt disponibel indkomst (tidspunkt T) er målt i 2007. Ordinary Least Square (OLS) model. Resultater markeret med **fed** angiver signifikante forskelle på 5 %-niveau. Koefficienterne for enkestand angiver gennemsnitlige forskelle mellem gifte og enkemænd i henholdsvis samme år (år 2012), et år siden, to år siden osv. Koefficienten for enkestand, samme år, i 1. kolonne angiver således, at mænd, der blev enkemænd i 2012, i gennemsnit årligt havde 6.150 kr. mindre i forhold til gifte mænd med samme alder, aldersforskel mellem ægtefæller, boligområde, uddannelse og gennemsnitlig disponible indkomst i 2007. Denne forskel er dog ikke signifikant forskellig fra nul.

Kilde: Registerdata

Vi finder ingen signifikante forskelle i størrelsen af den ækvivalerede disponible indkomst mellem enkemænd og gifte mænd. Endvidere ser vi, at jo ældre mændene er, des lavere er deres indkomst. Der er en positiv sammenhæng mellem størrelsen af disponibel indkomst, og at analysepersonen er mere end to år ældre end (tidligere) ægtefællen. Derudover er der en negativ sammenhæng mellem størrelsen af indkomst og at bo i mindre byer og på landet frem for i storby. Højere uddannelse og tidligere indkomst er også positivt korreleret med størrelsen af indkomst. Endelig ser vi, at det at være i beskæftigelse er positivt korreleret med størrelsen af indkomst. Da der er betydelig forskel på beskæftigelsen blandt enkemænd og gifte mænd, har vi også beregnet sammenhængen mellem enkestand og indkomst uden at kontrollere for

beskæftigelse i tabel 6.2. Selv når vi ikke kontrollerer for beskæftigelse, er der ikke signifikant forskel på indkomst blandt enkemænd og gifte mænd.

I Tabel 6.3 er vist forskelle i ækvivaleret disponibel indkomst mellem enker og gifte kvinder.

Tabel 6.3 Ækvivaleret disponibel indkomst i 2012, kvinder

	Disponibel indkomst (ikke korrigeret for beskæftigelse)		Disponibel indkomst (korrigeret for beskæftigelse)	
	Koefficient	Standard- afvigelse	Koefficient	Standard- afvigelse
Enkestand (ref. gifte)				
Enkestand, samme år	-15.229	(17.064)	-15.701	(17.057)
Enkestand, 1 år siden	-3.930	(14.682)	-4.933	(14.677)
Enkestand, 2 år siden	-1.319	(14.928)	-1.919	(14.923)
Enkestand, 3 år siden	3.953	(14.916)	3.110	(14.911)
Enkestand, 4 år siden	273	(15.457)	-598	(15.451)
Fødselsår (ref. 1945)				
1925	-1.128	(13.685)	5.188	(13.712)
1930	-2.930	(9.272)	3.024	(9.311)
1935	-2.273	(7.170)	2.973	(7.211)
1940	1.010	(5.996)	4.658	(6.019)
Aldersforskel (ref. ægtefæller har samme alder +/- 2 år)				
Mere end 2 år yngre end ægtefælle	-2.666	(5.182)	-2.467	(5.180)
Mere end 2 år ældre end ægtefælle	1.009	(8.688)	-295	(8.687)
Boligområde (ref. storbyområde)				
Landområde (<5.000 indbyggere)	-13.484	(6.233)	-13.933	(6.231)
Byområde (5.000-50.000 indbyggere)	2.577	(6.576)	2.961	(6.574)
Højeste fuldførte uddannelse (ref. grundskole eller gymnasial uddannelse)				
Erhvervsfaglig	4.441	(5.566)	3.249	(5.567)
Videregående	45.404	(7.181)	43.098	(7.187)
Ingen uddannelsesoplysninger	256.490	(24.633)	255.618	(24.623)
Disponibel indkomst tidspunkt T	0,7	(0,0)	0,7	(0,0)
Beskæftigelse (ref. ikke i beskæftigelse)				
I beskæftigelse			63.825	(9.627)
Konstant	83.486	(7.753)	78.805	(7.782)
N	54.686		54.686	

Note: Boligområde, uddannelse samt disponibel indkomst (tidspunkt T) er målt i 2007. Ordinary Least Square (OLS) model. Resultater markeret med **fed** angiver signifikante forskelle på 5 %-niveau. Koefficienterne for enkestand angiver gennemsnitlige forskelle mellem gifte og enker i henholdsvis samme år (år 2012), et år siden, to år siden osv. Koefficienten for enkestand, samme år, i 1. kolonne, angiver således, at kvinder, der blev enker i 2012, i gennemsnit årligt havde 15.229 kr. mindre i forhold til gifte kvinder med boligområde, uddannelse og gennemsnitlig disponible indkomst i 2007. Denne forskel er dog ikke signifikant forskellig fra nul.

Kilde: Registerdata

Tabel 6.3 viser, at enker ikke har en signifikant lavere disponibel indkomst end gifte kvinder, når vi kontrollerer for en række karakteristika. At bo i et landområde i forhold til et storbyområde har en negativ sammenhæng med indkomstens størrelse, mens det at have en videregående uddannelse i forhold til at have grundskole eller en gymnasial uddannelse har en positiv sammenhæng med indkomstens størrelse. Cirka en femtedel af kvinderne i denne population har en videregående uddannelse. Størrelsen af tidligere ækvivaleret disponibel indkomst er

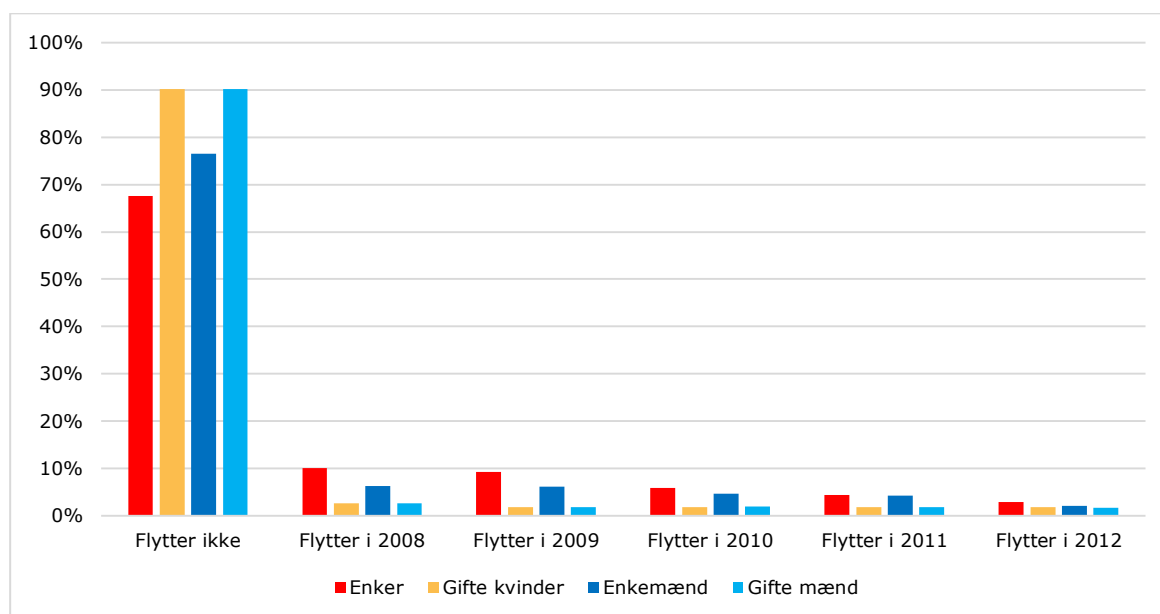
positivt korreleret med størrelse af nuværende indkomst, og det at være i beskæftigelse har en positiv sammenhæng med indkomstens størrelse. Det har dog heller ingen betydning for sammenhængen mellem enkestand og disponibel indkomst, om vi kontrollerer for beskæftigelse blandt kvinder. Dette indikerer, at enkers tilknytning til arbejdsmarkedet ikke adskiller sig fra gifte kvinders.

6.2 Boligskift

Fremgangsmåden i den analyse, vi har gennemført i dette tilfælde, adskiller sig fra de foregående. Ud over at afdække, om ældre borgere, som er blevet enker/enkemænd et givet år, flytter hyppigere end gifte, har analysen skullet afdække den tidsmæssige placering af enker/enkemænds flytning.

Figur 6.1 viser flyttemønsteret blandt henholdsvis gifte mænd og kvinder samt enker og enkemænd. For begge grupper gælder, at alle var gifte i 2007. Ældre i den ene gruppe blev enker/enkemænd i 2008 og forblev enker/enkemænd frem til 2012, mens ældre i den anden gruppe var gifte hele perioden.

Figur 6.1 Andel, der henholdsvis flytter og ikke flytter 2008-2012



Note: Enker og enkemænd er personer, der lever ultimo 2012 og er gift ultimo 2007, men bliver enker/enkemænd i 2008. Gifte kvinder og mænd er personer, der lever ultimo 2012 og er gift i årene 2007-2012. Antal observationer er: 1.497 enker, 48.676 gifte kvinder, 663 enkemænd, og 61.383 gifte mænd.

Kilde: Registerdata

Det ses, at blandt gifte mænd og kvinder forbliver 90 % af gruppen i samme bolig. Ser vi på enker og enkemænd, forbliver henholdsvis 68 og 74 % i samme bolig frem til 2012. Andelen, der flytter blandt både enker og enkemænd, er størst i årene lige omkring enkestanden (10 % blandt enker og 6 % blandt enkemænd), mens det er en langt mindre andel, der først flytter fire år efter enkestanden (3 % blandt enker og 2 % blandt enkemænd). På det tidspunkt har andelen af enker/enkemænd, der flytter i løbet af et år, nærmet sig andelen af gifte, der flytter.

7 Sammenfattende diskussion og konklusion

Formålet med analyserne i denne rapport har været at afdække, hvilke konsekvenser borgere i alderen 62-87 år oplever ved at blive enke eller enkemand inden for en femårig periode. Vi har i analyserne undersøgt konsekvenser i form af nedsat indkomst, helbredsproblemer og nedsat funktionsniveau, nedsat psykisk velbefindende – herunder ensomhed – boligskit og (øget) brug af offentlige sociale og sundhedsmæssige ydelser. Vi har endvidere undersøgt, om konsekvenser af ægtefællens død optræder på kort eller længere sigt. Analyserne har endelig afdækket, hvad der ud over enkestand karakteriserer borgere, der i større eller mindre udstrækning oplever nedsat indkomst, helbredsproblemer og nedsat funktionsniveau, nedsat psykisk velbefindende – herunder ensomhed – og (øget) brug af offentlige sociale og sundhedsmæssige ydelser. I de tilfælde, hvor vi har afdækket en sammenhæng mellem enkestand og de nævnte konsekvenser, kan viden om, hvilke karakteristika der forøger eller formindsker risikoen for at opleve en given konsekvens give et fingerpeg om, hvilke faktorer der forebygger eller forstærker risikoen for at opleve de nævnte konsekvenser ved enkestand. Vi inddrager i denne analyse viden fra tidligere forskning.

Analyserne har omfattet personer, som på et givet tidspunkt (i 2002 eller 2007) var gifte, og som fem år senere enten var blevet enker/enkemænd eller fortsat var gifte. Der indgår altså af naturlige årsager ikke personer, der er døde i den mellemliggende periode. Andelen af døde er lidt højere blandt enker og især enkemænd end blandt fortsat gifte. Vi har ikke analyseret dette nærmere og kan altså ikke sige, om dette er en konsekvens af enkestand, som flere studier peger på (Donrovich et al. 2014, Guiaux 2010, Moon et al. 2011, Moon et al. 2013, Roelfs et al. 2012, Stroebe et al. 2007), eller som andre studier peger på, at det er en konsekvens af fx dårligere socioøkonomiske vilkår og en mere risikobetonet adfærd blandt enker og enkemænd, allerede før enkestandens indtræden (fx Moon et al. 2013). Men da vi har udeladt personer, som dør, er der en mulighed for, at personer, som er særlig hårdt ramt af ægtefællens død, ikke indgår i vores analyser, og at de resultater, som vi finder, dermed kan fortolkes som en undervurdering af de faktiske konsekvenser, som enkestand medfører.

Vi betragter det som en særlig styrke, at vi i vores analyser tager højde for, hvordan situationen var, før enkestandens indtræden i forhold til de konsekvenser, vi analyserer. Vi kontrollerer altså for, at forskelle mellem enker/enkemænd og gifte ikke skyldes forskelle, som allerede var til stede, da alle var gifte.

7.1 Hovedtendenser

Vi har analyseret konsekvenser af enkestand i forhold til tre hovedkategorier: somatisk helbred og funktionsevne samt social- og sundhedsydelse hovedsageligt knyttet til disse forhold; psykisk velbefindende og social- og sundhedsydelse hovedsageligt knyttet til psykiske problemer, og endelig indkomst og boligskit. I det følgende opsummerer og diskuterer vi resultaterne af analyserne inden for disse hovedkategorier.

7.1.1 Somatisk helbred og afledte ydelser

Umiddelbart vurderer enker og enkemænd *deres generelle helbred* lidt dårligere end gifte. Der er imidlertid ingen signifikant forskel mellem enker/enkemænd og gifte, når der kontrolleres for selvvaldet helbred på udgangstidspunktet samt demografiske og socioøkonomiske karakteristika. Dette er i overensstemmelse med flere tidligere studier (fx Arber et al. 2014, Bennett

1997, Choi & Vasunilashorn 2013, Nielsen & Platz 2008). Der er en lavere andel med god *førlighed* blandt enker/enkemænd end blandt gifte. Men heller ikke i dette tilfælde er der signifikant forskel mellem enker/enkemænd og gifte, når vi kontrollerer for førlighed på udgangstidspunktet samt demografiske og socioøkonomiske karakteristika. Dette er i modsætning til en række tidligere studier, der finder en nedsat funktionsevne blandt enker/enkemænd sammenlignet med gifte (Pachana et al. 2011, Stroebe et al. 2007, van den Brink et al. 2004). Endelig bliver enker og enkemænd hyppigere *indlagt på sygehus* end gifte. Når vi kontrollerer for indlæggelse i udgangsåret samt demografiske og socioøkonomiske karakteristika, er der imidlertid heller ikke i dette tilfælde signifikant forskel mellem enkemænd og gifte mænd, mens enker bliver hyppigere indlagt end gifte et til to år efter ægtefællens død. Den internationale litteratur viser forskellige resultater, hvor nogle finder hyppigere indlæggelse på somatisk sygehus blandt enker/enkemænd end blandt gifte (Guldin 2012, Rolden et al. 2014, Stroebe et al. 2007), mens andre ikke finder nogen forskel (Prigerson et al. 2000, Wolinsky & Johnson 1992, Mu et al. 2015). Vores undersøgelse lægger sig imellem disse modsatrettede fund, idet vi ikke ser forskel mellem enkemænd og gifte mænd med hensyn til indlæggelse på somatisk sygehus, mens enker bliver oftere indlagt end gifte kvinder. Et dansk studie (Kriegbaum et al. 2013) finder i en yngre befolkningsgruppe (30-65 år) en sammenhæng mellem opløst ægteskab/partnerskab og en øget risiko for indlæggelse på sygehus som følge af blodprop i hjertet. Vi kan altså ikke udelukke, at vi i vores undersøgelse ville have fået et andet resultat, hvis analysen var koncentreret om udvalgte diagnoser.

I forhold til selvvurderet helbred, selvvurderet funktionsevne i daglige aktiviteter og indlæggelse på sygehus peger vores analyse altså på, at forskel mellem enker/enkemænd og gifte hovedsagelig skal forklares med en forskel allerede i udgangssituationen, som har ført til lavere selvvurderet helbred og dårligere førlighed blandt enker/enkemænd end blandt gifte samt flere indlæggelser blandt enkemænd. Endvidere kan forskellen mellem enker/enkemænd forklares med forskel i alder og uddannelse. Enkestanden synes dog at have en selvstændig betydning for, at enker i de første to år efter enkestanden bliver hyppigere indlagt på sygehus end gifte kvinder.

Vi finder ingen forskel mellem enker og gifte kvinders kontakter med *speciallæge (ekskl. psykiater og psykolog)* – hverken med eller uden kontrol for antal kontakter i udgangsåret samt demografiske og socioøkonomiske karakteristika. Blandt mænd lader det dog til, at enkemænd har færre besøg hos speciallæge i forhold til gifte mænd.

Når det drejer sig om kontakter med *almen læge*, har enker/enkemænd flere kontakter end gifte både uden og med kontrol for antal kontakter i udgangsåret samt demografiske og socioøkonomiske karakteristika. Enkemænd har signifikant flere kontakter med almen læge end gifte mænd i op til tre år efter enkestanden. Enker har flere kontakter med almen læge end gifte i op til fire år efter enkestanden. For begge køn aftager forskellen med årene. Disse resultater er i overensstemmelse med tidligere forskning (Guldin 2012, Prigerson et al. 2000, Rolden et al. 2014, Stroebe et al. 2007, Tudiver et al. 1995).

Vi har for populationen ingen objektive data for forekomsten af symptomer på sygdom, som kunne forklare det større antal kontakter til almen læge blandt enker og enkemænd end blandt gifte. Vi kan imidlertid konstatere, at enker og enkemænd ikke har et dårligere selvvurderet helbred. Som vi vil behandle i næste afsnit, kan ægtefællens død imidlertid have ført til mistrivsel og sygdomstegn, som kan føre til øget kontakt til almen læge, samtidig med, at lægen kan være en erstatning for den afdøde ægtefælle som samtalepartner om sygdomssymptomer. Tudiver et al (1995) finder fx, at enkemænd, som modtager social støtte ved at deltage i en selvhjælpsgruppe i forhold til en kontrolgruppe, havde en aftagende besøgshyppighed hos almen læge efter interventionen. Det tyder altså på, at enkemændene i denne undersøgelse har

fået dækket et behov for social støtte, som de måske ellers ville have søgt hos en praktiserende læge.

Enker/enkemænd har større sandsynlighed end gifte for at have *hjemmehjælp*. Dette resultat gælder både uden og med kontrol for, om man havde hjemmehjælp i udgangsåret, samt demografiske og socioøkonomiske karakteristika. Enkemænd har sammenlignet med gifte mænd større sandsynlighed for at modtage hjemmehjælp tre til fire år efter ægtefællens død end nul til to år efter. Det er omvendt for enker, som har større sandsynlighed for at modtage hjemmehjælp nul til to år efter ægtefællens død end tre til fire år efter. Dette resultat er i overensstemmelse med en lang række studier, der finder, at enlige har større sandsynlighed for at modtage hjemmehjælp end samboende (Blomgren et al. 2008, Boniface & Denham 1997, Bowling et al. 1993, Hallberg & Lagergren 2009, Hansen 2013, Hansen 2012, Larsson 2002, Meinow 2008, Stoddart et al. 2002, Wang et al. 1999, Weaver et al. 2009). Vores analyse viser endvidere, at forskellen mellem enker/enkemænd og gifte i brug af hjemmehjælp er større blandt mænd end blandt kvinder.

Som nævnt ovenfor, har vi konstateret, at enker/enkemænds udvikling i funktionsevne i daglige aktiviteter ikke adskiller sig fra giftes. Det større forbrug af hjemmehjælp synes således ikke at kunne forklares med en forskellig udvikling i funktionsevne i daglige aktiviteter. Det er altså snarere bortfaldet af ressourcer i husstanden gennem ægtefællens død, der skal forklare, at enker/enkemænd oftere har hjemmehjælp end gifte. Kvinder har tilsyneladende været en større ressource til at udføre opgaver i husstanden end mænd, da forskellen i brug af hjemmehjælp er større mellem enkemænd og gifte mænd end mellem enker og gifte kvinder.

En større andel enker/enkemænd end gifte har fået udskrevet *smertestillende medicin*, både med og uden kontrol for brug af smertestillende medicin i udgangsåret samt for demografiske og socioøkonomiske karakteristika. Blandt enkemænd er det en signifikant større andel end blandt gifte mænd, der får smertestillende medicin et til fire år efter ægtefælles død. Forskellen synes endda at være en anelse stigende tre til fire år efter. Blandt enker er der ligeledes en signifikant større andel end blandt gifte kvinder, der får smertestillende medicin op til fire år efter ægtefællens død. Der er for kvinder ingen klar tidsmæssig tendens i forskellen.

Vi har ikke til disse analyser informationer om populationens oplevelse af smerter. Vi kan derfor ikke afdække, hvilke typer af smerter den udskrevne medicin er forbundet med. Der foreligger imidlertid tidligere studier af sammenhængen mellem enkestand og smerter. Bradbeer et al. (2003) rapporterer, at enkestand blandt ældre er forbundet med at opleve moderate til alvorlige smerter, og at oplevelsen af smerter forøges af dårligt humør som følge af ægtefællens død. Ásgeirdóttir et al. (2013) finder, at yngre enkemænd (38-61 år), som var uforberedte på ægtefællens død, har en forøget risiko for at opleve kroniske smerter fire til fem år efter ægtefællens død. Forfatterne forbinder smerterne med, at ægtefællens død var uventet, og forfatterne finder ikke en sammenhæng for enkemænd i alderen 62-80 år. Andre studier rapporterer en sammenhæng mellem enkestand og oplevet smerte. Vieira et al. (2012) rapporterer en sammenhæng mellem at være fraskilt/i enkestand og opleve kroniske smerter (smerter i mindst seks måneder) i en population af 18+-årige, hvor der er kontrolleret for bl.a. alder. Der er i alle tilfælde tale om tværsnitsstudier, hvor der således ikke er taget højde for, hvorvidt enker/enkemænd er en selekteret gruppe, som også før enkestanden i højere grad end fortsat gifte oplevede smerter. Ásgeirdóttir et al. (2013) henviser til, at tidligere studier har påvist, at psykisk trauma og stress har indflydelse på udviklingen af kroniske smerter. Enker og enkemænds hyppigere recept på smertestillende medicin i vores undersøgelse skal således formodentligt forklares med, at psykisk mistrivsel efter ægtefællens død har givet anledning til oplevelse af smerter, som de har fået udskrevet medicin til.

Faktorer af betydning for somatisk helbred og brug af afledte ydelser

Vi har i analyserne afdækket karakteristika ved den undersøgte population, som udviser sammenhæng med selvvrurderet helbred og funktionsevne i daglige aktiviteter samt afledte ydelser, uanset om man er enke/enkemand eller gift.

Alder har en gennemgående betydning for somatisk helbred og brug af afledte ydelser. Jo højere alder, des større sandsynlighed er der for ikke at vurdere sit helbred som godt, at have nedsat funktionsevne i daglige aktiviteter, at have været indlagt på sygehus, at have fået en recept på smertestillende medicin og at modtage hjemmehjælp. Endvidere stiger antal kontakter med almen læge og speciallæge (ekskl. psykiater og psykolog) med alderen. Dette udtrykker naturligvis, at risikoen for helbredsproblemer stiger med alderen.

Uddannelse viser sammenhæng med selvvrurderet helbred og funktionsevne i daglige aktiviteter. Jo højere uddannelse, des større er sandsynligheden for at vurdere sit helbred som godt og ikke at have nedsat funktionsevne i daglige aktiviteter. Uddannelse viser endvidere sammenhæng med antal kontakter med almen læge og speciallæge samt med sandsynligheden for at have fået en recept på smertestillende medicin og at have været indlagt på sygehus. Jo højere uddannelse, des færre kontakter med almen læge, og des mindre sandsynlighed for at have været indlagt på sygehus. Man kan sige, at dette er et udtryk for den sociale ulighed i sundhed, hvor borgere med en lav uddannelse har større risiko for end højtuddannede i en given alder at blive ramt af sygdom. Sammenhængen er imidlertid anderledes med hensyn til kontakter med speciallæge. Borgere med en uddannelse ud over folkeskole eller gymnasium har flere kontakter med speciallæge end borgere, hvor den højest fuldførte uddannelse er folkeskole eller gymnasium. Det lader altså til, at borgere med en erhvervsuddannelse er bedre end borgere uden erhvervsuddannelse til at overbevise deres læge om, at de har brug for specialistbehandling.

Aldersforskellen mellem ægtefællerne viser sammenhæng med selvvrurderet helbred, brugen af hjemmehjælp, brug af smertestillende medicin og indlæggelse på sygehus. Mænd, som er mere end to år yngre end deres ægtefælle, har mindre sandsynlighed for at vurdere, at de har et godt helbred end mænd, der stort set er jævnaldrende med deres ægtefælle. Vi har ingen umiddelbar forklaring på dette. Mænd, som er mere end to år ældre end deres ægtefælle, har flere kontakter med praktiserende læge end mænd, der stort set er jævnaldrende med ægtefællen. Det kan være et udtryk for, at den kvindelige ægtefælle tilskynder den ældre ægtefælle til at søge læge på grund af bekymring for dennes helbred. Kvinder, der er mere end to år ældre eller yngre end ægtefællen, har større sandsynlighed for at få udskrevet smertestillende medicin end kvinder, der er stort set jævnaldrende med ægtefællen. Endvidere har kvinder, der er mere end to år yngre end ægtefællen, større sandsynlighed for at modtage hjemmehjælp end kvinder, der stort set er jævnaldrende med ægtefællen. Det kan eventuelt forklares med, at den noget ældre ægtefælle ikke har så mange ressourcer til at indgå i opgaverne i husstanden.

Boligområdet viser sig at have betydning for sandsynligheden for at blive indlagt på sygehus og for antal kontakter med speciallæge. Ældre borgere, der bor i landområde, har mindre sandsynlighed for at blive indlagt på sygehus og færre kontakter med speciallæge end ældre borgere, der bor i storby. Det ser altså ud til, at tilgængeligheden her spiller en rolle.

7.1.2 Psykisk velbefindende og tilknyttede ydelser

Enker og enkemænd scorer lavere på et indeks for *psykisk velbefindende* end gifte, både uden og med kontrol for psykisk velbefindende i udgangssituationen og for demografiske og socio-økonomiske karakteristika. For mænd er forskellen uændret i op til fire år efter enkestanden,

mens forskellen for kvinder er mindre tre til fire år efter enkestandens indtræden end efter nul til to år. Forskellen i scoren for psykisk velbefindende er endvidere større mellem enkemænd og gifte mænd end mellem enker og gifte kvinder. Disse sammenhænge er ikke overraskende, idet tidligere studier har fundet lignende sammenhænge (Almeida 2014, Bennett 1997, Choi & Vasunilashorn 2013, Delbés 2002, Hewitt et al. 2012, Kamiya et al. 2013, Leigh et al. 2015, Melgar & Rossi 2012, Nielsen & Platz 2008, Paul et al. 2006, Prudovska & Carr 2008).

Enker og enkemænd har flere *kontakter med psykolog* end gifte, både uden og med kontrol for psykisk velbefindende i udgangssituationen og for demografiske og socioøkonomiske karakteristika. Enkemænd har flere kontakter med psykolog op til et år efter ægtefællens død, mens der to til fire år efter ikke er signifikant forskel på enkemænd og gifte mænd. Enker har flere kontakter med psykolog end gifte kvinder op til to år efter ægtefællens død, mens der tre til fire år efter ægtefællens død ikke er signifikant forskel mellem enker og gifte kvinder.

Når vi kontrollerer for antal kontakter i udgangsåret og for demografiske og socioøkonomiske karakteristika, finder vi ingen forskel mellem enker/enkemænd og gifte i antal kontakter med *psykiater*. Når enkemænd uden kontrol for disse karakteristika har færre kontakter end gifte mænd, skyldes det altså, at enkemænd allerede før ægtefællens død var i en situation med færre kontakter med psykiater end gifte. Endvidere har uddannelsessammensætningen blandt enkemænd trukket i retning af færre kontakter med speciallæge i form af psykolog. Personer med højere uddannelse har alt andet lige flere kontakter end lavere uddannede.

Sammenlignet med gifte øges andelen der bruger *SSRI-midler mod depression* markant blandt enker og enkemænd omkring tidspunktet for ægtefællens død, hvilket indikerer, at ægtefællens død har en særlig effekt på brugen af antidepressive midler. Vores analyse viser endvidere, at en større andel enker/enkemænd end gifte bruger *antidepressive lægemidler*, både uden og med kontrol for brug af antidepressive midler i udgangssituationen og for demografiske og socioøkonomiske karakteristika. Blandt både mænd og kvinder er der en tendens til, at forskellen i sandsynligheden for at bruge antidepressive lægemidler mellem enker og gifte kvinder reduceres jo længere tid, der er gået siden ægtefællens død. Analysen af udviklingen i SSRI-midler omkring tidspunktet for ægtefællens død tyder på, at regressionsanalysen af sandsynligheden for at bruge antidepressive midler, når vi inddrager forbrug før enkestandens indtræden, muligvis undervurderer forskellen mellem enker/enkemænd og gifte, idet der ses et større forbrug af SSRI-midler blandt enker/enkemænd i perioden op til ægtefællens død end blandt gifte. Blandt både enker og enkemænd er der en større sandsynlighed end blandt gifte for at bruge antidepressive lægemidler i op til fire år efter ægtefællens død, om end forskellen aftager med årene.

Vi finder altså en kønsmæssig forskel i tidsdimensionen efter ægtefællens død for psykisk velbefindende. Når vi for mænd ikke finder, at enkemænds psykiske velbefindende nærmer sig gifte mænds velbefindende over en femårig periode, giver det støtte til opfattelsen af, at ægtefællens død for mange enkemænd er en kroniske belastning. Enkemænds kontakter med psykolog og brug af antidepressive lægemidler trækker imidlertid i en anden retning. Her er der hyppigere kontakt og større sandsynlighed for brug af antidepressive lægemidler de første år efter ægtefællens død, hvilket peger på, at ægtefællens død for mange mænd er en krisesituation, som især giver psykiske vanskeligheder kort efter ægtefællens død. Både enkers psykiske velbefindende, brug af antidepressiva og kontakter med psykolog nærmer sig niveauet for gifte kvinder i løbet af årene efter ægtefællens død. Det tyder mere entydigt på, at ægtefællens død for mange kvinder er en krisesituation, der i den første tid efter ægtefællens død giver anledning til psykisk vanskeligheder, som så fortager sig med tiden.

Forebyggelse af psykisk mistrivsel

Vi har i analyserne set nærmere på, hvilke karakteristika eller faktorer der forebygger risikoen for at opleve psykisk mistrivsel. Det skal dog bemærkes, at de karakteristika og faktorer, denne analyse har afdækket, ikke er udtømmende for, hvad der forebygger psykologisk mistrivsel. Analyserne har af naturlige årsager været begrænset af de data, der har været adgang til.

Vi fandt i vores analyser, at alene bopæl ud over enkestand viser signifikant sammenhæng med risikoen for at opleve nedsat psykiske velbefindende. Ældre – såvel gifte som enker/enkemænd – der bor på landet eller i byer op til 50.000 indbyggere, har et bedre psykisk velbefindende end ældre, der bor i storby med mere end 50.000 indbyggere. Vi har endvidere gennemført særlige analyser af, om enker/enkemænd med et stærkt socialt netværk, med relativt hyppige sociale aktiviteter sammen med andre eller med en uddannelse ud over folkeskole eller gymnasium har mindre risiko for at opleve en reduktion i psykisk velbefindende. Vi har imidlertid ikke kunnet finde en sådan sammenhæng.

Sandsynligheden for at have fået udskrevet antidepressiva stiger med alderen, hvilket kan tages til udtryk for, at risikoen for depression i forbindelse med somatisk sygdom stiger med alderen. Vi finder endvidere, at sandsynligheden for at have fået udskrevet et antidepressivt lægemiddel er mindre for ældre, der bor uden for storby.

Der er tidligere studier, som finder, at social støtte reducerer risikoen for at udvikle depression (Pudrovska & Carr 2008), og at beskeden social støtte øger risikoen for psykisk mistrivsel (Stone et al. 2013). Effekten på psykisk mistrivsel af at blive alene synes dog ifølge Stone et al. (2013) ikke påvirket af omfanget af social støtte, og Jozwiak et al. (2013) finder ingen sammenhæng mellem social støtte og at udvikle depression som følge af dødsfald. Der er andre studier, som ikke finder sammenhæng mellem hyppighed og selv vurderet kvalitet af sociale relationer før ægtefællens død eller i det første år og angivet tilfredshed med livet (Anusic et al. 2014). Resultatet af vores analyser er således på linje med tidligere studier, der ikke finder en forebyggende virkning af socialt netværk eller social støtte i forhold til psykisk mistrivsel.

Tidligere studier peger på, at den socioøkonomiske situation har betydning for, hvordan ældre håndterer tabet af ægtefælle. Jozwiak et al. (2013) rapporterer, at personer med lav uddannelse har større sandsynlighed for at udvise depression ved dødsfald blandt nærtstående end ældre med højere uddannelse, mens andre finder, at lav indkomst eller økonomiske trængsler viser sammenhæng med risikoen for depressive symptomer eller psykisk mistrivsel (Kamiya et al. 2013, Pudrovska & Carr 2008; Stone et al. 2013). I studiet af Stone et al. (2013) påvirkes effekten på mistrivsel af at blive alene imidlertid ikke af de økonomiske vilkår. Resultatet af vores analyse er på linje med Stone et al. (2013), idet vi ikke finder forskel mellem højere og lavere uddannede i forhold, hvordan enkestand påvirker psykisk velbefindende.

Kamiya et al. (2013) viser, at personer i landområder har mindre sandsynlighed for depression. Resultatet af vores analyse peger i samme retning, idet ældre uden for storbyer har mindre risiko for at opleve reduceret psykisk velbefindende og har mindre sandsynlighed for at bruge antidepressive lægemidler.

Besøg hos psykolog kan tages til udtryk for, at en person selv søger at få behandling i forhold til depression eller psykisk mistrivsel. Vi finder i vores analyse, at yngre sammenlignet med ældre i højere grad søger psykologhjælp, og at især ældre med en videregående uddannelse søger psykologhjælp. Denne sammenhæng skal muligvis forklares med egenbetalingen ud over eventuelt offentligt tilskud, der er knyttet til konsultationer hos psykolog.

Vores analyse kan således ikke ud over bopæl pege på faktorer, der har en forebyggende virkning i forhold til at opleve reduceret psykisk velbefindende. Psykisk mistrivsel synes på den

baggrund at kunne ramme enhver, der bliver udsat for en ægtefælles død. Vores variabel for socialt netværk er muligvis ikke dækkende til at afdække, hvorvidt social støtte eller et godt socialt netværk forebygger psykisk mistrivsel i forlængelse af ægtefællens død. Tidligere forskning peger imidlertid i retning af, at det er usikkert, på hvilken måde social støtte kan forebygge psykisk mistrivsel blandt enker og enkemænd.

Ensomhed (uønsket alene)

Et spørgsmål om, hvor ofte personerne i vores population føler sig ensomme, indgår i udtrykket for psykisk velbefindende. Vi har i stedet analyseret, i hvilken udstrækning enker/enkemænd, sammenlignet med gifte, er alene, selv om de havde mest lyst til at være sammen med andre. Vi har kaldt det at være "uønsket alene". Ligesom en lang række tidligere studier, jf. afsnit 5.3, finder vi, at risikoen for ofte eller af og til at være uønsket alene er større blandt enker/enkemænd end blandt gifte, både med og uden kontrol for risikoen i udgangssituationen samt for demografiske og socioøkonomiske karakteristika. Blandt mænd er den øgede risiko for at være uønsket alene mindre for enkemænd end for gifte mænd tre til fire år efter enkestanden i forhold til op til to år efter. Blandt kvinder aftager den øgede risiko for enker ikke med tiden inden for de fire første år efter ægtefællens død. Vores resultater er på linje med tidligere studier, hvor der generelt peges på, at ensomhedsfølelsen varer ved flere år efter ægtefællens død (fx Guiaux 2010). Det at være uønsket alene, som vi har undersøgt, kan, som fremført af Beal (2006), knyttes til, at man savner det sociale aspekt ved at være et par – at have nogen at følges med og at deltage i sociale begivenheder med. Det kan tilføjes, at enker/enkemænd kan savne nogen i hjemmet at dele de daglige oplevelser med.

Forebyggelse af ensomhed (uønsket alene)

Vores analyser har vist, at det alene er sandsynligheden for også at have været uønsket alene på udgangstidspunktet, der ud over enkestand kan forklare sandsynligheden for ofte eller af og til at være uønsket alene på opfølgningstidspunktet. Vi har således i vores analyser ikke kunnet finde en sammenhæng mellem fx at være social stærk i udgangsåret og risikoen for at være uønsket alene i opfølgningsåret. Dette adskiller sig fra Nielsen og Platz (2006), der har rapporteret, at ældre, der ikke er socialt stærke, har øget risiko for at være uønsket alene.

Der er forfattere, der sonderer mellem emotionel ensomhed og social ensomhed (fx Guiaux 2010, van der Houwen et al. 2010), og de finder, at social støtte ikke påvirker risikoen for emotionel ensomhed. Guiaux (2010) rapporterer, at øget social støtte forebygger social ensomhed i enkestanden. Dahlberg et al. (2015) rapporterer, at et lavt niveau af sociale kontakter og en reduktion i sociale kontakter forudsiger ensomhed blandt mænd. Victor & Bowling (2012) finder, at en forbedring i sociale relationer viste sammenhæng med en reduktion i ensomhed. Tidligere forskning peger altså på, at social støtte kan bidrage til at forebygge ensomhed, mens vi i vores analyse ikke kan finde sådanne sammenhænge. Denne forskel kan skyldes, at social støtte er opgjort på forskellig måde. Den manglende sammenhæng i vores analyser kan endvidere være et udtryk for, at vores variabel for at være social stærk er et for groft mål for social støtte eller sociale kontakter. Vores resultat adskiller sig dog også fra Nielsen og Platz (2006), som bruger samme variabel til at angive, om den enkelte er social stærk. Nielsen og Platz' (2006) analyse inddrager imidlertid social styrke på samme tidspunkt, hvor det er målt, om svarpersonerne oplever, at de er uønsket alene. I vores analyser er social styrke opgjort fem år før, og der kan i den mellemliggende periode være sket ændringer i omfanget af sociale kontakter – bl.a. som følge af ægtefællens død. Selv om vi i vores analyse ikke kan finde en sammenhæng mellem social styrke og risikoen for at være uønsket alene, kan det på baggrund af tidligere forskning ikke udelukkes, at social støtte i nogle tilfælde kan forbygge oplevelsen af ensomhed. Omfanget af sociale kontakter, før enkestandens indtræden, synes imidlertid ikke at være en god indikator for risikoen for, at enker eller enkemænd ofte eller af og til er uønsket alene.

En række forfattere viser endvidere, at dårligt helbred samt reduceret funktionsevne og mobilitet øger risikoen for ensomhed (Dahlberg et al. 2015, Eloranta et al. 2015, Savikko et al. 2005, Theeke 2009, Victor & Bowling 2012). Vi har ikke i vores analyser af risikoen for at være uønsket alene kontrolleret for helbred og funktionsevne, men tidligere forskning peger således på, at der er særlig grund til at være opmærksom på enker/enkemænd med nedsat funktionsevne og nedsat mobilitet.

Ifølge Savikko et al. (2005) er ensomhed mere almindelig blandt ældre, der bor på landet, end blandt ældre, der bor i byer, mens ældre, der bor i mindre byer, ifølge Ferreira-Alves et al. (2014) har mindre risiko for at opleve ensomhed. Vi finder i vores analyse ingen sammenhæng mellem bopæl og risikoen for at være uønsket alene.

Når det handler om at afhjælpe ensomhed, peger flere studier peger på, at gruppebaseret aktiviteter har en positiv effekt i forhold til at modvirke ensomhed og social isolation blandt ældre. Det synes endvidere væsentligt, at de ældre selv er aktive deltagere (Rambøll 2012).

7.1.3 Indkomst og boligskift

Enkemænd og enker har en lavere indkomst end gifte af samme køn, men når der kontrolleres for indkomst i udgangsåret, hvor alle var gifte, og for demografiske og socioøkonomiske karakteristika, kan vores analyser ikke påvise en signifikant lavere disponibel indkomst som følge af enkestanden. Det skal bemærkes, at der her er tale om ækvivaleret indkomst, hvor der tages hensyn til antal personer i husstanden i forhold til husstandens samlede indkomst. Forskelle i indkomst blandt ældre er primært forklaret af alder, uddannelse, og om man er i beskæftigelse eller ikke. Vi finder ingen signifikant forskel i disponibel indkomst mellem enker/enkemænd uanset, om vi kontrollerer for beskæftigelse eller ikke. Det indikerer, at tilknytningen til arbejdsmarkedet er ensartet for enker/enkemænd og gifte, idet ældre, som er i beskæftigelse, har højere disponibel indkomst end ældre, der ikke er i beskæftigelse.

Analyserne i denne rapport peger altså ikke på, at overgang til enkestand fører til en lavere disponibel indkomst. Forklaring kan være, at en betydelig andel af enker og enkemænd bliver økonomisk kompenseret ved ægtefællens bortgang, fx gennem pensionssystemet, hvor enlige modtager en højere folkepension end gifte/samlevende, og gennem andre sociale ydelser, som er højere for enlige end gifte. Hvorvidt enker/enkemænd bliver kompenseret på anden måde, kræver nærmere analyser.

Selv om enkestand ikke fører til en signifikant lavere ækvivaleret disponibel indkomst blandt enker og enkemænd end blandt gifte, kan faste udgifter til fx husleje alligevel betyde, at enker og enkemænd har et mindre beløb til rådighed til udgifter ud over de faste.

Vores analyser viser, at den største andel af enker og enkemænd fem år efter ægtefællens død fortsat bor i den *bolig*, de boede i med ægtefællen⁵. Det gælder en større andel af enkemænd end af enker. Sammenlignet med fortsat gifte er det en større andel af enker og enkemænd, der er flyttet i løbet af perioden. Dette resultat er i overensstemmelse med tidligere forskning af enker/enkemænds flyttemønster (Bonnet et al. 2010, Chevan 1995, Hansen & Gottschalk 2006, Hirst & Corden 2010, Lin 2005, Pendakur & Young 2013, Speare & Goldscheider 1987). Andelen, der flytter blandt både enker og enkemænd, er størst i årene lige omkring enkestanden, mens det er en langt mindre andel, der først flytter fire år efter enkestanden.

⁵ Det må understreges, at vores analyse ikke afdækker, i hvilken udstrækning der er enker eller enkemænd, som af forskellige årsager ikke kan få realiseret deres flytteønsker.

Vores resultater er i tråd med den del af den tidligere forskning, der peger på, at enker og enkemænds flytning typisk sker kort tid efter ægtefællens død (fx Chevan 1995, Bonnet et al. 2010). Dette er da også det mest logiske mønster. Når enken eller enkemanden er kommet ud over den kritiske fase i forbindelse med dødsfaldet, vil det relativt hurtigt stå klart, om boligen fysisk og økonomisk passer til den nye situation. Hvis ulemperne ved boligen vurderes at overstige fordelene, fx et godt naboskab, vil det være naturligt relativt hurtigt at flytte til et mere egnet alternativ. Enker vurderer tilsyneladende hyppigere end enkemænd, at den fælles bolig fra ægteskabet ikke er velegnet efter ægtefællens død.

7.2 Konklusion

Analyserne i denne rapport peger på, at konsekvenserne af at blive enke eller enkemand først og fremmest er en risiko for en forværring af den psykiske tilstand. Vi ser således, at enkestanden hænger sammen med øget psykisk mistrivsel, en øget risiko for ofte eller af og til at være alene, selv om man havde mest lyst til at være sammen med andre, og en øget sandsynlighed for at bruge antidepressive lægemidler. Endvidere kan man tolke et større antal lægekontakter blandt enker og enkemænd end blandt gifte, som en følge af øget psykisk mistrivsel, som kan give sig udslag i sygdomssymptomer, og tegn på savnet af en samtalepartner i hjemmet. Den højere andel blandt enker/enkemænd i forhold til gifte, der bruger smertestillende medicin og antidepressive lægemidler samt den højere hyppighed af besøg hos psykolog kan endvidere ses som en konsekvens af den øgede mistrivsel.

Den psykiske mistrivsel synes størst i de første år efter ægtefællens død. Enkemænds psykiske velbefindende er ganske vist lavere end gifte mænds i op til fire år efter ægtefællens død. Derimod er antal kontakter med psykolog og den højere sandsynlighed for at bruge antidepressive midler blandt enkemænd i forhold til gifte størst de første år efter ægtefællens død. Enkers psykiske velbefindende er lavere end gifte kvinders alene de første par år efter ægtefællens død. Flere besøg hos psykolog og en større sandsynlighed for at bruge antidepressive lægemidler blandt enker end blandt gifte kvinder gør sig ligeledes især gældende i de første år efter ægtefællens død.

Blandt enkemænd er den øgede risiko for at være uønsket alene mindre tre-fire år efter end op til to år efter. Blandt enker aftager den øgede risiko ikke med tiden inden for de fire første år efter ægtefællens død.

Vi har ikke kunnet identificere specifikke faktorer eller karakteristika, som forebygger at blive ramt af psykisk mistrivsel eller ensomhed som følge af ægtefællens død. Der synes således at være nogle psykiske konsekvenser af enkestand, som kan ramme enhver. Tidligere studier peger på, at det er usikkert, hvordan social støtte kan forebygge psykisk mistrivsel.

Omfanget af sociale kontakter, før enkestandens indtræden, synes, ifølge vores analyse, ikke at være en god indikator for risikoen for, at enker eller enkemænd ofte eller af og til er uønsket alene efter ægtefællens død. Tidligere forskning peger imidlertid på, at social støtte i nogle tilfælde kan forbygge oplevelsen af ensomhed.

Undersøgelsen har ikke fundet, at enkestand har konsekvenser for somatisk helbred og funktionsevne i daglige aktiviteter, men behovet for hjemmehjælp stiger som følge af, at den afdødes ressourcer i husstanden falder væk.

Når der tages hensyn til antal personer i husstanden, har enker og enkemænd ikke en lavere disponibel indkomst end henholdsvis gifte kvinder og mænd.

Litteratur

- Almeida, O.P. (2014): Prevention of depression in older age. *Maturitas* 79(2): 136-141.
- Angel, J.L., M.A. Jiménez & R.J. Angel (2007): The Economic Consequences of Widowhood for Older Minority Women. *The Gerontologist*, 47(2): 224-234.
- Angelini, V. & A. Laferrère (2012): Residential Mobility of the European Elderly. *CESifo Economic Studies*, 58(3): 544–569.
- Anusic, I. & R.E. Lucas (2014): Do Social Relationships Buffer the Effects of widowhood? A Prospective Study of Adaptation to the Loss of a Spouse. *Journal of Personality*, 82: 367-378.
- Arber, S., K. Fenn & R. Meadows (2014): Subjective financial well-being, income and health inequalities in mid and later life in Britain. *Social Science & Medicine*, 100: 12-20.
- Arendt, J.N., E.B. Hansen, H. Olsen, M. Rasmussen, J. Bentzen & B. Rimdal (2003): Levevilkår blandt pensionister uden supplerende indkomst (03:15). København: Socialforskningsinstituttet.
- Ásgeirdóttir, H.G., U. Valdimarsdóttir, C.J. Fürst, G. Steineck & A. Hauksdóttir (2013): Low preparedness before the loss of a wife to cancer and the widower's chronic pain 4-5 years later – a population-based study. *Psycho-Oncology*, 22(12): 2763-2770.
- Atp (2013): To ud af tre pensionskroner kommer fra det offentlige og ATP. *Faktum nr. 120*, (sept.).
- Ben-zur, H. (2012): Loneliness, Optimism and Well-being among Married, Divorced, and Widowed Individuals. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 146(1-2): 23-36.
- Bennett, K.M. (1997): Widowhood in elderly women: The medium- and long-term effects on mental and physical health. *Mortality*, 2(2): 137-148.
- Berntsen, K.N. & Ø. Kravdal (2012): The relationship between mortality and time since divorce, widowhood or remarriage in Norway. *Social Science & Medicine*, 75(12): 2267-2274.
- Bian, X. (2016): Leverage and Elderly Homeowners' Decisions to Downsize. *Housing Studies*, 31(1): 20-41.
- Bloem, B., T. Van Tilburg & F. Thomése (2008): Residential mobility in Older Dutch Adults: Influence of Later Life Events. *International Journal of Ageing and Later Life*. 1(3): 21-44.
- Blomgren, J., P. Martikainen, T. Martelin & S. Koskinen (2008): Determinants of home-based formal help in community-dwelling older people in Finland. *European Journal of Ageing*, 5: 335-347.
- Blume, K. (2005): Is there a Relationship between Residential Mobility and Well-Being among Elderly People? Working paper. København: AKF.
- Boniface, D.R. & M.J. Denham (1997): Factors influencing the use of community health and social services by those aged 65 and above. *Health and Social Care in the Community*, 5(1): 48-54.

- Bonnet, C., L. Gobillon & A. Laferrère (2010): The effect of widowhood on housing and location choices. *Journal of Housing Economics*, 19(2): 94-108.
- Bowling, A., M. Farquhar, E. Grundy (1993): Who are the consistently high users of health and social services? A follow-up study two and a half years later of people aged 85+ at baseline. *Health & Social Care*, 1(5): 277-287.
- Bradbeer, M, R.D. Helme, H.-H. Yong, H.L. Kendig & S.J. Gibson (2003): *The Clinical Journal of Pain*, 19(4): 247-254.
- Chevan, A. (1995): Holding On and Letting Go. Residential Mobility During Widowhood. *Research on Aging*, 17(3): 278-302.
- Choi, K.H. & S. Vasunilashorn (2013): Widowhood, Age Heterogamy, and Health: The Role of Selection, Marital Quality, and Health Behaviors. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 69(1): 123-34.
- Dahlberg, L., L. Andersson, K.J. McKee & C. Lennartson (2015): Predictors of loneliness among older women and men in Sweden: A longitudinal study. *Ageing & Mental Health*, 19(5): 409-417.
- Delbés, C. & J. Gaymu (2002): The Shock of Widowhood on the Eve of Old Age: Male and Female Experiences. *Population*, 57(6): 885-913.
- Donrovich, R., S. Drefahl & I. Koupil (2014): Early life conditions, partnership stories, and mortality risk for Swedish men and women born 1915-1929. *Social Science & Medicine*, 108: 60-67.
- Eloranta, S., S. Arve, H. Isoaho, A. Lehtonen & M. Viitanen (2015): Loneliness of older people aged 70: A comparison of two Finnish cohorts born 20 years apart. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 61: 254-260.
- Ferreira-Alves, J., P. Magalhães, L.V. & R. Simoes (2014): Loneliness in middle and old age: Demographics, perceived health, and social satisfaction as predictors. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 59: 613-623.
- Fredslund, E.K. & S.R. Rasmussen (2015): Ældres forbrug af sundheds- og hjemmeplejeydelser – betydende socioøkonomiske faktorer. København: KORA.
- Gillen, M. & H. Kim (2009): Older Women and Poverty Transition. *Journal of Applied Gerontology*, 28(3): 320-341.
- Guiaux, M. (2010): Social adjustment to widowhood. Changes in social relationship and loneliness before and after partner loss. Dissertation. Amsterdam
- Guldin, M.-B. (2012): Bereavement in Healthcare. Implications, Identification and Intervention (PhD dissertation). Aarhus: The Research Unit for General Practice. Aarhus University.
- Guldin, M.-B. (2014): Kompliceret sorg. *Psykolog nyt*, (4): 5-7.
- Hallberg, D., M. Lagergren (2009): Moving in and out of public old age care among the very old in Sweden. *European Journal of Ageing*, 6(2): 137-145.
- Halleröd, B. (2013): Gender inequality from beyond the grave: intra-household distribution and wellbeing after spousal loss. *Ageing & Society*, 33(5): 783-803.

- Hansen, E.B. (2012): Ældres hjælperelationer og sociale relationer over ti år. Udviklingen over tid og med stigende alder 1997-2007. København: AKF.
- Hansen, E.B. (2013): Older immigrants' use of public home care and residential care. *European Journal of Ageing*, 11:41-53.
- Hansen, E.B. & G. Gottschalk (2006): What Make Older People Consider Moving and What Makes Them Move? *Housing, Theory and Society*, 23(1): 34-54.
- Hansen, E.B., J. Kjellberg, L. Eskelinen, R. Ibsen & T. Fuglsang (2013): Målgruppen for rehabilitering til hverdagens aktiviteter. Hvad karakteriserer målgruppen, og hvad motiverer til rehabilitering? Odense: Socialstyrelsen.
- Heikkinen, R.-L. & M. Kauppinen (2011): Mental well-being: A 16-year follow-up among older residents in Jyväskylä. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 52: 33-39.
- Herbers, D.J., C.H. Mulder & J.A. Mødenes (2014): Moving Out of Home Ownership in Later Life: The Influence of the Family and Housing Careers. *Housing Studies*, 29(7): 910-936
- Hewitt, B., G. Turrell & K. Giskes (2012): Marital loss, mental health and the role of perceived social support: findings from six waves of an Australian population based panel study. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 66(4): 308-314.
- Hirst, M. & A. Corden (2010): Change in living arrangements following death of a partner in England and Wales, 1971 to 2001. I: C.W. Smith (red.): *Population Trends*. Autumn 2010, Office for National Statistics.
- Holden, K.C., J. Kim & B. Novak (2010): Psychological adjustment to widowhood: The role of income over time. [U.st.]: Society of Actuaries and University of Wisconsin-Madison.
- Hungerford, T.L. (2001): The Economic Consequences of Widowhood on Elderly Women in the United States and Germany. *The Gerontologist*, 41(1): 103-110.
- Jones, A.M., N. Rice, T.B. d'Uva & S. Balia (2007): Applied Health Economics. New York & Oxford: Routledge, Taylor and Francis.
- Jozwiak, N., M. Preville & H.-M. Vasiliadis (2013): Bereavement-related depression in the older adult population: A distinct disorder? *Journal of Affective Disorders*, 151: 1083-1089.
- Kamiya, Y., M. Doyle, J.C. Henretta & V. Timonen (2013): Depressive symptoms among older adults: The impact of early and later life circumstances and marital status. *Aging and Mental Health*, 17(3): 349-357.
- Keese, M. (2012): Downsize, Undermaintain, or Leave it as it is: Housing Choices of Elder Germans. *CESifo Economic Studies*, 58(3): 570-598.
- Kriegbaum, M., U. Christensen, P.K. Andersen, M. Osler & R. Lund (2013): Does the association between broken partnership and first time myocardial infarction vary with time after break-up? *International Journal of Epidemiology*, 42(6): 1811-1819.
- Laditka, J.N. & S.B. Laditka (2003): Increased Hospitalization Risk for Recently Widowed Older Women and Protective Effects of Social Contacts, *Journal of Women & Aging*, 15:2-3, 7-28.
- Larsson, K. (2002). Does Gender Matter? Differences in Patterns of Informal Support and Formal Services in a Swedish Urban Elderly Population. *Research on Aging*, 24(3): 308-336.

Lauritzen, H.H., R.N. Brønner, P. Thomsen & M. Wüst (2012): Ældres ressourcer og behov. København: SFI.

Leigh, L., J.E. Byles, C. Chojenta & N.A. Pachana (2015): Late life changes in mental health: a longitudinal study of 9683 women. *Aging & Mental Health*, DOI: 10.1080/13607863.2015.1060943.

Li, C (2004): Widowhood: Consequences on Income for Senior Women. Statistics Canada. Set den 15. 11. 2013 på <http://publications.gc.ca/collections/Collection/Statcan/11-621-M/11-621-MIE2004015.pdf> .

Lin, J. (2005): The housing transitions of seniors. *Canadian Social Trends*. Catalogue, 11-008: 22-26. Statistics Canada. Set den 15. 11. 2013 på <http://www.statcan.gc.ca/pub/11-008-x/2005003/article/8969-eng.pdf> .

Liu, H. (2012): Marital dissolution and self-rated health: Age trajectories and birth cohorts variations. *Social Science & Medicine*, 74(7): 1107-1118.

Meinow, B. (2008): Capturing Health in the Elderly Population: Complex Health Problems, Mortality, and Allocation of Home-help Services. (Doctoral thesis. Stockholm Studies in Social Work no. 26). Stockholm: Institutionen för socialt arbete. Socialhögskolan.

Melgar, N. & M. Rossi (2012): A Cross-Country Analysis of the Risk Factors for Depression at the Micro and Macro Level. *American Journal of Economics and Sociology*, 71(2): 354-376.

Moon, J.R., N. Kondo, M.M. Glymour & S.V. Subramanian (2011): Widowhood and Mortality: A Meta-Analysis. *PLoS One*, 6(8): 1-9.

Moon, J.R., M.M. Glymour, A.M. Vable, S.Y. Liu & S.V. Subramanian (2013): Short- and long-term associations between widowhood and mortality in the United States: longitudinal analyses. *Journal of Public Health*, 36(3): 382-389.

Mu, C., M. Kecmanovic & J. Hall (2015): Does Living Alone Confer a Higher Risk of Hospitalisation? *Economic Record*, 91: 124-138.

Nicolaisen, M. & K. Thorsen (2014): Loneliness among men and women – a five-year follow-up study. *Aging & Mental Health*, 18(2): 194-206.

Nielsen, E.B. & M. Platz (2006): Portrætter af gamle ensomme – gør boligen en forskel? Helle- rup: Videnscenter på Ældreområdet.

Nielsen, E.B. & M. Platz (2008): Fra to til en – livet efter den andens død. København: Vi- denscenter på Ældreområdet.

O'Bryant, S.L. & C.I. Murray (1987): "Attachment to Home" and Other Factors Related to Wid- ows' Relocation Decision. *Journal of Housing for the Elderly*, 4(1): 53-72.

O'Connor, M. (2009): PTSD hos ældre efterladte? *Gerontologi*, 25(4): 4-7.

Pachana, N.A., D. McLaughlin, J. Leung, S.J. McKenzie & A. Dobson (2011): The effect of having a partner on activities of daily living in men and women aged 82-87 years. *Maturitas*, 68(3): 286-290.

Paul, C., S. Ayis & S. Ebrahim (2006): Psychological distress, loneliness and disability in old age. *Psychology, Health & Medicine*, 11(2): 221-232.

Pendakur, R. & N. Young (2013): Putting on the moves: Individual, household, and community-level determinants of residential mobility in Canada. *Demographic Research*, 29: 767-796.

Pudrovska, T. & D. Carr (2008): Psychological adjustment to divorce and widowhood in mid- and later life: Do coping strategies and personality protect against psychological distress? *Advances in Life Course Research* 13: 283-317.

Rambøll (2012): Forebyggelse af funktionsevnetab hos ældre. Kortlægning af viden og evidens. Odense: Socialstyrelsen.

Roelfs, D.J., E. Shor, M. Currelli, L. Clemow, M.M. Burg & J.E. Schwartz (2012): Widowhood and Mortality: A Meta-Analysis and Meta-Regression. *Demography*, 49(2): 575-606.

Rolden, H.J.A., D. van Bodegom & R.G.J. Westendorp (2014): Changes in Health Care Expenditure after the Loss of a Spouse: Data on 6,487 Older Widows and Widowers in the Netherlands. *PLoS ONE* 9(12), 1-17.

Platz, M. (2004): Folkepensionister – et fattigt liv? København: Videnscenter på Ældreområdet.

Powers, S.M., T.L. Bisconti & C.S. Bergeman (2014): Trajectories of Social Support and Well-being across the First Two Years of Widowhood. *Death Studies*, 38(8): 499-509.

Prigerson, H.G., P.K. Maciejewski & R.A. Rosenbeck (2000): Preliminary Explorations of the Harmful Interactive Effects of Widowhood and Marital Harmony on Health, Health Service Use, and Health Care Costs. *The Gerontologist*, 40(3): 349-357.

Pudrovska, T. & D. Carr (2008): Psychological adjustment to divorce and widowhood in mid- and later life: Do coping strategies and personality protect against psychological distress? *Advances in Life Course Research*, 13: 283-317.

Savikko, N., P. Routasalo, R.S. Tilvis, T.E. Strandberg & K.H. Pitkälä (2005): Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 41: 223-233.

Shanas, E., P. Townsend, D. Wedderburn, H. Friis, P. Milhøj & J. Stehouver (1968): Old People in Three Industrial Societies. London: Routledge.

Socialministeriet, Økonomi- og Erhvervsministeriet, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Skatteministeriet og Finansministeriet (2003): Ældres økonomiske vilkår. Albertslund: Schultz Information.

Speare, A. Jr. & F.K. Goldscheider (1987): Effects of Marital Status Change on Residential Mobility. *Journal of Marriage and the Family*, 49(2): 455-464.

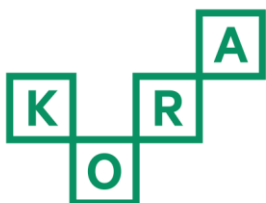
Stahl, S.T. & R. Schulz (2014): Change in Routine Health Behavior Following Late-life Bereavement: A Systematic Review. *Journal of Behavioral Medicine*, 37: 736-755.

Stoddart, H., E. Whitley, I. Harvey & D. Sharp (2002). What determines the use of home care services by elderly people? *Health and Social Care in the Community*, 10(5): 348-360.

Stone, J., M. Evandrou & J. Falkingham (2013): The transition to living alone and psychological distress in later life. *Age and Ageing*, 42(3): 366-372.

Stroebe, M., H. Schut & W. Stroebe (2007): Health outcomes of bereavement. *The Lancet*, 370(9603): 1960-1973.

- Strohschein, L., P. McDonough, G. Monette & Q. Shao (2005): Marital transitions and mental health: Are there gender differences in the short term effects of marital status change? *Social Science and Medicine*, 61: 2293-2303.
- Theeke, L.A. (2009): Predictors of Loneliness in U.S. Adults over Age Sixty-Five. *Archives of Psychiatric Nursing*, 23(5): 387-396.
- Tudiver, F., J.A. Permaul-Woods, J. Hilditch, J. Harmina & S. Saini (1995): Do widowers use the health care system differently? Does intervention make a difference? *Canadian Family Physician*, (41): 392-400.
- Van den Brink, C.L., M. Tijhuis, G.A.M. van den Bos, S. Giampaoli, P. Kivinen, A. Nissinen & D. Kromhout (2004): *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(3): 353-358.
- Van der Houwen, K., M. Stroebe, W. Stroebe, H. Schut, J. van den Bout & L.W. Meij (2010): Risk Factors for Bereavement Outcome: A Multivariate Approach. *Death Studies*, 34: 195-220.
- Van Ooijen, R., R. Alessie & A. Kalwij (2015): Saving Behavior and Portfolio Choice after Retirement. *De Economist* 163: 353-404.
- Victor, C.R. & A. Bowling (2012): A Longitudinal Analysis of Loneliness Among Older People in Great Britain. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 146(3): 313-331.
- Victor, C.R., S.J. Scambler, A. Bowling & J. Bond (2005): The prevalence of, and risk factors for, loneliness in later life: a survey of older people in Great Britain. *Ageing and Society*, 25(4): 357-375.
- Vieira, E.B., J.B. Garcia, A.A. da Silva, R.L. Araújo, R.C. Jansen & A.L. Bertrand (2012): Chronic pain, associated factors, and impact on daily life: are there differences between the sexes? *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 28(8): 1459-1467.
- Wang, J.J., P. Mitchell, W. Smith & S.R. Leeder (1999): Factors associated with use of community support services in an older Australian population. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 23(2): 147-153.
- Weaver, F., S. Stearns, E.C. Norton & W. Spector (2009): Proximity to death and participation in the long-term care market. *Health Economics*, 18(8): 867-883.
- Wenger, C., R. Davies, S. Shahtahmasebi & A. Scott (1996): Social Isolation and Loneliness in old Age: Review and Model Refinement. *Ageing and Society*, 16(3): 333-358.
- Wolinsky, F.D. & R.J. Johnson (1992): Widowhood, Health Status, and the Use of Health Services by Older Adults: A Cross-sectional and Prospective Approach. *Journal of Gerontology*, 47(1): S8-S16.
- Wright, D.M., M. Rosato & D. O'Reilly (2015): Urban/rural variation in the influence of widowhood on mortality risk: A cohort study of almost 300,000 couples. *Health & Place* 34: 67-73.



**Det Nationale Institut
for Kommuner og Regioners
Analyse og Forskning**

Købmagergade 22
1150 København K
E-mail: kora@kora.dk
Telefon: 444 555 00