Lange og lykkelige liv

Hvordan fremtidssikrer vi det gode liv i et aldrende samfund?

Happiness Research Institute

Lange og Lykkelige Liv

Hovedforfattere:
Michael Birkjær, The Happiness Research Institute
Micah Kaats, The Happiness Research Institute

Redaktør:
Helene Hinz

Layout:
Peter Ørntoft

Om rapporten:
Rapporten er udarbejdet af The Happiness Research Institute for Ældre Sagen

Reference:
Birkjær, M. & Kaats, M. (2021) Lange og lykkelige Liv,
København: The Happiness Research Institute

Copyright © 2021

Kontakt:
birkjaer@happinessresearchinstitute.com

“I sidste ende handler gode liv om noget så banalt som at have nogen eller noget at stå op til om morgenen. Det gælder uanset, om vi er unge eller gamle. Vi har ganske enkelt brug for, at der er brug for os.”

Vibeke Koushede

Professor og institutleder, Institut for Psykologi, Københavns Universitet

INDHOLDSFORTEGNELSE

Indholdsfortegnelse 4

Forord: Livet er langt. Behøver lykken være kort? 5

Sammenfatning 6

De 10 vigtigste resultater fra denne rapport 7

Indledning 8

Metode: Wellbeing Adjusted Life Years 10

Del 1: Nutidens trivselsbyrder 16

Del 2: Perspektivering: Gode livsforløb 26

Del 3: Perspektivering: Hvad med partneren? 34

Del 4: Gode liv er god samfundsøkonomi 38

Del 5: Fremtidens trivselsbyrder 46

Konklusion: Anbefalinger til fremtidssikringen af livskvaliteten 56

Bilag 1: Sådan udregner vi WALY 62

Bilag 2: De 26 faktorer og hvordan de måles 63

Bilag 3: Byrdeoversigt 64

Referencer: 66

FORORD

Livet er langt. Behøver lykken være kort?

Når livet bliver længere, skal vi sikre, at lykken følger med. Vi skal sikre, at længere liv også betyder bedre liv.

Lykke, trivsel og livskvalitet er i stadig større grad i fokus hos både internationale organisationer og regeringer verden over. FN har vedtaget en resolution om lykke, der opfordrer verdens lande til at fokusere mere på befolkningers trivsel. OECD har etableret Your Better Life Index, der blandt andet bygger på folks tilfredshed med livet i medlemslandene. Storbritanniens Office of National Statistics gennemfører hvert år en måling af briternes trivsel, og New Zealand har vedtaget et trivselsbudget, hvor politiske forslag evalueres på grundlag af deres evne til at løfte livskvaliteten i befolkningen.

Fælles for disse initiativer er, at de bygger på en øget bevidsthed om, at livskvalitet er det ultimative mål for politik. Det er ikke længere tilstrækkeligt kun at måle vores evne til at skabe økonomisk velstand – vi må i lige så høj grad måle vores evne til at veksle vores velstand til livskvalitet.

Samtidig lever vi længere. Det er godt nyt, men åbner samtidig for nye spørgsmål.

Følger der øget livskvalitet med øget levealder, eller er ensomhed prisen, vi betaler, for et langt liv? Hvad er de primære udfordringer for et godt liv både i dag og om 30 år? Og har vi overhovedet råd til at betale den samfundsøkonomiske pris for mistrivsel?

Det er spørgsmål, som vi forsøger at belyse i denne rapport. Vi håber, at den vil sætte gang i tanker og debat om, hvordan vi fremtidssikrer livskvaliteten.

Livet bliver længere - lad os arbejde for, at lykken ikke bliver kort.

Meik Wiking, Direktør,
The Happiness Research Institute

SAMMENFATNING

I Danmark og resten af verden stiger den gennemsnitlige levealder markant - samtidig med at gruppen af ældre vokser. I 2050 vil antallet af mennesker, som har rundet 80 år, være mere end fordoblet sammenlignet med i dag,[1] mens den gennemsnitlige levealder i Danmark vil stige til 85,7 år for mænd og 88,4 år for kvinder.[2] Disse tal vidner om en positiv udvikling i vores levestandard, men i takt med denne udvikling er det vigtigt, at vi som samfund retter fokus mod kvaliteten af de ekstra leveår og på forskellene i befolkningens sundhedsadfærd, helbred og trivsel.

Kvaliteten af disse ekstra leveår er imidlertid truet af en stigende ensomhed samt flere psykiske og fysiske problemer hos voksne som ældre.[3] Når man skal vurdere, om politiske initiativer faktisk skaber gode leveår for befolkningen, er det derfor vigtigt, at man forholder sig til de fysiske såvel som de relationelle, mentale og økonomiske udfordringer, mennesker møder i livet. Dette forudsætter anvendelse af en metode, der kan kaste lys over kvaliteten af fremtidens ekstra leveår i en bredere forstand, end hvad der oftest tilbydes af såkaldte sundhedsrelaterede livskvalitetsmål. Vi har brug for en metode, der i højere grad kan klarlægge den generelle livskvalitet.

I denne rapport anvender vi metoden Wellbeing Adjusted Life Years (WALY). WALY er et nyt velfærdsværktøj, som tager afsæt i data på befolkningens almene livstilfredshed, og som gør det muligt at måle og sammenligne trivselsbyrder- og effekter på tværs af meget forskellige livsomstændigheder. WALY regner alle effekter på samme enhed: gode leveår.

Målgruppen for analyserne i denne rapport er personer bosat i Danmark i alderen 50+. Analyserne viser at denne gruppe hvert år mister mange gode leveår:

55.000 gode leveår til moderat ensomhed
41.000 gode leveår til depressioner
23.000 gode leveår til fysisk inaktivitet
21.000 gode leveår til svær ensomhed
17.000 gode leveår til skilsmisser

Behovet for at sikre gode liv for 50+årige er altså i dag allerede præsent, men med den demografiske udvikling in mente bliver behovet kun tiltagende de kommende år.

I denne rapport gennemfører vi en fremskrivning af byrdeforholdene og kortlægger en række fremtidsscenarier, som viser, at de ovenstående tab af gode leveår kan vokse sig langt større, hvis ikke samfundet formår at tilpasse sig fremtidens demografiske virkelighed. Det er håbet, at introduktionen til WALY - som metode til at beregne gode leveår – samt rapportens resultater, kan hjælpe politikere og beslutningstagere med at navigere i en kompleks fremtid.

---

[1] Ifølge statistikbanken (FRDK120) lever der 271.326 personer over 80 år i Danmark i 2020. I 2050 forventes tallet at nå 620.590.

[2] Statistikbanken FRDK420

[3] Baseret på besvarelser fra spørgeskemaundersøgelsen i Den Nationale Sundhedsprofil, "Hvordan har du det?", der senest blev gennemført i 2017. Udledes at andelen af 50+årige som oplever ensomhed eller kort- eller landvarige mentale sundhedsproblemer, er steget i perioden 2013-2017. Kan tilgås på: www.danskernessundhed.dk

DE 10 VIGTIGSTE RESULTATER FRA DENNE RAPPORT

1 Ensomhed er den mest byrdefulde livsomstændighed for 50+årige.

50+årige som lever med svær ensomhed, mister årligt 27,8% livskvalitet. Det er det højeste byrdetal på tværs af samtlige 26 faktorer, vi undersøger i analysen.

(Læs mere i Del 1)

2 Depression stjæler mange gode leveår for 50+årige.

50+årige, der lever med depression, mister årligt 17,2% livskvalitet.

(Læs mere i Del 1)

3 Ensomhed i barndommen øger risikoen for mistrivsel som 50+årig.

50+årige, der var ensomme i barndommen, har større risiko for blandt andet at udvikle depression og at blive skilt.

(Læs mere i Del 1)

4 Sygdomme påvirker livskvaliteten forskelligt.

Sundhedsproblemer som forhøjet blodtryk og forhøjet kolesterol er associeret med forholdsvis små tab af livskvalitet. Parkinsons sygdom og Alzheimers og andre demenssygdomme samt sygdomme, der forvolder fysisk inaktivitet, er omvendt forbundet med markante tab af livskvalitet.

(Læs mere i Del 1)

5 Med tiden kan 50+årige tilpasse sig begivenheder som enkestand og hjerteanfald, men ikke depression og ensomhed.

Hvad nogle faktorer angår, kan man genvinde tabt livskvalitet over tid – f.eks. ved enkestand og hjerteanfald. Men mennesker, der oplever ensomhed og depression, genvinder ikke tabt livskvalitet over tid ved at "lære at leve med det" – de genvinder i gennemsnit kun den tabte livskvalitet ved, at problemerne bliver afhjulpet.

(Læs mere i Del 2)

6 At være pårørende til en person, som har forringet livskvalitet kan være alvorligt for éns egen livskvalitet.

Dette gælder i særdeleshed, hvis man er partner til en person med Alzheimers og andre demenssygdomme eller depression. Faktisk er de trivselsmæssige byrder ved at være partner til en patient med Alzheimers eller anden demenssygdom i gennemsnit større end patientbyrden.

(Læs mere i Del 3)

7 50+årige med forringet livstilfredshed[4] er større forbrugere af sundhedsservices og offentlig pleje.

50+årige med forringet livstilfredshed er 23% mere tilbøjelige til at blive indlagt på hospitalet, 58% mere tilbøjelige til at opleve et sundhedsproblem, som begrænser udførelse af betalt arbejde og hele 72% mere tilbøjelige til at modtage en form for offentlig hjælp eller assistance.

(Læs mere i Del 4)

8 Forringet livstilfredshed hos 50+årige kan koste op mod 200.000 ekstra sengedage på hospitalerne om året.

50+årige med forringet livskvalitet ender i gennemsnit med at have flere sengedage ved hospitalsindlæggelser. Hvis andelen af 50+årige med forringet livstilfredshed holdes konstant frem mod 2050, løber det op i 200.000 ekstra årlige sengedage.

(Læs mere i Del 4)

9 Frem mod år 2050 kan vi som samfund forvente at tabe flere gode leveår til kritiske livsomstændigheder.

Alene fordi vi i Danmark lever længere, kan vi forvente, at den samfundsmæssige byrde fra moderat ensomhed stiger med 25%, mens byrden fra depression vil stige med 20%.

(Læs mere i Del 5)

10 Hvis samfundet tilpasser sig til fremtidens demografiske virkelighed, er der mange ekstra gode leveår at høste.

At vi i fremtiden lever længere og potentielt sundere, bliver længere på arbejdsmarkedet og deltager mere i civilsamfundet, kan have betydelige positive implikationer for livskvaliteten. Hvis samfundet ikke løbende tilpasser sig befolkningens behov og tager hensyn til risikofaktorer, kan vi dog gå en mere usikker fremtid i møde.

(Læs mere i Del 5)

[4] Defineret som livstilfredshed lavere end medianen blandt 50+årige.

”Anvendelsen af subjektive trivselsmål kan hjælpe os med afdække effekter og byrdeforhold, som traditionelt har været undervurderet eller helt usynlige for os.”

Kirsten Jensen, Principal Advisor, Te Tai Ōhanga – The Treasury (Finansministeriet, New Zealand)

INDLEDNING

’Lange og lykkelige liv’ er en analyse af, hvordan 26 forskellige faktorer påvirker livskvaliteten hos 50+årige i Danmark.

Rapportens analyser er primært baseret på WALY (Wellbeing Adjusted Life Years) – et helt nyt velfærdsværktøj som giver nye og unikke perspektiver på, hvad der skaber livskvalitet og mistrivsel for befolkningen.

WALY baserer sig på subjektive trivselsmål, og er udviklet af The Happiness Research Institute.

Rapporten er opdelt i fem dele, der berører hvert sit tema: i Del 1, ”Nutidens trivselsbyrder”, ser vi på, hvordan 26 forskellige faktorer påvirker livskvaliteten for 50+årige i Danmark. I Del 2, ”Gode livsforløb”, og Del 3, ”Hvad med partneren”, undersøger vi, hvad internationale data kan fortælle os om, hvordan de 26 faktorer påvirker livskvaliteten over tid, samt hvordan de påvirker partneren til den berørte person. I Del 4, ”Gode liv er god samfundsøkonomi”, tester vi, hvordan tidligere livskvalitetsforringelser hos 50+årige kan forklare et senere øget forbrug af sundhedsydelser samt flere sengedage ved hospitalsindlæggelser. I Del 5, ”Fremtidens trivselsbyrder”, ser vi på, hvad fremtiden bringer, dels ved at fremskrive trivselsbyrderne baseret på befolkningsvæksten, og dels ved at fremlægge seks forskellige fremtidsscenarier for livskvaliteten.

Dette er temaer, der hver især er helt centrale for, hvad vi kan forvente af fremtidens livskvalitet og velfærdssamfund.

Til sidst i rapporten lister vi en række anbefalinger og konkrete løsningsforslag til at fremtidssikre livskvaliteten i Danmark.

Gennem hele rapporten anvendes begreberne ”livstilfredshed” og ”livskvalitet” synonymt.

Rapporten er udarbejdet af Institut for Lykkeforskning for Ældre Sagen.

Er du som læser interesseret i mere dybdegående indsigt i rapportens analyser, kan du læse rapportens online-appendiks på:

happinessresearchinstitute.com/publications

METODE: WELLBEING ADJUSTED LIFE YEARS

I 'Lange og lykkelige liv' undersøger vi, hvordan 26 forskellige forhold påvirker livstilfredsheden hos 50+årige. Rapporten baserer sig på data fra 5.700[5] respondenter indhentet fra Survey of Health, Aging, and Retirement in Europe (SHARE), som analyseres ved brug af WALY (Wellbeing Adjusted Life Years).

WALY er et mål for livskvalitet, som måles på en 0-1 skala, hvor 1 udtrykker ét år levet med potentiel livstilfredshed – eller det vi blot omtaler som "et godt leveår".

Hvordan adskiller WALY sig fra andre mål for livskvalitet?

På mange måder minder WALY om nogle af de mest kendte mål for det såkaldte "sundhedsrelaterede livskvalitet" – herunder QALY (Quality Adjusted Life Years) som er blevet brugt af beslutningstagere verden over i mere end 20 år til at prioritere sundhed. QALY måler ligeledes livskvalitet på en 0-1 skala og kan også anvendes i samme type analyser som WALY – herunder omkostningseffektivitetsmålinger og byrdeanalyser.[6] Men på trods af disse ligheder er der også afgørende forskelle.

Sundhedsrelaterede livskvalitetsmål baserer sig, som navnet antyder, oftest på livskvalitetsmålinger med et særligt fokus på sundhed og sygdom. I Danmark baserer QALY sig f.eks. på instrumentet EQ-5D-5L, som måler på fem sundhedskategorier: fysisk mobilitet, fysiske smerter, evne til at gennemføre sædvanlige aktiviteter, evne til selvpleje samt angst og depression.[7] Herudover bruger QALY også udsnit af den generelle befolkning til at vægte disse fem sundhedskategorier efter vigtighed – en tilgang, som oftest ender med at tildele meget vægt til de fysiske kategorier.[8]

WALY adskiller sig betydeligt på disse punkter. Som model baserer WALY sig på data for menneskers selvrapporterede livstilfredshed – målt på en skala fra 0-10, hvor 0 betyder 'fuldstændig utilfreds', og 10 betyder 'fuldstændig tilfreds'.[9] På den måde omfavner WALY i højere grad livet som helhed, som folk selv forstår det, i stedet for at basere sig på få specifkke sundhedsaspekter, som forudsættes at være vigtige for trivslen.

Livstilfredshed regnes i dag som et af de mest egnede og valide mål for menneskers generelle subjektive trivsel. Livstilfredshed er som mål stabilt over tid og på tværs af befolkninger; og kan forudsige nationale forskelle som stemmer overens med befolkningernes socioøkonomiske forskelle. Derudover korrelerer målet med genetiske og psykologiske markører og reagerer på afgørende ændringer i menneskers livsomstændigheder.[10] I dag anbefaler flere organisationer, herunder OECD og FN[11], almen livstilfredshed som et vigtigt måleparameter for samfundets fremskridt på linje med mål for middellevetid og økonomi, og i lande som New Zealand og Storbritannien indgår målet i finansministeriernes regnemodeller.[12]

Benyttes WALY-mål i beslutninger om prioriteringer af sundhed, vil det få implikationer på, hvilke sundhedsproblemer vi tænker som byrdefulde, og hvilke løsninger vi tænker som effektive. Fordi WALY ikke begrænser sig til et begrænset sæt af sundhedskategorier (som ved EQ-5D) og ikke hviler på befolkningspræferencer, vil WALY tage hensyn til livskvalitetsaspekter, som ikke tilstrækkeligt indfanges og vægtes af de konventionelle mål, men som stadig har stor betydning for patienterne. Uden direkte at skulle spørge ind til det, tager livstilfredshedsmålet per design hensyn til vigtige aspekter som f.eks. følelsen af ensomhed, selvværd, vitalitet og håb. Det vil i sidste ende betyde, at sundhedsproblemer, hvor problematikker som ikke er repræsenteret ved EQ-5D, vil tildeles mere vægt i prioriteringsspørgsmål.[13]

Mens WALY rummer et potentiale for at bidrage til mere kvalificerede sundhedsprioriteringer, findes der også en mere åbenbar fordel ved WALY relativt til de konventionelle målemetoder – nemlig at WALY kan måle på andet end sundhed og sygdom. Fordelen ved at tage udgangspunkt i menneskers almene livstilfredshed, i stedet for et mål som EQ-5D, er, at det bliver muligt at forholde sig til og sammenholde effekter på tværs af meget forskelligartede livsomstændigheder. WALY kan således sammenligne sygdomsrelaterede effekter - f.eks. fra diabetes - med ikke-sygdomsrelaterede effekter – f.eks. fra ensomhed eller skilsmisse. På den måde udgør WALY et bredt mål for trivsel og egner sig derfor til cost-benefit-analyser af mere brede samfundsmæssige forhold og problematikker.

Det er dog vigtigt at understrege, at WALY som mål heller ikke er uden sine begrænsninger (se faktaboks sidst i metodeafsnittet), og at vi ikke mener, at WALY i alle henseender skal ses som en optimal og hensigtsmæssig metode. Forfatterne bag denne rapport er dog af den overbevisning, at det er oplagt at som minimum komplementere eksisterende prioriteringsmodeller og cost-benefit-analyser med et mål som WALY. WALY vil nemlig kunne kaste lys over byrdeforhold og livskvalitetsgevinster, som vi pt. undervurderer eller helt er blinde overfor.

---

[5] De 5.700 respondenter dækker over de respondenter fra Danmark, som anvendes til analyserne i Del 1, 4 og 5. Til Del 3 og 4 beriges analyserne med internationale data.
[6] Peasgood, T. et al. (2019).
[7] Danske Regioner (2020).
[8] Xie, F. et al. (2014).
[9] Spørgsmålet i spørgeskemaet lyder som følger: På en skala fra 0-10, hvor 0 betyder, at du er meget utilfreds, og 10 betyder at du er fuldstændig tilfreds, hvor tilfreds er du så med dit liv i almindelighed?
[10] Se: Diener, E., Inglehart, R., & Tay, L. (2012). Theory and validity of life satisfaction scales. Social Indicators Research, 112 (3), 497-527
[11] OECD (2013). Helliwell et al. (2020).
[12] OECD (2019).
[13] Dolan, P. (2011).

Hvordan kan WALY bruges?

Overordnet set kan WALY bruges på to måder: til at udlicitere "trivselsbyrder" og til at regne på "effekter".

Med trivselsbyrder refereres der til, hvordan WALY kan sætte tal på, hvor mange gode leveår der mistes til forskellige livsomstændigheder – såsom ensomhed, arbejdsløshed og diabetes. Når WALY bruges til dette formål, sættes der tal på befolkningens byrdeproportioner, som er sammenlignelige, rangerbare og kan indgå direkte i en eventuel cost-benefit-analyse.

Dette er allerede praksis i New Zealand, hvor livstilfredshedsmålinger er blevet anvendt til at sætte værdier på en lang række faktorer, som tidligere har været svære at værdisætte. Alle disse værdier figurerer nu i det offentligt tilgængelige regneark kaldet "CBAx".[14] En ekstern evaluering i 2018 viste sågar, at disse værdiansættelser markant har forbedret kvaliteten af de cost-benefit-analyser, som de forskellige ministerier hvert år indleverer som baggrundsanalyse for deres finanslovsforslag.[15]

At én trivselsbyrde findes særlig tung, er dog ikke ensbetydende med, at investeringer den vej vil føre til øget livskvalitet for de berørte. Det, at en investering er effektiv, forudsætter nemlig også, at den specifikke løsning, der investeres i, har dokumenteret virkning.

Denne problematik er blandt andet særlig kendetegnende for ensomhedsproblemet. Ensomhed udgør nemlig en stor trivselsbyrde i befolkningen, men der eksisterer desværre ikke god dokumentation på effektive løsninger på problemet. [16] At størrelsesordenen på investeringerne i bekæmpelsen af ensomhed skulle afspejles i ensomhedsbyrden, kan således vise sig at være problematisk, hvis de tilhørende indsatser ikke er effektive, og hvis prioriteringerne sker på bekostning af investeringer i effektive løsninger på andre samfundsproblemer. Omvendt er det til gengæld også problematisk, hvis samme argument om mangel på effektdokumentering bevirker, at der ikke investeres tilstrækkelige midler i bekæmpelsen af de mest byrdefulde problemer i befolkningen.

Ideelt set bør byrdemål og effektmål derfor gå hånd-i-hånd, når vi skal løse de store samfundsproblemer. Byrdemålene kan kaste lys over, hvilke problemer vi bør løse, og effektmålene kan fortælle os, hvor gode vi pt. er til at løse dem. Ved enhver uoverensstemmelse, hvor vi ikke har gode løsninger på de mest presserende og byrdefulde problemer, er det derfor oplagt at investere massivt i forskning og lovende indsatser rettet mod det givne problem.

I praksis kan WALY både benyttes til byrdeanalyser og effektanalyser. I denne rapport beskæftiger vi os dog udelukkende med byrdeanalyser, hvorfor det er vigtigt at understrege, at vi med rapportens resultater ikke kan pege på hvilke konkrete løsninger og initiativer, der vil have størst betydning på befolkningens livskvalitet. Det, som vi derimod kan med rapportens resultater, er at identificere de faktorer, der udgør de største trusler mod befolkningens livskvalitet. Det giver et unikt perspektiv på, hvilke problemer vi bør prioritere at få løst, hvis vi vil sikre gode liv i dag og i fremtiden.

Hvordan udregner vi WALY?

I rapporten undersøger vi, hvor meget livstilfredshed forskellige faktorer i gennemsnit koster både den enkelte og samfundet. Med andre ord: Hvor meget livstilfredshed taber man f.eks. ved at opleve ensomhed, have økonomiske problemer, have en depression eller leve med forhøjet blodtryk?

Derfor er vi både interesserede i at finde den aktuelle livstilfredshed for personer, der lever under et givent forhold, samt den livstilfredshed som personen kunne forvente at opleve, hvis de ikke levede under det givne forhold. Det gør vi ved at sammenligne den almene livstilfredshed over ét år mellem en testgruppe og en referencegruppe. Testgruppen består af personer, der lever med det forhold, vi gerne vil undersøge, f.eks. ensomhed. Referencegruppen består af personer med samme demografiske og socioøkonomiske forhold som testgruppen, men som ikke angiver f.eks. at føle sig ensomme.

Testgruppens livstilfredshed betegner vi som den "aktuelle livstilfredshed" og referencegruppens livstilfredshed betegner vi som den "potentielle livstilfredshed" – altså det niveau af livstilfredshed, som personerne i testgruppen kunne opnå, hvis de ikke følte sig ensomme. Potentiel livstilfredshed er altså ikke lig med 10 på livstilfredshedsskalaen, medmindre 10 er referencegruppens gennemsnitlige livstilfredshed – hvilket er usandsynligt.

For at omregne disse værdier til WALY, bruger vi formlen: 1 - (Aktuel livstilfredshed/Potentiel livstilfredshed.).

I denne rapport regnes WALY som "tabte" og vil altid være udtrykt ved et decimaltal. Har man således tabt 0,2 WALY, har man tabt, hvad der svarer til 20%

[14] The Treasury (2020).
[15] Hogan, A. et al. (2018).
[16] National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (2020).

af sin potentielle livstilfredshed for et år. Har man tabt 0,03 WALY, har man tabt 3% af sin potentielle livstilfredshed for et år.

Bagerst i rapporten kan du finde en udførlig guide til, hvordan vi udregner WALY, og hvordan vi har inkorporeret almen livstilfreds i modellen (Bilag 1). En simpel introduktion til WALY-udregninger og WALY-begreber med tilhørende eksempler er listet nedenfor.

Tabte individuelle WALY: Tabte individuelle WALY refererer til den livskvalitet, den enkelte person mister hvert år til en given faktor.

→ **Eksempel:** 50+årige, som lever med forhøjet blodtryk, taber i gennemsnit 0,006 WALY, hvilket svarer til 0,6% livskvalitet om året. Omvendt taber 50+årige, der oplever svær ensomhed, 0,278 WALY, svarende til 27,8% livskvalitet om året.

Tabte samfundsmæssige WALY: Udover at kunne måle tab for de enkelte personer, kan WALY også bruges til at måle, hvor mange gode leveår en bestemt faktor koster på samfundsplan. Det gøres ved at se på tabet af WALY ganget med antallet af mennesker, som er berørt af det pågældende forhold (forekomst) plus antallet af dødsfald på grund af forholdet (dødelighed).

→ **Eksempel:** I Danmark lever 756.916 50+årige med forhøjet blodtryk, og hvert år dør 8101 af sygdommen. Ganges de individuelle tabte WALY for forhøjet blodtryk (0,006) med disse forekomster og adderes dødelighedstal, opnås et tal for tabte samfundsmæssige WALY på 12.554. Eller med andre ord: Der tabes 12.554 gode leveår til forhøjet blodtryk hvert år blandt 50+årige i Danmark.

Trivselsbyrder: Trivselsbyrder anvendes som begreb til at udtrykke, hvor byrdefuld en livsomstændighed opleves af mennesker - målt i WALY.

→ **Eksempel:** Trivselsbyrden for forhøjet blodtryk er 0,006 WALY for individet og 12.554 WALY på samfundsplan.

Det er vigtigt at understrege, at de samfundsmæssige trivselsbyrder ikke nødvendigvis er vigtigere at forholde sig til end de individuelle byrder - eller omvendt. Forskellige normative hensyn kan gøre den ene analyse mere relevant end den anden, hvorfor vi i denne rapport har valgt at vægte begge perspektiver lige.

Datakilder

For at udregne WALY har vi brug for repræsentative livstilfredshedsmålinger samt tal for sygdomsforekomst. Disse indhentes henholdsvis fra Survey of Health, Aging, and Retirement in Europe (SHARE) og Global Burden of disease:

SHARE (Survey of Health, Aging, and Retirement in Europe):

SHARE er en international spørgeskemaundersøgelse for personer over 50. Dataindsamlingen er gennemført i 27 europæiske lande samt Israel. Undersøgelsen er gennemført hvert andet år siden 2005. Seneste version er fra 2017. Alle subjektivt rapporterede variable, der anvendes i denne rapport, såsom vores livstilfredshedsmål, er hentet fra SHARE. Undersøgelsen indeholder besvarelser fra mere end 140.000 respondenter i alderen 50+. Heraf er de 5.728 fra Danmark.[17]

Global Burden of Disease:

For at kende forekomsten af sygdomme, benytter vi os af den seneste udgave af Global Burden of Disease. Denne database vedligeholdes af Institute for Health Metrics and Evaluation og leveres af Global Health Data Exchange. Databasen indeholder information om årlig forekomst og dødelighed af sygdomme fra 1990 til 2017, samt data om befolkningers forventede levealder opdelt efter alder og køn i mere end 190 lande, inklusiv Danmark.[18]

[17] Mere information er tilgængelig på www.share-project.org
[18] Mere information findes på ghdx.healthdata.org

GENERELLE BEMÆRKNINGER TIL BRUGEN AF WALY

WALY kan ikke måle alt af betydning:

"Livstilfredshed", som WALY baseres på, anerkendes som det pt. mest valide og pålidelige mål for menneskers generelle livskvalitet, men det betyder hverken, at det er et perfekt mål, eller at det er et mål, som indfanger alt, hvad der er vigtigt.

Når WALY (og dermed livstilfredshed) anvendes til at træffe beslutninger, er det vigtigt at notere sig en betydelig bias: WALY er designet til at pege på de potentielle løsninger, som maksimerer antallet af gode leveår (leveår med høj livstilfredshed). I mange tilfælde findes der dog hensyn, som ikke relaterer sig til livstilfredshed, men som stadig vægter tungt, når vi vurderer, hvad der skaber værdi for mennesker og samfund. Der kan sågar findes normative og etiske hensyn, som gør, at vi er villige til at acceptere tab i livstilfredshed til gengæld for at opnå andre former for samfundsnytte. Blandt andet peger meget lykkeforskning på, at mennesker i gennemsnit mister livstilfredshed, når de får børn,[19] hvilket ikke kan oversættes til, at forældreskab er uønsket og unyttigt.

Derudover baseres WALY-analyserne oftest på gennemsnitsbetragtninger, hvilket betyder at forskellige former for ulighed, ikke nødvendigvis får den rette opmærksomhed. F.eks. kan vi ikke måle, om nogle sygdomme eller livsomstændigheder synes at ramme hårdere hos personer med lavere socioøkonomisk status. Dette kan enten løses ved at gennemføre WALY-analyser på særskilte befolkningsgrupper, men det vil kræve et større datasæt, end vi har tilgængeligt til analyserne i denne rapport.

Hvis det fra politisk side vurderes, at der skal tages højde for særlige grupper i WALY-beregningerne - hvis man f.eks. gerne vil prioritere socioøkonomisk svage grupper – er det til gengæld muligt at inkludere vægte i modellen. I denne rapport har vi ikke systematisk vægtet nogle samfundsgrupper tungere end andre, da vi søger at bruge metoden på en måde, som er så politisk neutral som mulig.

Generelt set bør WALY-analyser kun anvendes under de rigtige omstændigheder. Politiske, sociale, etiske og kulturelle hensyn skal altid tages med i beregningen af, hvordan det er bedst at tildele ressourcer og vedtage lovgivning.

WALY er et yderligere værktøj i beslutningstagerens værktøjskasse – det er ikke en objektiv løsning på alle problemer.

Livskvalitetsmålinger og resultater er ikke altid harmoniserede:

Ved udregningen af WALY, er det muligt, at to tilsvarende analyser fra to forskellige datasæt kan producere afvigende tal. F.eks. ligger den årlige tabte livskvalitet for enkestand på 3,6% i vores analyser, men blev analysen gennemført med et andet datasæt, kunne tallet måske blive højere eller lavere.

For at sikre, at beslutninger baseret på subjektive trivselsmålinger er pålidelige, er det derfor vigtigt, at data og analyser harmoniseres. Det fordrer blandt andet, at livstilfredshedsspørgsmål stilles på samme måde i spørgeskemaer, og at der findes konsensus om, hvordan analyserne gennemføres – herunder hvilken type regressionsanalyser samt kontrolvariabler, der skal anvendes.

Harmonisering af analysestrategi er dog ikke nødvendigvis tilstrækkeligt for at sikre harmoniserede resultater. En lang række andre faktorer – såsom forskelle i spørgeteknikker, vægtning af data, datas repræsentativitet, men også ubekendte faktorer – vil altid kunne forstyrre sammenligneligheden af resultater. Derfor er det blandt andet foreslået af Frijters, Clark, Krekel og Layard , at der udvikles en såkaldt "Database of Happiness Coefficients", som kan samle disse forskellige livskvalitetskoefficienter og præsentere gennemsnitsbetragtninger. Det vil kunne sikre et bredere og mere transparent grundlag for pålidelige WALY-estimater til brug i fremtidige beslutninger.

Da WALY er en ny metode inden for trivselsforskningen, eksisterer der pt. ingen konsensus om en harmonisering, herunder hvilke kontrolvariabler der bør indgå i analyserne.

Vi har ikke mange praktiske erfaringer med WALY og lignende mål:

Der findes ikke stor praktisk erfaring med brugen af subjektive trivselsmålinger i beslutningsprocesser. Selvom finansministerierne i både Storbritannien og New Zealand i dag bruger subjektive trivselsmålinger som et værktøj til at vurdere omkostningseffektiviteten af diverse politiske forslag, er det stadig en relativ ny og uprøvet tilgang, hvilket tilskynder til en generel forsigtighed og kritisk tilgang.

Direkte adspurgt om, hvilke hensyn vi i Danmark burde tage ved potentiel brug af en metode som WALY, svarer Kirsten Jensen (Principal Advisor, The Treasury, New Zealand): "Anvendelsen af subjektive trivselsmål er relativt uprøvet. Metoden har mange potentialer, men folk skal være forsigtige ved anvendelse af sådanne mål, indtil praksis er videreudviklet. Giv plads til at eksperimentere og sammenlign resultater og analyse med andre tilgange."

[19] Glass, J. et al. (2016).

SPECIFIKKE BEMÆRKNINGER TIL ANALYSERNE I DENNE RAPPORT

Kausalitet: Når man træffer valg og beslutninger for at forbedre befolkningens trivsel, er det vigtigt at sikre, at politikker og interventioner er så evidensbaserede som muligt. Imidlertid kan indsamling af sådanne beviser være udfordrende, især når det gælder bestemmelse af årsagssammenhæng – såkaldt kausalitet - og tilskrivning af interventionssucces. Strenge eksperimentelle studier om forholdet mellem livstilfredshed og de 26 faktorer vi undersøger i denne rapport, ville være nødvendige, hvis vi skulle sikre os tung evidens for de kausale sammenhænge. Sådan et eksperiment vil dog være meget omkostningsfuldt, men også vanskeligt i praksis, da det kan være svært og i nogle tilfælde umuligt, at etablere passende sammenligningsgrupper i sådan forskning. I sådanne tilfælde kan forskningen i stedet henvende sig til andre metoder, for at lave grove sammenligninger snarere end at stole på rigide eksperimentelle forsøg.

I denne rapport benytter vi os af analyser af tværsnits- og paneldata, til at etablere sammenhængene mellem livstilfredshed og de 26 faktorer. Det er derfor vigtigt, at læseren forstår, at disse sammenhænge ikke udtrykker sikre kausale forhold.

I forhold til kausaliteten, kan vi dog benytte os af den eksisterende forskning på området, som netop viser, at forholdet mellem livstilfredshed og faktorer som fysisk sundhed, social inklusion, livsstil og kvaliteten af ens arbejdsliv oftest er præget af to-vejs-kausalitet. Det betyder f.eks. at sygdom både påvirker livstilfredsheden, og at livstilfredsheden kan påvirke forekomsten af sygdom.

På den måde bliver kausalitet mindre afgørende, for hvordan vi skal tale om og forstå en trivselsbyrde. Når vi i denne rapport f.eks. finder, at personer som føler sig ensomme lever med en betydelig trivselsbyrde, så er denne trivselsbyrde markant og nødvendig at handle på - uanfægtet om ensomheden har forårsaget tabet af livstilfredshed, eller at tabet af livstilfredshed har forårsaget ensomheden.

Rapporten er derfor normativ og handlingsanvisende på den måde, at den peger på, hvilke problemer vi bør finde løsninger på – ud fra hensynet til befolkningens livstilfredshed. Om problemet så bedst løses ved at intervenere direkte overfor ensomhed eller overfor livstilfredsheden, må derimod afgøres af mere eksperimentelle studier.

Selvrapporteret data: Alle resultater i denne rapport er baseret på selvrapporterede data. Det betyder blandt andet, at registreringen af en sygdom hos en respondent – såsom diabetes – ikke er baseret på registerdata og kliniske diagnoser, men derimod på respondenternes udsagn om, at deres læge har fortalt dem, at de har diabetes. Selvrapporteret data er meget almindelig, men det er vigtigt, at enhver gengivelse af rapportens resultater, bemærker sig dette brug.

Ensomhedsforekomst: Mange af rapportens hovedresultater kredser sig om ensomhed, hvorfor det er nødvendigt at knytte et par ord hertil. For ensomhed er det nemlig ikke muligt at indhente forekomst-data fra Global Burden of Disease, da databasen ikke måler på problemet. Det betyder, at vi i stedet må anvende forekomst-tallene fra SHARE-databasen på denne faktor.

Disse forekomst-tal adskiller sig dog betydeligt fra forekomst-tallene fra f.eks. de regionale sundhedsprofiler i Danmark (målt ved samme metode).

Helt specifikt kan vi se, at forekomsten af svær ensomhed synes at være langt mindre for 50+årige ifølge SHARE. Det betyder, at WALY-estimater for svær ensomhed i denne rapport fremstår noget konservative – tæt på en faktor 2 (se faktaboks på side 18). Eller med andre ord: antallet af tabte gode leveår til svær ensomhed, må antages at være større, end hvad der rapporteres i denne rapport. For moderat ensomhed har vi ikke haft et sammenligningsgrundlag, hvorfor vi ikke ved, om forekomsttallene tilsvarer eller afviger fra sundhedsprofilerne.

50+årige: Rapportens resultater baserer sig på et bredt datagrundlag, hvor vi har målt på 50+årige. Det er en bred og uhomogen-gruppe – f.eks. er den yngre del af gruppen oftere sundere og tilknyttet arbejdsmarkedet, mens det modsatte oftere gør sig gældende for den ældre del af gruppen. Dette snit er imidlertid nødvendigt for at have nok data til at sikre robuste resultater, og for at kaste lys over den del af befolkningen, som om 30 år vil udgøre ældrebefolkningen. Fremtidig forskning i mere aldersgruppespecifikke sammenhænge vil kunne bidrage med endnu mere målrettede løsninger.

De 26 faktorer

De 26 faktorer, vi undersøger i denne rapport, er udvalgt med baggrund i deres tilgængelighed og forekomst i SHARE-data. For at et givent forhold kan inkluderes i analysen, er det i sagens natur nødvendigt, at det indgår i spørgeskemaet. Hertil kommer, at antallet af respondenter, der er berørt af den enkelte faktor, skal være tilstrækkeligt højt til, at resultatet bliver statistisk signifikant. Derfor er eksempelvis en sygdom som angst ikke medtaget i analysen, da der ikke specifikt spørges til angst i spørgeskemaet. Ligeledes er gigt ikke medtaget, fordi der ikke er tilstrækkeligt sammenlignelige data på gigtpatienter i datasættet. Der er klart behov for at få afdækket livskvalitetstabet ved flere sygdomsområder, hyppige som sjældne. En komplet liste over de 26 livsomstændigheder og beskrivelse af, hvordan de måles, kan findes bagerst i rapporten (Bilag 2).

PERSPEKTIVER FRA EKSPERTER:

Hvor rapportens analyser primært er datadrevne, kan ekstern viden og perspektiver tilføre et mere kvalitativt element til rapporten. Derfor har vi, som et led i analyserne, været i samtale med en række eksperter, som har været foreholdt særskilte problemstillinger og resultater fra rapporten, til hvilke de har knyttet kommentarer og pointer.

Eksperternes perspektiver udtrykkes løbende som citater, som understøtter eller nuancerer pointer fremført i brødteksten. Alle interviews er gennemført via telefon eller mail.

Følgende eksperter medvirker i denne rapport med ekspertudsagn:

Vibeke Koushede, professor og institutleder, Institut for Psykologi, Københavns Universitet

Vibeke Koushede er ekspert i mental sundhed og har ledet store forskningsprojekter, heriblandt ABC for mental sundhed[22] – et projekt, der har til formål at øge danskernes mentale sundhed og generelle livskvalitet.

Kirsten Jensen, Principal Advisor, Te Tai Ōhanga – The Treasury (Finansministeriet, New Zealand)

Kirsten Jensen er uddannet økonom, og står blandt andet bag udarbejdelsen af de regnemodeller, som anvendes i New Zealands finansministerie til at trykteste livskvalitetseffekterne af finanslovsforslag.[23]

Anu Siren, seniorforsker, Vive, Ph.d. (Psykologi)

Anu Siren forsker i livsomstændigheder, levekår og familierelationer i det sene voksenliv. Hun er forfatter til rapporten Tolv Scenarier For Fremtidens Ældre.[24]

Bent Greve, professor, Institut for Samfundsvidenskab og Erhverv, Roskilde Universitet

Bent Greves forskningsområder indbefatter den danske velfærdsstat, sundhed og ældreomsorg samt fattigdom og ulighed. Senere i sin akademiske karriere har han også inddraget lykkeforskning som element til at forklare samfundsudviklingen.

Eric De Prophetis, analytiker, Institute of Health Policy, Management and Evaluation (IHPME), University of Toronto.

Eric De Prophetis har forsket i, hvordan lav livstilfredshed øger sandsynligheden for undgåelige hospitalsindlæggelser. Han er hovedforfatter til artiklen Relationship between life satisfaction and preventable hospitalisations: a population-based cohort study in Ontario, Canada.[25]

Foruden hjælp til indsigt fra eksperter, har Betina Højgaard (Cand.scient.oecon., PhD) gennemlæst rapporten og bedømt resultaterne.

[22] Læs mere på: www.abcmentalsundhed.dk
[23] Læs mere om Kirsten Jensen arbejde med CBAx: Jensen, K. & Thompson, C. (2020) Valuing Impacts. Policy Quarterly.
[24] Siren, A. (2020) Tolv scenarier for fremtidens ældre: Resultater fra forskningsprojektet MATURE.
[25] De Prophetis, E. et al. (2020).

DEL 1

Nutidens trivselsbyrder

I dette afsnit anvendes WALY til at kortlægge trivselsbyrderne på tværs af 26 forskellige faktorer, der spænder fra Parkinsons sygdom til ensomhed.

Analysens resultater baserer sig på personer i alderen 50+ i Danmark.

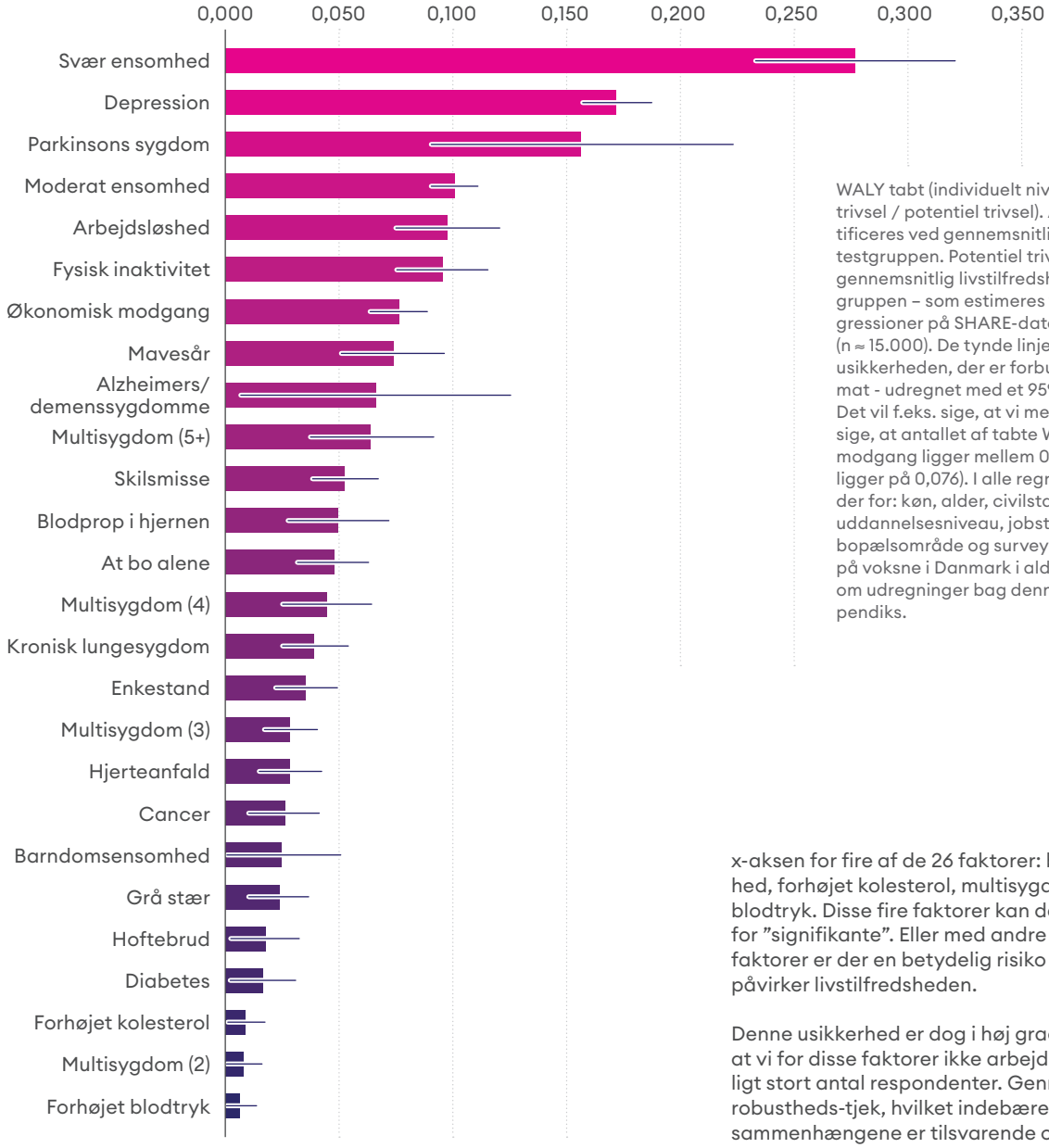
"For ældre handler livskvalitet i høj grad om at have et godt fysisk og psykisk helbred og en betydelig social og økonomisk tryghed."

Bent Greve, professor, Institut for Samfundsvidenskab og Erhverv, Roskilde Universitet

Figur 1:

Individuelle trivselsbyrder (50+årige)

WALY tabt (individniveau)



WALY tabt (individuelt niveau) = 1 - (aktuel trivsel / potentiel trivsel). Aktuel trivsel identificeres ved gennemsnitlig livstilfredshed for testgruppen. Potentiel trivsel identificeres ved gennemsnitlig livstilfredshed for referencegruppen – som estimeres ved brug af OLS-regressioner på SHARE-data fra 2005 – 2017 (n ≈ 15.000). De tynde linjer til hver søjle viser usikkerheden, der er forbundet med hvert estimat - udregnet med et 95% konfidensinterval. Det vil f.eks. sige, at vi med 95% sikkerhed kan sige, at antallet af tabte WALY for økonomisk modgang ligger mellem 0,063 og 0,089 (snittet ligger på 0,076). I alle regressioner kontrolleres der for: køn, alder, civilstatus, indkomst, gæld, uddannelsesniveau, jobstatus, antal børn, bopælsområde og survey-år. Der måles kun på voksne i Danmark i alderen 50+. Læs mere om udregninger bag denne figur i online-appendiks.

Figur 1 viser, hvordan de 26 forskellige forhold, vi har undersøgt, påvirker personers livskvalitet.

Søjlerne viser "individuelle trivselsbyrder" eller med andre ord: hvor meget livskvalitet, de berørte personer i gennemsnit mister til de forskellige faktorer om året. F.eks. er tallet 0,158 WALY for Parkinsons sygdom, hvilket betyder, at mennesker, der lever med Parkinsons sygdom, i snit mister 15,8% livskvalitet om året.

Som det også fremgår af figuren, så krydser konfidensintervallerne (de tynde vertikale streger) x-aksen for fire af de 26 faktorer: barndomsensomhed, forhøjet kolesterol, multisygdom (2) og forhøjet blodtryk. Disse fire faktorer kan derfor ikke regnes for "signifikante". Eller med andre ord: For disse faktorer er der en betydelig risiko for, at de slet ikke påvirker livstilfredsheden.

Denne usikkerhed er dog i høj grad et produkt af, at vi for disse faktorer ikke arbejder med et særligt stort antal respondenter. Gennemfører vi et robustheds-tjek, hvilket indebærer at undersøge om sammenhængene er tilsvarende og signifikante ved brug af respondenter fra hele Europa, så finder vi, at det kun er forhøjet blodtryk, som ikke kan regnes for signifikant.[26]

Ydermere så overlapper de forskellige faktorers konfidensintervaller ofte hinanden, hvilket betyder at der er en stor sandsynlighed for, at disse faktorers ikke adskiller sig fra hinanden rent byrdemæssigt. Derfor er det f.eks. ikke sikkert, at kronisk lungesygdom er en tungere byrde end enkestand, som rangeringen ellers antyder. Nogle sammenhænge er dog mere sikre. F.eks. er det tydeligt, at svær ensomhed er en signifikant tungere byrde end de øvrige 25 faktorer, da denne faktors konfidensintervaller ikke overlapper med andre. Mange af byrdeforskellene i Figur 1 bliver signifikante ved et robusthedstjek med anvendelse af europæisk data.[27]

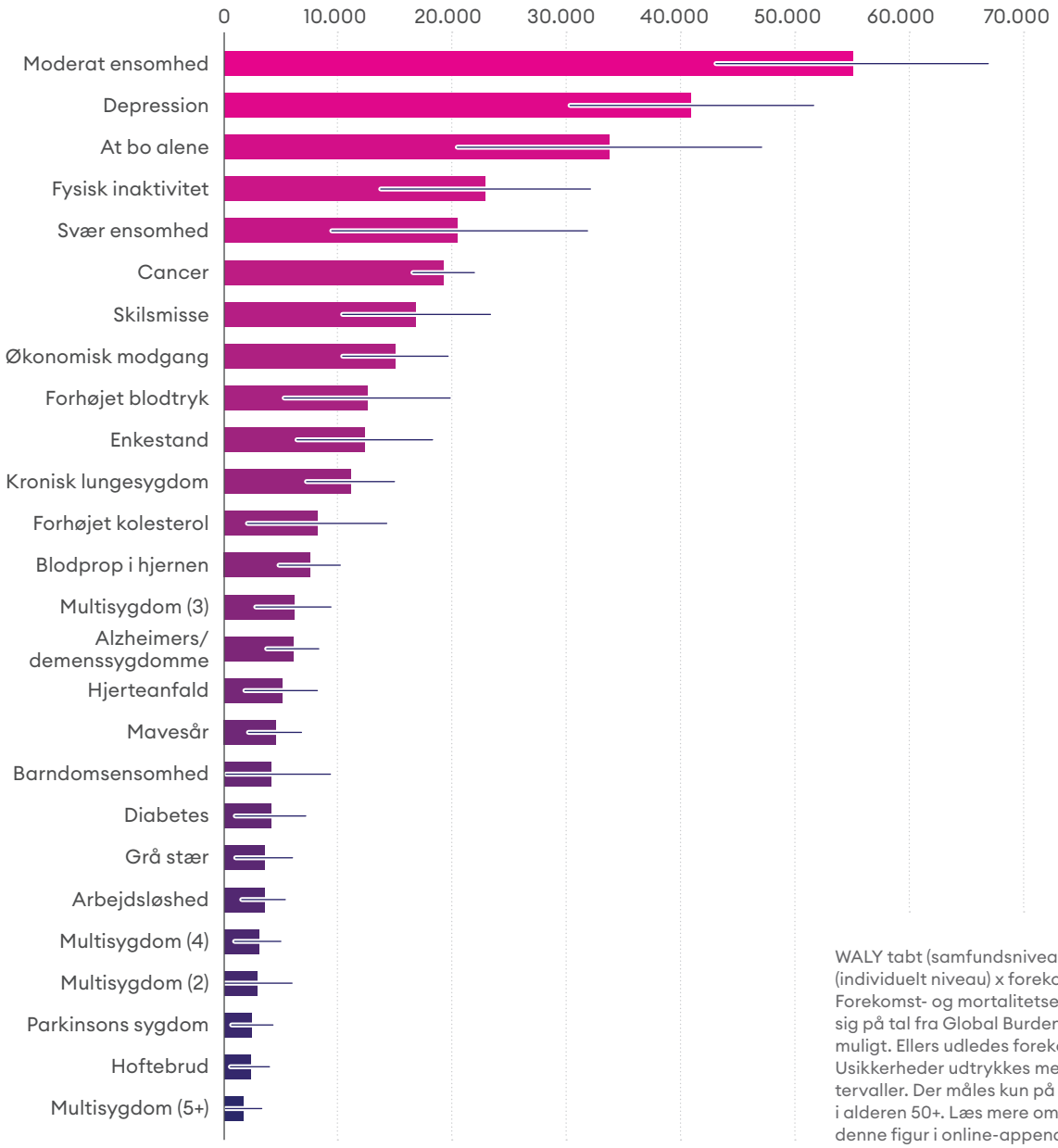
[26] At de europæiske og danske sammenhænge udtrykkes med tilsvarende koefficienter, og at de europæiske sammenhænge er statistiske signifikante, styrker tilliden til, at de danske sammenhænge ligeledes er signifikante.

[27] Se online-appendiks.

Figur 2:

Samfundsmæssige trivselsbyrder (50+årige)

WALY tabt (samfundsniveau)



WALY tabt (samfundsniveau) = WALY tabt (individuelt niveau) x forekomst + mortalitet. Forekomst- og mortalitetsestimater baserer sig på tal fra Global Burden of Disease, hvor muligt. Ellers udledes forekomster fra SHARE. Usikkerheder udtrykkes med 95% konfidensintervaller. Der måles kun på voksne i Danmark i alderen 50+. Læs mere om udregninger bag denne figur i online-appendiks.

I Figur 2 skifter perspektivet fra de "individuelle trivselsbyrder" til de "samfundsmæssige trivselsbyrder". I analysen kobler vi resultaterne fra Figur 1 med data for forekomst (andel af berørte individer) og dødelighed (hvor mange leveår, der mistes til de respektive faktorer). Som angivet i faktaboksen er dødelighed ikke medregnet for ensomhed og depression, hvilket betyder, at disse byrder må ses som relativt konservative.

Denne analyse giver os et helt andet perspektiv på byrdeforholdene. Eksempelvis koster en sygdom som forhøjet kolesterol ikke særlig meget tabt livskvalitet for den enkelte. Men fordi så stort et antal lever med forhøjet kolesterol, er det på samfundsniveau en meget mærkbar sygdom. Det modsatte gør sig gældende for en sygdom som Parkinsons. Relativt få mennesker har Parkinsons, hvorfor trivselsbyrden for samfundet som helhed også bliver lavere. Men når man ser på, hvor meget livskvalitet, den enkelte i gennemsnit taber til Parkinsons, er trivselsbyrden stor.

Betyder køn og alder ikke noget?

Der findes forskelle i forekomsten af faktorer som mentale sundhedsproblemer og ensomhed på tværs af køn og alder, men i de WALY-analyser vi har gennemført, er betydningen af køn og alder meget begrænset for de respektive trivselsbyrder. Eller med andre ord: Kvinder og mænd taber nogenlunde samme andel af gode leveår ved de forskellige faktorer. Det samme gælder personer i forskellige aldersgrupper. (Se mere i online-appendiks). Havde datamængden været mere omfattende, havde vi muligvis fundet signifikante køns-og aldersmæssige forskelle, da resultaternes usikkerheder ville begrænses. Havde vi ligeledes kunne inkludere mortalitetsdata for alle faktorer, havde vi potentielt også set forskelle. Mere særskilt forskning i demografiske WALY-forskelle er derfor oplagt.

FORSKELLIGE FORHOLD PÅVIRKER LIVSKVALITETEN FORSKELLIGT

For at skabe et bedre overblik over de nøjagtige resultater og deres betydning, har vi fremhævet nogle af de mest afgørende resultater i de følgende afsnit.

Ensomhed udgør den største trivselsbyrde

Af de 26 faktorer, vi ser på i denne analyse, er ensomhed forbundet med størst tab i livskvalitet for 50+årige. Dette gælder både, når man ser på, hvor meget livskvalitet den enkelte taber i gennemsnit og når man ser på, hvor meget livskvalitet, der tabes på samfundsniveau.

50+årige som lever med svær ensomhed, taber nemlig 0,278 WALY, eller det der svarer til 27,8% livskvalitet om året (Figur 1). Således udgør svær ensomhed i gennemsnit næsten tre gange så stor en trivselsbyrde for den enkelte som arbejdsløshed og cirka 46 gange så stor en trivselsbyrde som forhøjet blodtryk.

Three-Item-Loneliness-Scale (T-ILS) består af tre spørgsmål: 1) 'Hvor ofte føler du dig isoleret fra andre?' 2) 'Hvor ofte føler du, at du savner nogen at være sammen med?' og 3) 'Hvor ofte føler du dig udenfor?'. Svarmulighederne er 'sjældent', 'en gang imellem' og 'ofte'. Tilsammen danner spørgsmålene en skala rangerende fra 3-9, hvor 7-9 kategoriseres som 'svær ensomhed', og 4-6 som 'moderat ensomhed'.

Mens svær ensomhed i gennemsnit koster mest livskvalitet for den enkelte, udgør moderat ensomhed den største trivselsbyrde for samfundet som helhed. På samfundsniveau tabes der 54.819 gode leveår om året til moderat ensomhed og 20.564 gode leveår til svær ensomhed. Forklaringen skal findes i, at langt flere 50+årige er moderat ensomme, og dermed bliver den samlede trivselsbyrde ved moderat ensomhed større.

I forskningen inden for ensomhed er der en tendens til at fokusere på den svære ensomhed.[28] Det kan forklares med, at denne grad af ensomhed er særligt invaliderende og ødelæggende for livskvaliteten. Dog er risikoen ved kun at have den svære ensomhed for øje, at problemets omfang fremstår mindre, end andre alvorlige sundhedsproblemer, samtidig med, at vi gør os blinde for en særdeles potent trivselsbyrde.

At ensomhed har størst konsekvens for 50+åriges livskvalitet, kommer for nogle måske som en overraskelse. Forskningslitteraturen har dog i mange år kunnet dokumentere betydelige negative konsekvenser af ensomhed. På tværs af en lang række undersøgelser er ensomhed blevet forbundet med en øget risiko for depression, [29] angst,[30] selvmord,[31] Alzheimers og andre demenssygdomme[32] samt hjerte-kar-sygdomme og kræft.[33] Men ensomheden har også mere langsigtede konsekvenser. En bredt citeret metaanalyse peger på, at ensomhed, social isolation og at leve alene var associeret med en øget dødelighed på henholdsvis 29%, 26% og 32%.[34] Ifølge Sundhedsstyrelsen lever ensomme mænd og kvinder i gennemsnit henholdsvis 8,9 år og 6,3 år kortere end mænd og kvinder, der ikke er ensomme. Sundhedsstyrelsen regner også med, at det årlige antal ekstra dødsfald grundet ensomhed ligger på 2.208 for hele befolkningen og 1.899 for 55+ årige.[35]

"Ensomhed og psykiske lidelser er oftest stærkt forbundne og er begge afgørende for vores mentale sundhed. Ensomhed kan føre til psykisk lidelse og omvendt. Det er vigtigt at tale om ensomhed som en separat størrelse for at rette handling mod problemet og bryde det tabu, der er forbundet hermed."

Vibeke Koushede, professor og institutleder, Institut for Psykologi, Københavns Universitet

[28] Se f.eks: Lasgaard, M. & Friis, K. (2015).
[29] Cacioppo, J. et al. (2010)
[30] Lim, M. H. et al. (2016)
[31] Heinrich, L. M., & Gullone, E. (2006).
[32] Wilson, R. S. et al (2007)
[33] Malcolm, M. et al. (2019).
[34] Holt-Lunstad, J. (2015)
[35] Disse tal er baseret på et mål for "uønsket ensomhed" og ikke T-ILS. Resultater skæres ikke ved 50+årige, hvorfor vi referer til 55+ årige. Kilde: Eriksen, L. et al. (2016).

Er byrden af ensomhed faktisk dobbelt så stor?

Til de samfundsmæssige trivselsbyrder er det vigtigt at notere, at vi ikke har kunne indhente forekomst- og mortalitetstal fra Global Burden of Disease, som det har været muligt ved andre sundhedsproblemer. Vi har derfor anvendt forekomsttal fra SHARE.

Forekomsttallene fra SHARE synes imidlertid noget konservative sammenlignet med de tal, der fremgår af de regionale sundhedsprofiler fra de fem danske regioner. SHARE regner med en forekomst af svær ensomhed blandt 50+årige på knap 75.000 personer, mens sundhedsprofildata regner med en forekomst på knap 145.000 for samme aldersgruppe.[36] Det er næsten en fordobling i forekomst, som der ikke er nogen enkel forklaring på, da begge datasæt bruger samme ensomhedsmodel (T-ILS). Det er derfor muligt, at forskellene kan skyldes forskelle i spørgeteknik, vægtning eller rækkefølge af spørgsmål.

Derudover regner Global Burden of disease ikke med dødelighed ved ensomhed, hvilket yderligere bidrager til en undervurdering af byrden fra ensomhed i vores analyser. Ifølge Sundhedsstyrelsen er ensomhed – målt som at være "uønsket alene" - skyld i 1.899 ekstra dødsfald om året for aldersgruppen.

Benytter vi ovennævnte forekomst- og dødelighedstal i vores WALY-analyse, vil den samfundsmæssige byrde af svær ensomhed blive opjusteret fra knap 20.500 tabte gode leveår om året til knap 42.000 gode leveår om året. Det er en opjustering på 105%.

Selv "mild" ensomhed kan være invaliderende

Three-Item-Loneliness-Scale er blevet et særdeles udbredt mål for ensomhed, som bl.a. anvendes af de regionale sundhedsprofiler. Skalaen indeholder tre spørgsmål: 1) 'Hvor ofte føler du dig isoleret fra andre?' 2) 'Hvor ofte føler du, at du savner nogen at være sammen med?' og 3) 'Hvor ofte føler du dig udenfor?'. Svarmulighederne er 'sjældent', 'en gang imellem' og 'ofte'. Tilsammen danner spørgsmålene en skala rangerende fra 3-9, hvor en højere score, indikerer sværere ensomhed.

I Danmark synes der at være konsensus om, at fokusere på "svær ensomhed" og definere dette som en score på '7' eller over. Vores analyse viser dog, at der er god grund til også at fokusere på scorerne under '7'.

Gennemfører vi en WALY-analyse, hvor vi udregner, hvor meget årlig livskvalitet, der mistes til hvert niveau på skalaen (hvor scoren '3' opererer som reference-score), så får vi følgende udfald:

Personer med en score på '4' mister årligt
7% livskvalitet

Personer med en score på '5' mister årligt
13% livskvalitet

Personer med en score på '6' mister årligt
18% livskvalitet

Personer med en score på '7' mister årligt
23% livskvalitet

Personer med en score på '8' mister årligt
31% livskvalitet

Personer med en score på '9' mister årligt
35% livskvalitet

Alene en score på '4' - som f.eks. kan udtrykke at man sjældent føler sig isoleret, og sjældent savner nogen at være sammen med, men en gang i mellem føler sig holdt uden – er med et tab på 7% livskvalitet om året en tungere byrde end at være skilt.

Depression stjæler mange gode leveår

50+årige, der lever med depression[37], mister i gennemsnit 17% livskvalitet om året. Ganger man dette tab med antallet af 50+årige, der lider af depression, løber den samfundsmæssige trivselsbyrde op i 40.817 tabte gode leveår om året.

Disse tal er konservative estimater, da der ikke typisk medregnes dødelighed for mentale sundhedsproblemer[38], til trods for, at forskningslitteraturen kan dokumentere, at depression også er livsforkortende. I Danmark er den forventede levealder for mennesker med psykiske lidelser kortere end for den generelle befolkning – henholdsvis 7 år for kvinder og 10 år for mænd[39].

Indregner vi ovenstående mortalitetstal for mennesker med depression, vokser trivselsbyrden på samfundsplan med 12% - fra 40.817 tabte gode leveår om året til 45.543 tabte gode leveår om året.

Depression er dog ikke kun undervurderet – rent byrdemæssigt – det er også underdiagnosticeret og underbehandlet. Selv om vi i dag ved meget om, hvordan depression kan forebygges, opspores og behandles, får kun et mindretal den fornødne behandling.[40] Ifølge vores analyse lever knap 10 % af 50+årige med en depression, men det antages at få faktisk søger læge, og at kun halvdelen af dem, der søger læge, får stillet den korrekte diagnose.[41]

---

[36] Lasgaard, M. et al. (2020)

[37] I denne analyse har vi benyttet metoden EURO-D til at måle forekomsten af depression. EURO-D spørger til 12 symptomer ved depression (deprimeret, pessimisme, ønske om død, skyld, søvn, mangel på interesse, irritabilitet, mangel på appetit, træthed, koncentrationsbesvær, mangel på nydelse og tendens til gråd), til hvert element kan respondent svare 0 (symptom er ikke til stede) eller 1 (symptom er til stede). Dette genererer en ordinær skala med en maksimal score på 12. Rapporterer respondenten minimum 5 symptomer, vurderes han eller hun at have en depression.

[38] Til mentale sundhedsproblemer som depression medregnes ikke mortalitet ifølge Global Burden of Disease.

[39] Plana-Ripoll, O. et al. (2019).

[40] Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (2014)

[41] Ibid.

Ensomhed i barndommen sætter spor langt ind i voksenlivet

Mennesker, der har oplevet ensomhed som børn, har i gennemsnit lavere livskvalitet i voksenlivet end dem, der ikke oplevede ensomhed i barndommen. **Ensomhed i barndommen er defineret ved svaret "ofte" til spørgsmålet "hvor ofte var du uden venner?", hvor den 50+årige bedes forholde sig til sin barndom. Der er således ikke målt efter T-ILS-metoden, som det er tilfældet ved svær og moderat ensomhed.**

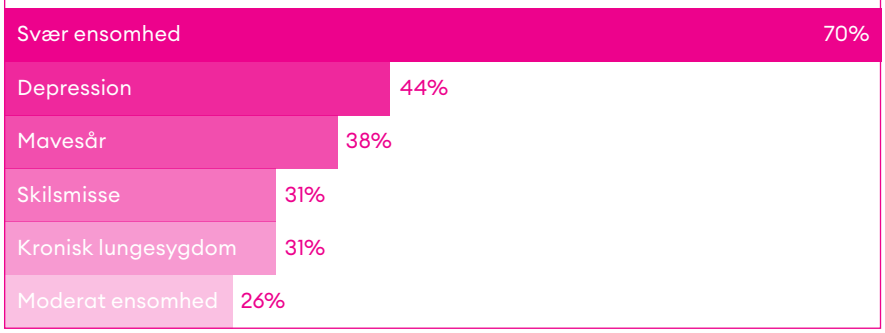
Vi kan måle, at mennesker der har oplevet ensomhed som børn, mister 0,025 WALY om året, eller hvad der svarer til et årligt tab af 2,5% livskvalitet.

Derudover øger ensomhed i barndommen også sandsynligheden for, at man er ensom i det sene voksenliv, at man udvikler depression, og at man bliver skilt (Tabel 1.).

Disse resultater taler sig ind i forebyggelsesdebatten. Hvis forringet sundhed og livskvalitet hos 50+årige kan spores tilbage til ensomhed i barndommen, vil det være naturligt at tænke gode børne- og ungdomsliv ind, når vi skal finde ud af, hvordan vi sikrer det gode ældreliv i fremtiden.[42]

Tabel 1:

Øget sandsynlighed for at opleve en given faktor som 50+årig, hvis man har oplevet ensomhed som barn



Hver række repræsenterer en unik probit-regression (modellering af dikotome resultatvariabler), hvor den udtrykte sandsynlighed står relativt til respondenter, som ikke oplevede ensomhed som barn. I alle regressionerne kontrolleres der for: køn, alder, civilstatus, indkomst, gæld, uddannelsesniveau, jobstatus, antal børn, bopælsområde og survey-år. Læs mere om udregninger bag tallene i denne tabel i online-appendiks.

Mennesker der bor alene, er oftere ensomme

Det er nærliggende at sætte lighedstegn mellem begreberne "social isolation" og "ensomhed". I sagens natur kan de godt hænge sammen eller være udløsende for hinanden. Men i denne undersøgelse bruges de to begreber om forskellige forhold.

Social isolation referer til, at en person objektivt er fysisk isoleret fra andre mennesker.[43] At bo alene er i den forstand en form for social isolation.

Ensomhed er derimod en subjektiv oplevelse af at føle sig alene. Derfor kan man godt være socialt isoleret uden at være ensom. Tilsvarende kan man føle sig ensom, selvom man f.eks. bor sammen med andre og dermed ikke er socialt isoleret.

Vores analyse viser, at ensomme oftere bor alene. Men analysen viser også, at livskvalitetstabet fra at bo alene forsvinder, så snart der kontrolleres for ensomhed.[44] Med andre ord: At bo alene er kun et problem for livskvaliteten for de 50+årige, der samtidig føler sig ensomme. Dog er det vigtigt at notere, at det at bo alene sagtens kan være det, der gør, at man føler sig ensom.

[42] Det er vigtigt at have for øje, at 'ensomhed i barndommen' er den eneste variabel, vi har anvendt, der forholder sig til respondentens barndom. Variablen 'ensomhed i barndommen' fungerer således potentielt som en stedfortræder eller markør for øvrige sociale problemer, som respondenten har oplevet som barn.

[43] Fakoya, O. A. et al. (2020).

[44] Se online-appendiks

50+årige som er fraskilte, har i snit en lavere livskvalitet

I vores analyse finder vi, at 50+årige som oplyser deres civilstatus som "fraskilt", i snit oplever 5,2% mindre livskvalitet om året end andre 50+årige. Faktisk er byrden for skilsmisse større end for enkestand – en forskel der dog ikke er signifikant og derfor må regnes som meget usikker.

Den internationale forskning understøtter vores resultater, da det oftest kan dokumenteres, at opløsningen af et ægteskab kan have negative konsekvenser for både mænd og kvinder. Sammenlignet med personer i ægteskab, rapporterer fraskilte voksne generelt lavere livstilfredshed, øget fysisk og psykisk lidelse, en øget risiko for misbrugsproblemer og en reduktion i tætte sociale netværk.[45]

Forskningen peger dog også på, at de fleste fraskilte voksne, kommer sig efter skilsmisse, og nogle viser endda personlig vækst i årene efter skilsmisse. Faktisk antyder litteraturen, at skilsmisse kan være et bedre alternativ end at forblive i et byrdefuldt ægteskab – i hvert fald ud fra et hensyn til den subjektive trivsel.[46] Imidlertid har resultater fra disse undersøgelser også demonstreret en betydelig variation og ulighed i denne tilpasningsproces, og skilsmisse for nogle derfor kun er starten på en mere stressfuld tilværelse.[47]

Meget af denne forskning i subjektiv trivsel og skilsmisser, har dog ikke et særskilt fokus på de ældre generationer, og det er derfor diskutabelt, i hvor høj grad disse konklusioner også knytter sig til den gruppe, der er fokus for vores analyse. De udfordringer individer står over for ved skilsmisse i en ældre alder, vil sandsynligvis afvige kvalitativt fra de udfordringer som yngre mennesker står over for ved en skilsmisse. Den manglende dokumentation på de subjektive trivselskonsekvenser for ældre generationer, må derfor betragtes som en betydelig begrænsning i forskningslitteraturen.

Sygdomme påvirker livskvaliteten forskelligt

Som det fremgår af ovenstående Figur 1 og 2, er der stor variation i, hvordan forskellige sygdomme i gennemsnit påvirker de 50+åriges trivsel. **Af samtlige 26 faktorer, vi har set på i analysen, giver Parkinsons sygdom det tredje største tab i livskvalitet for den enkelte person.** Lider man af Parkinsons, taber man i gennemsnit 16% af sin livskvalitet om året. Betydelige byrder kan også registreres ved blodpropper i hjernen, Alzheimers og demenssygdom og mavesår.[48]

Andre sygdomme som f.eks. forhøjet blodtryk og forhøjet kolesterol er forbundet med et relativt lille tab af livskvalitet for den enkelte - begge under 1%.

Det er dog vigtigt at holde sig for øje, at der netop er tale om gennemsnit. I analysen har det ikke være muligt at tage højde for, hvor alvorlig en given sygdom er hos den enkelte respondent eller hvor mange komplikationer, den enkelte har til sin sygdom. Det er nærliggende at antage, at personer med alvorlig sygdom og mange komplikationer vil opleve et større tab af livskvalitet end personer, der ikke har synderligt mange gener af deres sygdom.

Et andet resultat, der er værd at bemærke, er det tab af livskvalitet, der kan registreres ved kræftsygdom. På samfundsniveau giver kræft et årligt tab af 19.142 gode leveår blandt de 50+årige, altså en forholdsvis stor trivselsbyrde. Men dette skyldes primært den høje dødelighed. Den enkelte kræftpatient taber nemlig i gennemsnit kun 2,6% af sin livskvalitet per år (Figur 1).

Også her er det vigtigt at notere sig, at der ikke skelnes mellem alvorligheden af den enkelte persons sygdom. Kategorien dækker over mange forskellige kræfttyper, hvoraf nogle selvfølgelig har mere alvorlige konsekvenser for trivslen end andre. Det er desværre ikke muligt ud fra datagrundlaget i SHARE at kontrollere for dette, da tallene for kræftpatienter er relativt sparsomme. Dette er selvfølgelig et område, hvor mere særskilt forskning vil være yderst relevant.

---

[45] Amato, P.R. (2010) & Demo, D. H. & Buehler, C. (2013).

[46] Hawkins, D. N. & Booth, A. (2005).

[47] Hetherington, E. M. & Kelly, J. (2002); Johnson, D.R. & Wu, J. (2002)

[48] Mavesår vil for mange optræde overraskende byrdefuldt på denne liste. Mavesår har dog en stærk association til "stress" (se: Deding et al.,2016), Den relativt store byrde associeret med mavesår kan således være forklaret ved, at denne patientgruppe oftere har mentale sundhedsproblemer, som går forud for deres diagnose. I WALY-formularen kontrollerer vi ikke for sygdoms- og sundhedssymptomer, da anvendelse af kontrolvariabler skal være standardiseret på tværs af trivselsbyrder, og brugen af "symptomer" som kontrolvariable vil skabe disproportionale og tvetydige byrdeforhold.

Undersøgelsen viser også, at personer, der lever med mange sygdomme på én gang, oplever en betydelig forringelse af deres livskvalitet.[49] Lider man af fire forskellige sygdomme, mister man i gennemsnit 9% af sin livskvalitet om året. Lider man af fem eller flere fysiske sygdomme, ses et årligt livskvalitetstab på 14% om året. For personer, der lever med to eller tre fysiske sygdomme samtidig, er tabet dog mere beskedent.

En særlig udfordring ved multisygdom er, at det ser ud til at ramme tidligere og oftere hos personer med vanskelige socioøkonomiske forhold.[50] Dette får store konsekvenser for denne gruppe mennesker, idet de ikke kun har en kortere levetid end personer med bedre sociale forhold - de lever også med multisygdom i længere tid,[51] hvorfor de over et livsforløb vil miste betydeligt flere gode leveår. Dette er dog ikke et forhold, vi har studeret nærmere i denne rapport.

Med andre ord: Ulighed i sundhed giver også ulighed i livskvalitet.

Et fysisk aktivt liv er i snit et lykkeligere liv

Regelmæssig fysisk aktivitet er et kendt værktøj til at bremse den funktionelle tilbagegang, som opstår i det sene liv[52], men for ældre voksne kan det også være et oplagt værktøj til øget livstilfredshed.

Forskningen viser f.eks. hvordan vedligeholdelse af sundhed gennem fysisk aktivitet kan give ældre voksne bedre mulighed for at forfølge personlige mål, føle sig kompetente og opretholde en følelse af identitet – hvilket alt sammen bidrager til en øget livstilfredshed.[53]

At fysisk aktivitet har stor betydning for ældres sundhed og livstilfredshed, afspejler sig også i vores resultater, hvor vi finder en betydelig trivselsbyrde hos gruppen, som er fysisk inaktive[54]. **50+årige som er fysisk inaktive oplever i gennemsnit et tab af livskvalitet på 10%, og fordi problemet er relativt udbredt, så løber byrden samlet op i omkring 23.000 tabte gode leveår om året.**

Fysisk inaktivitet kan både have karakter som en selvstændig byrde, forstået i den forstand at den ikke er knyttet til en invaliderede sygdom, men den kan netop også være forbundet med betydelige sundhedsproblemer. Ifølge vores analyser, er de personer, der rapporterer at være fysisk inaktive, oftest personer som lever med Parkinsons, Alzheimers eller anden demenssygdom, samt personer der har haft en hjerneblødning eller oplever generelle mobilitetsbegrænsninger.[55]

Økonomisk modgang giver et væsentligt tab af livskvalitet

Det hedder sig, at man ikke kan købe sig til lykke. Det er dog en sandhed med modifikationer. Lykkeforskningen har dokumenteret, at et lavt indkomstniveau ofte er forbundet med mistrivsel.[56] Til gengæld bidrager øget velstand dog ikke med meget mere livskvalitet, hvis man allerede har en høj indkomst.[57] Der er med andre ord faldende marginal nytte ved velstand.

I denne analyse er det imidlertid svært at studere sammenhængen mellem livskvalitet og indkomst, da gruppen, vi studerer, består af mange pensionister, som ikke har en konventionel erhvervsindkomst, men derimod et højt formueniveau og varierende pensionsindkomster. Kigger man på andelen af personer, der subjektivt vurderer at opleve økonomisk modgang på tværs af aldersgrupper, synes der heller ikke at være nogle klare tendenser. På tværs af alle grupper ligger andelen mellem 10-16%, hvor den største forekomst findes i starten af 70'erne, mens den laveste forekomst kan findes umiddelbart før pensionsalderen midt i 60'erne.

Hvad der derimod kan identificeres er, at følelsen af at være i "økonomisk modgang"[58] kan have store konsekvenser for ens velvære. 50+årige, der oplever økonomisk modgang, mister årligt 0,076 WALY - eller hvad der vil svare til 7,6% livskvalitet om året.

---

[49] Multisygdomskategorierne måler kun på "fysiske sundhedsproblemer": Forhøjet blodtryk, forhøjet kolesterol, diabetes, hjerteanfald, blodprop i hjernen, hoftebrud, mavesår, cancer, grå stær, kronisk lungesygdom, Parkinsons sygdom og Alzheimers. Denne kategorisering af multisygdom adskiller sig fra definitionen fra Statens Institut for Folkesundhed: Møller, S. P. et al. (2019).

[50] Frølich, A. et al. (2017).

[51] Ibid.

[52] Sundhedsstyrelsen (2019).

[53] Berg, A. et al (2006) & Borg, C. et al. (2006).

[54] I denne analyse er fysisk inaktivitet defineret ved, at personer stort set aldrig eller aldrig gennemfører aktiviteter som havearbejde eller at gå en tur

[55] Se online-appendiks.

[56] Helliwell, J. et al. (2012).

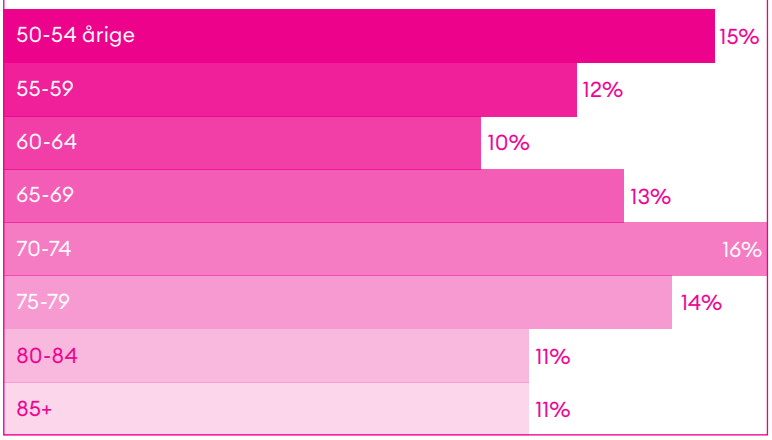
[57] For en relativ ny analyse om forholdet mellem indkomst og livskvalitet, se: Jebb, A. et al. (2018)

[58] Modsat de faktiske målbare indkomstkilder, er økonomisk nød en subjektiv oplevelse, som er svær at sætte på formel.

Figur 3:

Andelen som oplever økonomisk modgang fordelt på aldersgrupper

Andel som oplever økonomisk nød



Ovenstående tal er baseret på SHARE-data for 50+årige i Danmark

FREMHÆVEDE RESULTATER FRA DEL 1:

1. For den gennemsnitlige 50+årige i Danmark er svær ensomhed den mest byrdefulde livsomstændighed. Hvert år taber de ramte personer 0,278 WALY, eller det der svarer til 27,8% livskvalitet om året.
2. På samfundsniveau er moderat ensomhed den mest byrdefulde faktor. I Danmark taber 50+årige hvert år knap 55.000 gode leveår til moderat ensomhed. Den næstmest byrdefulde faktor på samfundsniveau er depression, som stjæler knap 40.000 gode leveår om året.
3. Andre faktorer som f.eks. forhøjet blodtryk og forhøjet kolesterol er forbundet med relativt små tab af livskvalitet om året for den enkelte - begge under 1%.

HVORDAN KAN DENNE VIDEN BRUGES?

En af de vigtigste konklusioner i denne analyse er, at der er store forskelle på, hvordan de 26 faktorer påvirker livskvaliteten. WALY-beregninger muliggør, at vi ikke længere kun kan tale om hvilke problemer, flest mennesker står med, men også hvad der påvirker livskvaliteten mest. Dette åbner døren for en helt anden beslutnings- og prioriteringsdagsorden, da byrder vi før har undervurderet eller været helt blinde overfor, nu fremhæves.

På baggrund af denne analyse kan vi konkludere, at nogle bestemte faktorer ser ud til at være særligt begrænsende for menneskers mulighed for at leve et godt liv. Det er helt tydeligt, at særligt ensomhed og depression, men også bestemte sygdomme, fysisk inaktivitet og økonomisk modgang, falder i denne kategori.

Derfor er det afgørende, at beslutningstagere øger opmærksomheden mod disse kritiske faktorer, når de skal udarbejde strategier og foretage prioriteringer for fremtidens velfærd. Disse forhold er nemlig særligt sensitive overfor fremtidige ændringer i forekomst. F.eks. vil en lille procentstigning i den fremtidige forekomst af "svær ensomhed" givetvis udtrykke sig ved en markant stigning af de samfundsmæssige trivselsbyrder, mens det omvendt vil kræve en meget stor stigning i forekomsten af f.eks. forhøjet blodtryk, før de samfundsmæssige byrdetal vil rykke betydeligt på sig.

DEL 2

Perspektivering: Gode livsforløb

I dette afsnit breder vi perspektivet ud og ser på, hvordan alvorlige begivenheder såsom at miste sin partner eller at blive meget syg påvirker livskvaliteten på længere sigt.

Analysens resultater baserer sig på personer i alderen 50+ i hele Europa.

”I lykkeforskningen ser vi, at ældre ofte rapporterer forbløffende høj livskvalitet, på trods af, at de måske har haft et alvorligt sygdomsforløb, eller måske har mistet en af deres kære.”

Bent Greve, professor, Institut for Samfundsvidenskab og Erhverv, Roskilde Universitet

Læger tiden alle sår?

I Del 1 forholdt vi os til de ”årlige trivselsbyrder” – altså hvor meget livskvalitet, de respektive faktorer koster på et år. Men hvad sker der i årene efter? Bliver man ved med at have lavere livskvalitet efter et hjerteanfald, eller lysner tilværelsen, som tiden går?

Tidligere studier i 70erne, 80erne og 90erne har peget på, at selv store hændelser i livet ikke ville have indflydelse på menneskers livskvalitet - i hvert fald ikke i mere end højst et par måneder. Altså havde det at gifte sig eller blive skilt, at vinde lotteriet eller miste en formue i en finanskrise, at blive ansat, at blive fyret, at tage på den skiferie, man altid havde drømt om eller at brække et ben på pisten ikke betydning på længere sigt. Folk ville nemlig hurtigt tilpasse sig en hver ændring, så deres livskvalitet efter kort tid var tilbage på samme niveau som før. Der skete med andre ord en tilpasning.[59]

Denne konklusion blev senere udfordret. I 00'erne kunne nye forskningsstudier, med hjælp fra store panel-dataserier, konkludere anderledes: Voldsomme hændelser kan have betydelige negative konsekvenser for livskvaliteten i flere år. Og det så nu ud til, at det kun var ved nogle bestemte forhold, især fysiske sygdomme, at man tilpassede sig og kom op på det samme niveau af livskvalitet som før. [60]

For at identificere hvorvidt og i hvilken udstrækning “tilpasning” er et fænomen for 50+årige, ser vi i denne del af rapporten på, hvordan forskellige faktorer påvirker livstilfredsheden på længere sigt.

For hver af de faktorer, vi ser på, måles livstilfredshedsniveauet henholdsvis seks, fire og to år forinden den pågældende faktor forekommer. (t=-6,-4,-2). Desuden måles livstilfredsheden i det år, hvor den pågældende faktor forekommer (t=0) samt de seks efterfølgende år (t=+2, +4, +6). Livstilfredshedsudviklingen er relativ til første måleår (t=-6). Effekterne udregnes ved OLS-regression, og der kontrolleres for: køn, alder, civilstatus, indkomst, gæld, uddannelsesniveau, jobstatus, antal børn, bopælsområde og survey-år. For nogle faktorer tillader datamængden, at vi kan kigge frem mod t=+6. For andre er data mere begrænset og vi kan kun forholde os til t=+2 eller t=+4.

I analyserne kontrollerer vi ikke for eventuelle andre forhold, der kan påvirke livstilfredsheden. Det kunne i princippet betyde, at de enkelte forhold tilskrives for meget betydning for livstilfredsheden. Studier, som netop kontrollerer for andre forhold, finder dog, at det er yderst sjældent, at flere alvorlige forhold optræder samtidig, og at det derfor er unødvendigt at kontrollere herfor.[61]

Alle analyserne i del 2 baserer sig på europæisk data, men det er vores overbevisning, at resultaterne også har stor relevans i en dansk kontekst. Byrdeniveauer, som var fokus i analyserne i Del 1, kan oftest variere en del på tværs af befolkninger, men måden byrder udvikler sig på, har en mere universel karakter, da det antages, at disse udviklinger baserer sig på mere grundlæggende psykologiske reaktioner, resiliens og tilpasning.[62] Eller med andre ord: Det påvirker altså ikke kun livskvaliteten at miste sin partner, hvis man bor i Tyskland, og den korresponderende tilpasningseffekt, er ikke kun forbeholdt personer i Spanien. Uanfægtet at vi bruger europæisk data, er det derfor vores overbevisning, at Del 2’s resultater rummer essentielle indsigter.

For nogle specifikke faktorer – og særligt dem der vedrører sygdom - kan udviklingen i livskvalitet dog være særligt betinget af kvaliteten af den behandling som tilbydes patienten. Vi kan derfor ikke udelukke, at en ringe tilpasning til f.eks. Alzheimers og andre demenssygdomme, som vi finder i denne analyse, er lige udtalt i alle de europæiske lande. Disse estimater skal derfor ses som vejledende, og mere national forankret analyse er nødvendigt, for at afdække eventuelle variationer på disse områder.

En komplet oversigt over alle faktorer inklusiv konfidensintervaller findes i online-appendiks.

[59] Se f.eks: Brickman, P. et al. (1978); Frederick, S. & Loewenstein, G. (1999); Headey, B. & Wearing, A. (1989); Lykken, D. & Tellegen, A. (1996).
[60] For et litteratur-review, se: Lucas, R.E. (2007).
[61] Kettlewell, N. (2020)
[62] Luhmann, M. et al. (2012); Headey, B. et al (1989); Diener, E. et al. (2009); Bonanno, G. A. (2004); Brickman, P.(1971).

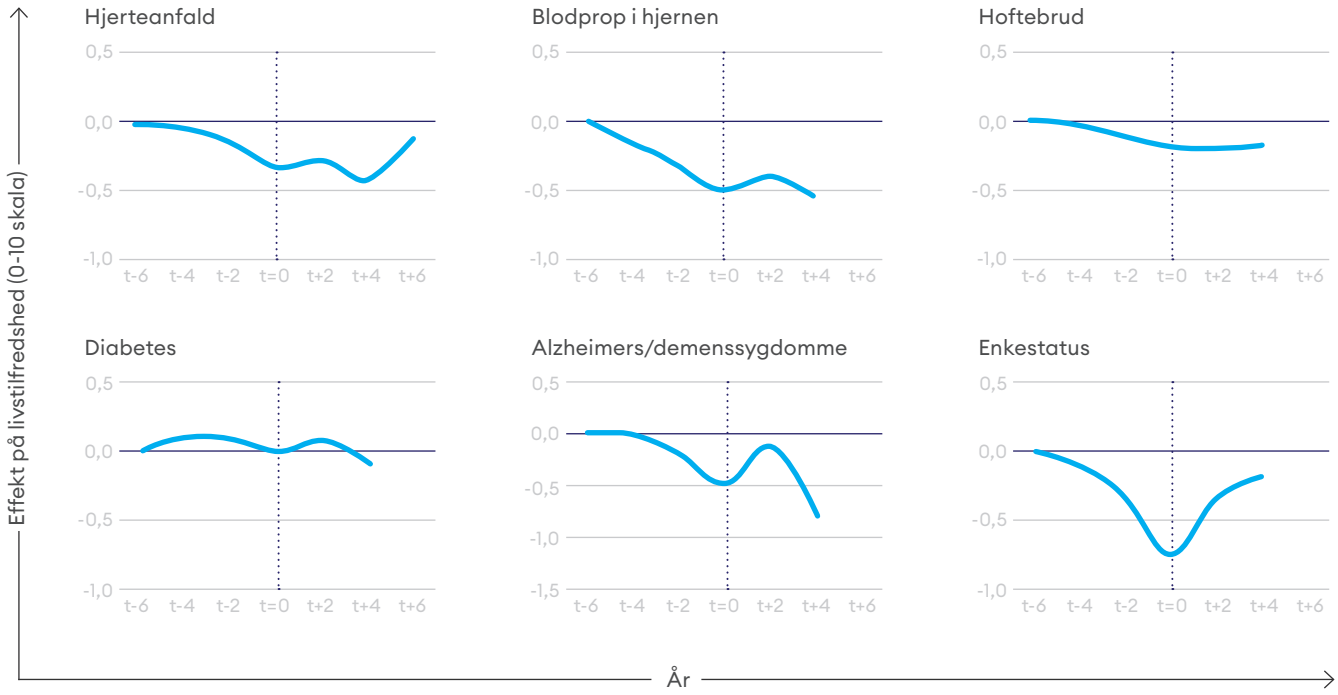
Det tager i gennemsnit seks år at komme sig over et hjerteanfald

Forskningslitteraturen har vist, at særligt enkestand, økonomiske vanskeligheder og fysisk sygdom er forhold, som mennesker med tiden kan tilpasse sig eller lære at leve med – enten helt eller delvist.[63] Vores undersøgelse af livstilfredsheden hos 50+årige kan kun delvist bekræfte, at dette gør sig gældende.

Først og fremmest viser analysen, at der er stor variation. Hvorvidt man tilpasser sig en ny situation og genvinder tabt livstilfredshed afhænger meget af, hvilken faktor, der i første omgang har påvirket livstilfredsheden. Som det fremgår af Figur 4, kan der for eksempel ikke registreres noget åbenlyst tab af livstilfredshed ved at have diabetes. Denne sammenhæng er heller ikke signifikant[64] For andre forhold kan der registreres årelange signifikante tab af livstilfredshed, som over tid enten bliver helt eller delvist genvundet. Det gælder blandt andet, når ens partner er død, hvor livstilfredsheden falder 0,744 point på livstilfredshedsskalaen (0-10 skala) året hvor dødsfaldet rapporteres (t=0), men stort set genvindes efter fire år (t+4). Ligeledes sker der et signifikant tab af livstilfredshed efter et hjerteanfald på 0,312 point i det år, hvor hjerteanfaldet rapporteres, men efter 6 år er livstilfredsheden på stort set samme niveau som før (t+6). Blandt mennesker, der får en blodprop i hjernen eller får diagnosticeret Alzheimers og andre demenssygdomme ser vi ligeledes et signifikant tab af livskvalitet, men vi kan ikke registrere nogen tilpasning.[65]

Figur 4:

Udvalgte livsbegivenheder og respektive livskvalitetsforløb



Figurerne illustrerer effekten af livsbegivenheder på livstilfredshed på en 0-10 skala. Den marginale effekt på livstilfredshed (y-aksen) afbildes på tværs af år (x-aksen). Den marginale effekt udregnes via en OLS-regression med reference til t=-6 (seks år forinden livsbegivenheden indtræffer). Der kontrolleres for: køn, alder, civilstatus, indkomst, gæld, uddannelsesniveau, jobstatus, antal børn, bopælsområde, land og survey-år. Der måles på voksne i hele Europa i alderen 50+. Læs mere om udregninger bag denne figur i online-appendiks.

[63] Lucas, R.E. (2007) & Kettlewell, N. (2020)

[64] Som det fremgår af online-appendiks, er denne effekt heller ikke signifikant.

[65] Til disse analyser skal knyttes to kommentarer. 1) Det er muligt, at der findes mange forhold, som ikke er berørt i denne analyse, hvortil 50+årige tilpasser sig med tiden. Et forhold, der ofte har været genstand for analyse, er en pludselig fysisk skade eller et handicap, som f.eks. begrænser mobilitet. Sådanne hændelser har det ikke været muligt at afdække. 2) Flere år før en hændelse indtræffer, ser vi en betydelig, løbende livskvalitetsforringelse. I visse tilfælde kan dette forklares ved, at livskvaliteten falder forud for begivenheden indtræffer (f.eks. enkestatus, som kan forklares ved at ens partner har gennemgået et svært sygdomsforløb), men for andre forhold (f.eks. en blodprop eller et hoftebrud) er der tale om mere pludseligt indtræffende hændelser. Forfatterne bag denne rapport er ikke bekendt med teorier og forklaringer på, hvorfor livskvaliteten falder før begivenheden, indtræffer for disse specifikke faktorer, men vi noterer, at de også kan identificeres i tilsvarende studier.

Man kan kureres for depression, men ikke tilpasse sig

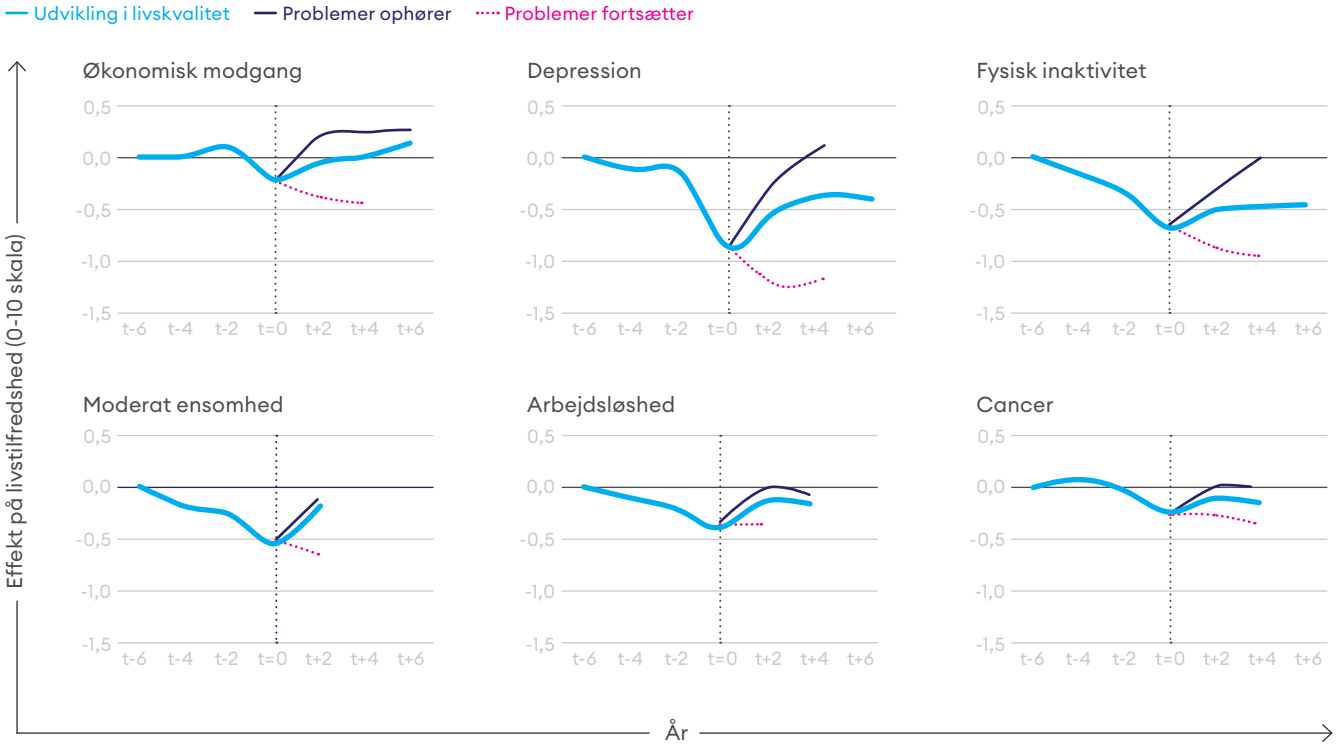
Et centralt spørgsmål, når tabt livskvalitet er genvundet, er, hvad det skyldes? Har man fået et bedre liv igen, fordi man har tilpasset sig situationen? Eller skyldes det, at de problemer, der var årsagen til, at man mistede noget af sin livskvalitet, er blevet afhjulpet?

En kronisk sygdom eller ens partner død kan i sagens natur ikke afhjælpes over tid. Men det kan andre af de faktorer, vi har set på, såsom arbejdsløshed eller depression. Hvis det var muligt at genvinde tabt livskvalitet ved at tilpasse sig situationen, når man er arbejdsløs eller lider af depression, skulle man gerne kunne se en stigning i livskvalitet hos personer, der bliver langtidsledige eller kronisk depressive – og ikke kun hos dem, der kommer i job igen eller bliver kureret for deres sygdom.

Derfor har vi set på, hvordan livstilfredsheden ser ud på længere sigt for to grupper: mennesker, der fortsætter med at leve med et givent problem og mennesker, hvis problem bliver afhjulpet (Fig.5).

Figur 5:

Udvalgte begivenheder og respektive livstilfredshedsudviklinger



Figurerne illustrerer effekten af en given faktor på livstilfredshed. Den marginale effekt på livstilfredshed (y-aksen) afbildes på tværs af år (x-aksen). Den marginale effekt udregnes via en OLS-regression med reference til t=-6 (seks år forinden livsbegivenheden indtræffer). Der kontrolleres for: køn, alder, civilstatus, indkomst, gæld, uddannelsesniveau, jobstatus, antal børn, bopælsområde, land og survey-år.. Der måles blandt voksne i hele Europa i alderen 50+. Læs mere om udregninger bag denne figur i online-appendiks.

Som det fremgår af Figur 5, er det de mennesker, hvis problem bliver afhjulpet, der vender tilbage til deres tidligere niveau af livstilfredshed. For depression og økonomisk modgang ser vi tilmed, at personer, der bliver fri for disse problemer, i gennemsnit opnår et livstilfredshedsniveau, der er en smule højere, end før de rapporterede problemet første gang (t=0).

For mennesker, hvis problem ikke bliver afhjulpet, ser det anderledes ud. Her falder livstilfredsheden yderligere over årene. Det er særligt gældende for ensomhed, fysisk inaktivitet og i særdeleshed depression. Effektforskellene mellem de lyserøde og mørkeblå kurver er signifikant forskellige for alle faktorer på nær cancer og arbejdsløshed. Nærmere detaljer herom, herunder konfidensintervaller, kan findes i online-appendiks.

Af alle de 26 faktorer, vi har set på i analysen, giver depression det største tab af livstilfredshed efter 2-4 år. Men specifikt for depression er der dog en reel mulighed for, at den gruppe som bliver rask, kun opnår en forbedring af livskvalitet, fordi de i første omgang slet ikke oplevede en lige så svær depression, som den gruppe der ikke bliver fri for sygdommen.[66]

Vi har vi derfor testet, om depressionsniveauerne (målt ved metoden EURO-D) for de to grupper var signifikant forskellige, allerede da depression blev rapporteret (t=0).[67] Eller med andre ord: Havde de personer som ikke blev fri for deres depression, en sværere depression til at starte med?

Resultatet viser, at der er en signifikant forskel. De personer som på sigt blev raske fra deres depression, havde til at starte med en gennemsnitscore på 5,8 på EURO-D-skalaen (0-12-skala), hvor en score på 5 eller højere regnes for en depression. Til gengæld havde de personer, som ikke blev raske fra depression en tilsvarende gennemsnitscore på 6,36. Denne statistisk signifikante forskel kunne antyde, at dem som ikke bliver raske fra depressionen, kæmper med en dybere depression, som er sværere at behandle, mens dem som bliver afhjulpet, oplever en mildere depression, og lettere kan profitere af behandling. Dette kunne også betyde, at det er meget svært for personer repræsenteret ved den lyserøde kurve at opnå samme trivsels-niveau som for personer repræsenteret ved den mørkeblå kurve.

Tilbagetrækning har forskellige virkninger på livskvaliteten (baseret på dansk data)

Tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet er et typisk eksempel på en begivenhed, der både kan give højere og lavere livskvalitet. På den ene side har mange pensionister mere tid til familie, venner og fritidsaktiviteter. På den anden side kan tilbagetrækning betyde lavere indkomst, mindre følelse af formål og mindre social kontakt.

I den danske befolkning er der, modsat den gennemsnitlige europæiske befolkning, ingen tegn på, at livstilfredsheden skulle blive hverken højere eller lavere med årene som pensionist. I hvert fald i gennemsnit.[68,69] Der er heller ingen tegn på, at kvinder og mænds livskvalitet påvirkes forskelligt.[70]

Hvad vi imidlertid har kunne analysere, er, hvordan årsagen til, at man trækker sig tilbage fra arbejdsmarkedet, påvirker livskvaliteten. Her kan det konkluderes, at livskvaliteten for 50+årige i Danmark påvirkes positivt af tilbagetrækning, hvis årsagen skal findes i adgang til privatpension, at man er blevet tilbudt en lukrativ mulighed for at trække sig tilbage tidligere, eller hvis man aktivt har tilvalgt at bruge mere tid med familien (såkaldte pull-faktorer). Her er den gennemsnitlige livstilfredshedsgevinst hhv. 0,295, 0,227 og 0,172 point på livstilfredshedsskalaen. Omvendt er tilbagetrækning forbundet med lavere livstilfredshed, hvis årsagen er, at man blev overflødig på sit arbejde, eller at man var nødt til at trække sig tilbage på grund af dårligt helbred (såkaldte push-faktorer). Tallene for disse to faktorer viser hhv. et tab på 0,153, 0,201 og 0,377 på livstilfredshedsskalaen.

---

[66] Denne problematik er specifik for depression, fordi der her er tale om en skala (0-12), hvor analysen beskæftiger sig med alle personer med en score over 5. Det giver derfor anledning til en betydelig variation. Det giver derfor anledning til en betydelig variation. For de øvrige faktorer vi har analyseret, er der enten tale om dummy variabler, eller særskilte kategorier (som f.eks. moderat og svær ensomhed), hvorfor yderligere opdeling af variablen enten ikke er mulig eller meningsfuld.

[67] Se online-appendiks

[68] Se online-appendiks

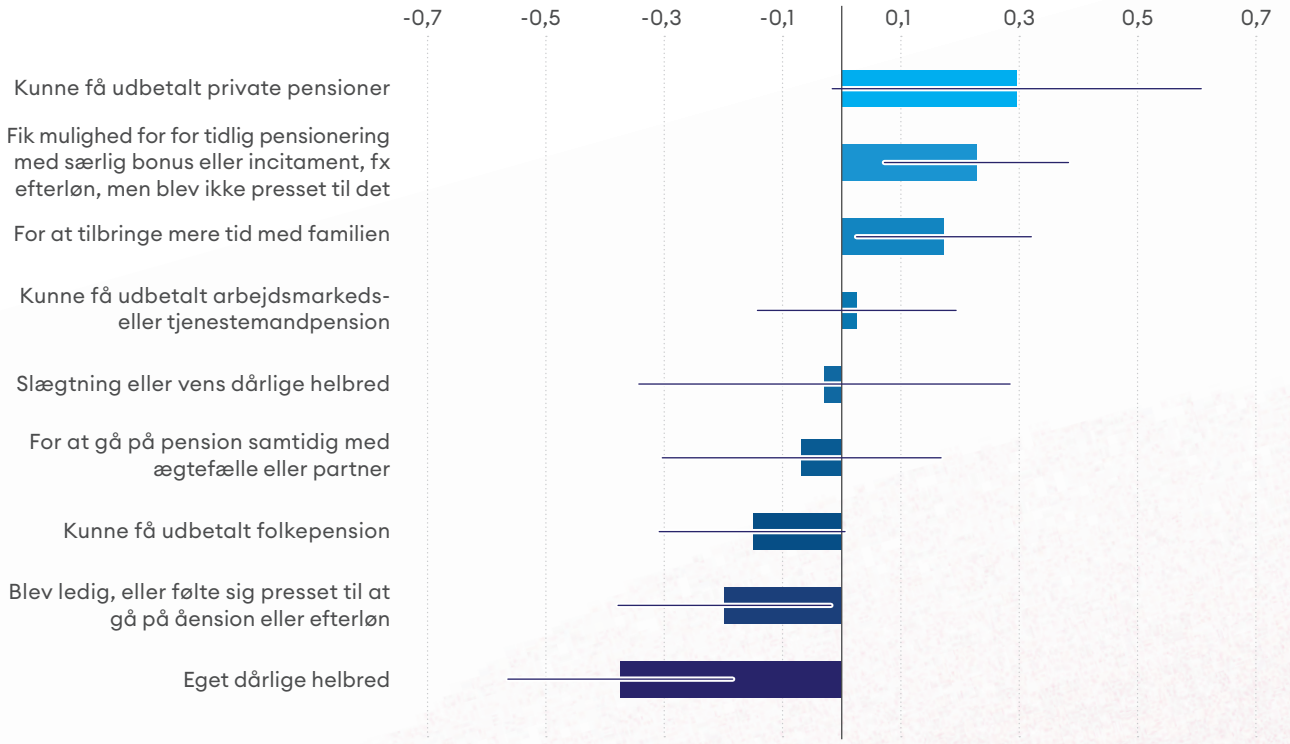
[69] Dette går umiddelbart imod den evidens, som påpeger at lykkeniveauet er U-formet over et livsforløb, og alderdommen derfor skulle være den lykkeligste tid sammen med ungdommen. I dette datasæt, som kun måler på 50+årige, er der dog ingen tegn på en markant stigning i livstilfredshed i det sene voksenliv.

[70] Se online-appendiks

Figur 6:

Livstilfredshedseffekter relativt til tilbagetrækningsårsag (50+årige i Danmark)

Effekt på livstilfredshed (0-10 skala)



Figuren illustrerer effekten af tilbagetrækningsårsager på livstilfredsheden, og er beregnet med OLS-regression. Usikkerheder udtrykkes med 95% konfidensintervaller. Der kontrolleres for: køn, alder, civilstatus, indkomst, gæld, uddannelsesniveau, jobstatus, antal børn, bopælsområde og survey-år. Der måles kun blandt voksne i Danmark i alderen 50+. Læs mere om udregninger bag denne figur i online-appendiks.

FREMHÆVEDE RESULTATER FRA DEL 2:

1. Det er muligt for gennemsnittet af 50+årige at tilpasse sig omvæltende begivenheder, såsom at opleve og overleve et hjerteanfald eller at miste sin partner. Sådanne begivenheder er forbundet med et tab i livstilfredshed i året det rapporteres. Livstilfredsheden er dog i gennemsnit genvundet efter 4-6 år.
2. Depression og ensomhed er ikke faktorer man kan lære at leve med. Det kræver at problemerne bliver afhjulpet, ellers falder livstilfredsheden yderligere med årene. Vores analyse indikerer, at dette særligt gælder for sværere depressioner.
3. Pensionstilværelsen er en livsfase, som både kan være forbundet med øget eller forringet livstilfredshed. Hvis årsagen til tilbagetrækning f.eks. skal findes i, at man har valgt at bruge mere tid med familien, finder vi en livskvalitetsgevinst. Omvendt er tilbagetrækning forbundet med lavere livstilfredshed, hvis årsagen f.eks. skal findes i dårligere helbred, eller at man blev overflødig på sin arbejdsplads.

HVORDAN KAN DENNE VIDEN BRUGES?

Når vi lever livet, vil vi opleve tab, sygdom og livskriser. Nogle af disse kan vi lære at leve med, mens andre kan bide sig fast og få en permanent og ødelæggende betydning for vores liv. Metoden som er anvendt i Del 2 samt de tilhørende resultater, kan hjælpe med at identificere hvilken af disse to kategorier, forskellige faktorer tilhører.

Af resultaterne ser vi blandt andet, at faktorer som en partners død i snit er noget som kun udgør en midlertidig trivselsbyde for 50+årige. Omvendt er faktorer som ensomhed og depression stærkt invaliderende byrder – både når de opstår og i årene efter.

Analysens resultater underbygger således argumentet om stærkere prioritering af at finde løsninger på disse to særområder.

Fremadrettet er det også vigtigt at se på, hvilke andre forhold, der spiller ind. Når vi f.eks. overgår til en ny livsfase som pensionstilværelsen, er indflydelsen på vores livskvalitet stærkt afhængig af årsagen til, at vi er gået på pension. Selvom det har været uden for denne rapports fokusområde, så vil andre kontekster – såsom størrelsen på ens sociale netværk og ens personlighedstræk – givetvis også spille en rolle for, hvor god man er til at tilpasse sig svære livsbegivenheder. Mere forskning i denne retning vil give et langt tydeligere billede af, hvilke grupper af mennesker, der ikke har ressourcer og omgivelserne til at værne mod vedvarende ulykke.

Dette vil ultimativt hjælpe beslutningstagere med at identificere, hvor deres interventioner gør mest gavn.

DEL 3

Perspektivering: Hvad med partneren?

I dette afsnit breder vi perspektivet ud og ser på, hvor meget livskvalitet man mister som partner til én, der bliver direkte berørt af en alvorlig hændelse.

Analysens resultater baserer sig på individer i alderen 50+ i hele Europa.

”Pårørende-byrden bliver fortsat et større tema i velfærds- og sundhedsdebatten. Det skyldes, at der bliver flere ældre, hvilket sætter pres på de offentlige udgifter, og i sidste ende kan betyde, at mere plejeansvar vil tilfalde familien og de pårørende”

Anu Siren, seniorforsker, VIVE

I medgang og modgang

I Del 3 breder vi perspektivet endnu mere ud – for kan det tænkes, at man også kan miste livskvalitet, hvis ens partner gennemgår svære ting i livet?

Det er nærliggende at forestille sig, at det at se sin partner være syg, miste sit job eller på anden måde leve under svære forhold, i sig selv kan være en byrde. Flere studier har desuden vist, at pårørende som yder pleje til et sygt familiemedlem ofte oplever konsekvenser for deres fysiske og mentale sundhed, økonomi, sociale liv og fritid samt arbejdsmarkedsdeltagelse.[71]

I SHARE-databasen er der ikke tilstrækkelige data for Danmark til at sikre tilstrækkeligt robuste resultater, som kan pege på, hvor meget livskvalitet man taber, hvis man er partner til en berørt person. Derfor ser vi i vores perspektivering på, hvordan det står til med partnere i hele Europa. Disse tal kan ikke overføres direkte på danske forhold, blandt andet fordi pleje af syge og svækkede i Danmark varetages af det offentlige i højere grad end i mange andre lande. Det er dog stadig vores overbevisning, at tab af livskvalitet hos partnere i andre lande kan give et fingerpeg om, hvordan det ser ud for danske partnere.

Det talmateriale, der er til rådighed, giver ikke oplysninger om, hvorvidt partneren fungerer som omsorgsperson – men vi må antage, at det i mange tilfælde gør sig gældende i en vis grad.

Figur 7 viser, hvordan ni forskellige faktorer påvirker livskvaliteten hos de berørte personers partnere. Der måles et livstilfredshedsniveau for seks, fire og to år forinden begivenheden indtræffer (t-6,-4,-2); for det specifikke år hvor begivenheden indtræffer (t=0); og de seks efterfølgende år (t+2, +4, +6). På hver figur følger vi både den direkte berørte person og dennes partner. Udviklingerne i livstilfredshed (på 0-10 skala) er sammenholdes med første måleår (t-6).[72] Effekterne udregnes ved OLS-regression, og der kontrolleres for: køn, alder, civilstatus, indkomst, gæld, uddannelsesniveau, jobstatus, antal børn, bopælsområde og survey-år. For nogle faktorer tillader datamængden, at vi kan kigge frem mod t+6. For andre er data mere begrænset og vi kan kun forholde os til t+2 eller t+4.

Som det fremgår af Figur 7, følger partnerens udsving i livstilfredshed udsvingene for den berørte person. F.eks. falder livstilfredsheden for en person, der har oplevet hjerteanfald med 0,312 point i det år, anfaldet rapporteres (t=0). For partneren til denne person kan der samtidig registreres et fald i livstilfredshed på 0,226. Disse parralle udsving kan registreres for de fleste faktorer. **Udfra denne observation kan det antages, at partnerens livstilfredshed i høj grad afhænger og bliver påvirket af den direkte berørtes tilstand og situation.** Tabet af livskvalitet hos partneren er signifikant for alle faktorer i Figur 7, på nær blodprop i hjernen, svær ensomhed og arbejdsløshed.

I et enkeltstående tilfælde, Alzheimers og andre demenssygdomme, ser vi tilmed, at tabet af livstilfredshed tilsyneladende er større for partneren end den berørte, og at partnerens livstilfredshed fortsætter med at dale over årene. Denne forskel er dog ikke signifikant, og derfor forbundet en stor usikkerhed.

Figur 7: Udvalgte faktorer og respektive livskvalitetsforløb for den direkte berørte samt for partneren

Figurerne illustrerer effekten af livsbegivenheder på livstilfredshed. Den marginale effekt på livstilfredshed (y-aksen) afbildes på tværs af år (x-aksen). Den marginale effekt udregnes via en OLS-regression med reference til t-6 (seks år forinden livsbegivenheden indtræffer.) Der kontrolleres for: køn, alder, civilstatus, indkomst, gæld, uddannelsesniveau, jobstatus, antal børn, bopælsområde, land og survey-år. For partneren kontrolleres der yderligere for generel vurdering af egen sundhed. Der måles på voksne i hele Europa i alderen 50+. Nærmere detaljer, herunder konfidensintervaller, og en komplet oversigt over alle faktorer findes i online-appendiks.

[71] Se f.eks: Pearlin et al. (1990); Kramer, (1997); Schulz, & Beach (1999); Dunn et al. (2001).
[72] En komplet oversigt over alle faktorer findes i online-appendiks.

Partnerens byrde kan være tungere end patientens byrde

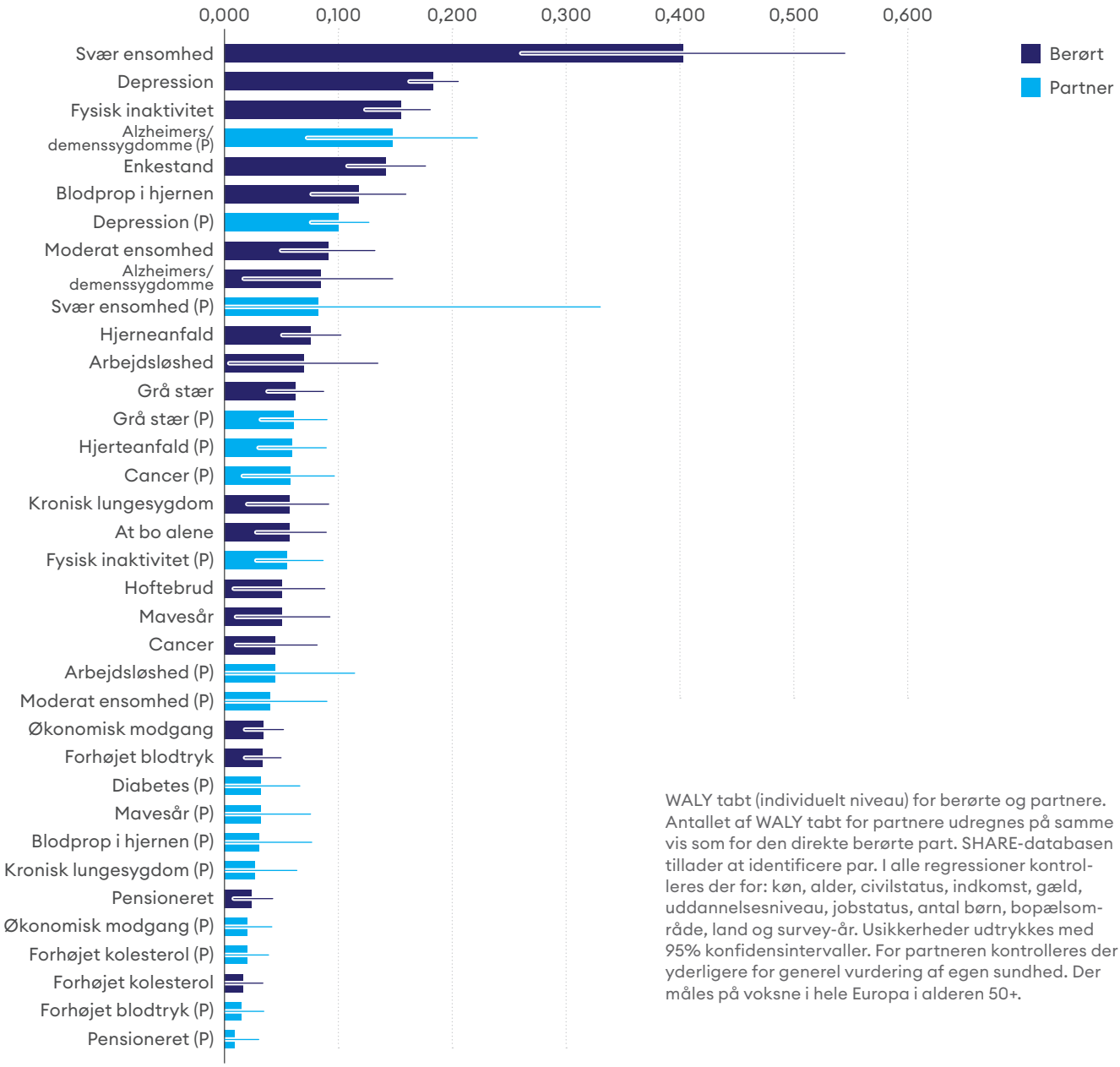
Der er intet nyt i, at vi som mennesker bliver berørt af vores næres livssituation, og at dette påvirker kvaliteten af vores eget liv. Hvad der derimod gør disse analyser interessante, er, at de også kan måles som WALY (tabte gode leveår). Dermed bliver trivselsbyrderne for den direkte berørte og partneren sammenlignelige.

Til nedenstående figur har vi udregnet WALY for de direkte berørte samt for partneren 2-4 år[73] efter en given hændelse er rapporteret. Vi har testet effekterne efter 2-4 år for at sikre os, at der er tale om manifesterede byrder og ikke kortvarige "chok". Partneren til en berørt person har ofte også selv et sundhedsproblem.[74] Derfor har vi også kontrolleret for generel sundhed hos partneren. Vi kan på den måde være mere sikre på, at de gode leveår, som partneren taber, ikke blot skyldes vedkommendes egne sundhedsproblemer.

Figur 8:

Mistede gode leveår (WALY) for både berørte og partnere 2-4 år (2 spørgeskemarunder) efter en faktor er rapporteret

WALY tabt (Individniveau)



WALY tabt (individuelt niveau) for berørte og partnere. Antallet af WALY tabt for partnere udregnes på samme vis som for den direkte berørte part. SHARE-databasen tillader at identificere par. I alle regressioner kontrolleres der for: køn, alder, civilstatus, indkomst, gæld, uddannelsesniveau, jobstatus, antal børn, bopælsområde, land og survey-år. Usikkerheder udtrykkes med 95% konfidensintervaller. For partneren kontrolleres der yderligere for generel vurdering af egen sundhed. Der måles på voksne i hele Europa i alderen 50+.

[73] Vi har testet effekterne efter 2-4 år, for at sikre os, at der er tale om manifesterede byrder og ikke kortvarige "chok".
[74] Se online-appendiks.

Figur 8 viser, at forhold, der rammer én person, også vil berøre og påvirke partneren. For eksempel mister man, efter 2-4 år, 0,101 WALY hvis éns partner lider af depression, men personer, hvis partner lever med demens, efter 2-4 år vil miste 0,149 WALY. For grå stær, hjerteanfald, cancer og fysisk inaktivitet findes vi ligeledes signifikante trivselsbyrder for partneren. For faktorer som svær ensomhed, moderat ensomhed, arbejdsløshed og diabetes finder vi også effekter, men disse er ikke signifikante.

Alzheimers og andre demenssygdomme samt cancer er de eneste faktorer, som synes at give et større tab i livskvalitet for partneren end for den direkte berørte. Disse forskelle er dog, som indikeret ved de overlappende konfidensintervaller, forbundet med en betydelig usikkerhed, og det vil kræve et større datasæt, at klarlægge om disse forskelle faktisk er signifikant forskellige fra hinanden.

FREMHÆVEDE RESULTATER FRA DEL 3:

1 Livskvaliteten for personer som er i et forhold, synes at følge hinanden. Hvis den ene part bliver ramt af sygdom eller en anden omvæltende begivenhed, så falder livskvaliteten typisk for begge parter.

2 Partnere til personer med depression eller demenssygdomme, oplever betydelige trivselsbyrder i årene efter problemet første gang blev rapporteret. Partnere til en person med depression mister 0,101 WALY, mens partnere til en person med en demenssygdom mister 0,149 WALY af deres livskvalitet.

HVORDAN KAN DENNE VIDEN BRUGES?

Der findes store mængder forskningslitteratur, der dokumenterer betydelige tab af livskvalitet ved at være pårørende.[75] Inden for denne forskning har man dog ikke været i stand til at udregne trivselsbyrder for partnere på samme måde, som der udregnes trivselsbyrder for den berørte.

Det er vores overbevisning, at WALY er den eneste model af sin art, der formår netop dette uden at negligere partnerens oplevelser og erfaringer, fordi man med modellen måler den faktiske livskvalitet hos de personer, det vedrører. Sundhedsrelateret livskvalitetsmål såsom EQ-5D lægger mere vægt på smerte, mobilitetsproblemer og begrænsninger i daglige gøremål, når de opgør tab af livskvalitet. Dette kan i nogle tilfælde være en rimelig tilgang, når der måles byrder for og effekter på syge mennesker, men for pårørende, hvor konsekvenserne i højere grad påvirker trivsel og mental sundhed, vil dette i bedste tilfælde give et utilstrækkeligt billede af byrdeforholdene.

Hvis vi ønsker en fremtid, hvor langt flere, og ikke færre, ældre trives, er det nødvendigt med en ny tilgang, når der regnes på velfærdsproblemer. At udvide sygdoms- og trivselsbyrder fra kun at tage udgangspunkt i den direkte berørte til også at inkludere dennes partner – og andre pårørende såsom børn - er et vigtigt skridt på vejen mod mere helhedsorienterede løsninger.

En sådan udvidelse vil, alt andet lige, bevirke at nogle livsomstændigheder, såsom Alzheimers og andre demenssygdomme, pludselig fremstår langt mere byrdefulde, da de kan sætte et betydeligt byrdeaftryk på rigtig mange mennesker omkring patienten.

[75] Se f.eks.: Pearlin et al. (1990); Kramer, B. J. (1997); Schulz, R. & Beach, S.R. (1999); Dunn, N. J., & Strain, L. A. (2001).

DEL 4

Gode liv er god samfundsøkonomi

I denne del undersøger vi, hvordan forringelser i livskvaliteten hos 50+årige kan påvirke samfundsøkonomien.

Analysens resultater baserer sig på individer i alderen 50+ i Danmark.

”Et samfunds sociale og økonomiske bæredygtighed er afhængig af befolkningens mentale sundhed. Mistrivsel koster samfundet rigtig dyrt målt i kroner og ører.”[76]

Vibeke Koushede, professor og institutleder,
Institut for Psykologi, Københavns Universitet

Har vi råd til ikke at være lykkelige?

Aldring øger sandsynligheden for sygdom og funktionsnedsættelse, hvilket er forbundet med øgede sundhedsudgifter. Derfor er det næppe nogen overraskelse, at 50+årige - men særligt den ældste del af befolkningen - har et større forbrug af sundhedsydelser.

Ifølge Danmarks Statistik tegnede gruppen af 50+årige sig i 2018 for 832.533 indlæggelser og 2.772.621 sengedage, eller hvad der svarer til henholdsvis 0,4 indlæggelser per 50+årig og 1,2 sengedage per 50+årig. Til sammenligning er tallene for 0-49-årige henholdsvis 0,1 og 0,3.[77] Det er dog særligt den ældste del af de 50+årige, der trækker tallet op for gruppen. F.eks. ligger det gennemsnitlige antal sengedage per indbygger for 50-59-årige på 0,5, mens det for 70-79-årige ligger på 1,7. Tallet for den ældste gruppe, de 85+ årige, ligger på 3,5.[78]

I en nær fremtid, hvor antallet af 50+årige vokser sig betydeligt større, vil udgifterne, alt andet lige, følge med. Såfremt de ovenstående tal for indlæggelser og sengedage per indbygger holdes konstant, vil den ældste del af befolkningen (de 85+årige), som i dag har knap 126.000 sengedage om året, have op mod 320.000 sengedage i 2050.

På grund af udsigter som disse er det meget naturligt, at håndteringen af fremtidens sundhedsudgifter i dag er et kernespørgsmål i velfærdsdebatten. Men imens denne debat oftest har fokus på, hvad vi kan forvente af de ældres sundhedsbehov i fremtiden, samt hvordan teknologien kan gøre sundhedsløsninger mere omkostningseffektive, så diskuterer vi sjældent den økonomiske betydning af, hvordan folk har det.

Formålet med Del 4 er at undersøge, hvilken betydning livstilfredsheden hos 50+årige i Danmark har for sundhedsforbruget.

Løfter vi økonomien, når vi løfter trivselsbyrderne?

I Del 1 i denne rapport argumenterede vi for, hvordan trivselsbyrdemål fungerer som et nyttigt værktøj til at identificere, hvor man bør investere midler til forskning og initiativer. Det normative udgangspunkt for sådan et argument er selvfølgelig, at man ønsker at maksimere befolkningens livskvalitet - eller som minimum begrænse mistrivslen. Men et andet hensyn kunne også være, at det samfundsøkonomisk kunne betale sig at tage mere hensyn til livstilfredsheden.

Det er i hvert fald argumentationen i nyere canadiske studier som dokumenterer, hvordan mennesker med lav livstilfredshed har tre gange større sandsynlighed for at ligge blandt de 5% i befolkningen, der bruger flest sundhedsydelser,[79] ligesom de har flere indlæggelser, der kunne have været undgået.[80]

Dette forhold mellem en lav livstilfredshed og et øget sundhedsforbrug, er dog ikke et direkte forhold - snarere skal det forstås sådan, at en lav livstilfredshed indirekte påvirker sundhedsforbruget gennem en række mekanismer. Disse mekanismer dækker blandt andet over, at en lav livstilfredshed kan gå forud for øget risikoadfærd, såsom fysisk inaktivitet og rygning, som efterfølgende kan lede til sygdomsforløb og derigennem et øget sundhedsforbrug. Samtidig ses det også, at lav livstilfredshed er en god prædiktor for fremtidige psykiske lidelser, som efterfølgende også lægger et stort pres på sundhedsudgifterne. Se nedenstående faktaboks for mere information om og referencer til disse mekanismer.

[76] OECD skønner, at psykisk sygdom (herunder dårlig mental sundhed) koster det danske samfund årligt 110 mia. kr. (kilde: OECD (2018))
[77] Beregninger baseret på tal indhentet fra Statistikbanken: https://www.statistikbanken.dk/IND03
[78] Ibid.
[79] Goel, V. (2018).
[80] De Prophetis, E. et al. (2020).

Mekanismerne: hvordan fører livskvalitetsforringelser til øget sundhedsforbrug?

Der eksisterer flere mekanismer, som kan hjælpe med at forklare, at livskvalitetsforringelser skaber udgifter for sundhedsvæsenet. Den eksisterende forskningslitteratur peger på særligt tre: Adfærd, forebyggende sundhedsydelser og biologi.

Risikoadfærd:
Mennesker med lavere livskvalitet udviser oftere risikoadfærd såsom rygning og fysisk inaktivitet,[81] men de er også mere tilbøjelig til at have decideret hasarderet adfærd, såsom ikke at bruge sikkerhedssele ved bilkørsel.[82] Disse former for risikoadfærd fører henholdsvis til øget forekomst af sygdomme og ulykker, som kan ende med at forvolde ekstra indlæggelser og sengedage.

Forebyggelse:
En undersøgelse fra 2014[83] viste, at mennesker, der rapporterer at føle større formål med tilværelsen, var mere tilbøjelige til at modtage forebyggende sundhedsundersøgelser. Dette kan bevirke at et sundhedsproblem tackles tidligere, hvorfor indlæggelser kan undgås.

Genetik:
Endeligt kunne biologiske mekanismer også spille en medvirkende rolle. En nylig metaanalyse[84] bemærkede, hvordan individer, der blev identificeret med større psykologisk velvære, havde gunstige lipidprofiler (test som kan identificere visse genetiske sygdomme og kan bestemme risici for hjerte-kar-sygdom).

De nævnte mekanismer forholder sig kun til somatiske områder, men indlæggelser, sengedage og lægebesøg kan også skyldes psykisk sygdom. Sammenhængen mellem generel livskvalitet og mentale sundhedsproblemer er stærk, og forskning har blandt andet dokumenteret, hvordan langvarig rapportering af lav livskvalitet er en god prædiktor for udvikling af mentale sundhedsproblemer, herunder svær depression.[85]

Det er altså muligt, at menneskets livstilfredshedsniveau oftest kan ligge forrest i en kæde af årsagssammenhænge, som slutteligt fører til et øget sundhedsforbrug. Hvis dette er tilfældet, vil det derfor også være yderst oplagt at intervenere overfor den lave livstilfredshed, da effektive løsninger rettet herimod, vil kunne spare samfundet mange ressourcer. Det er derfor heller ikke tilfældigt, at de canadiske studier anbefaler, at sundhedsvæsener begynder at forholde sig til mere holistiske mål – såsom livstilfredshed – for potentielt at kunne begrænse et undgåeligt sundhedsforbrug. Hovedforfatteren bag et af disse canadiske studier, Eric De Prophetis, peger blandt andet på muligheden for brugen af livstilfredshedsscreeninger i sundhedsvæsenet, som kan gøre det muligt at gribe præventivt ind, før en person bliver indlagt. Lignende anbefalinger findes hos andre forskere.[86]

Den eksisterende forskning i forholdet mellem livstilfredshed og sundhedsforbrug er relativ ny og noget begrænset i sit omfang. Foruden de canadiske studier har vi ikke fundet studier, som direkte relaterer sig til problemstillingen. I denne del gør vi derfor brug af de danske data for at undersøge, om vi ligeledes kan finde signifikante og betydelige sammenhænge.

Helt specifikt har vi først testet, hvordan forringelser i livstilfredshed for 50+årige over tid øger sandsynligheden for: 1) lægebesøg 2) indlæggelser, 3) modtagelse af hjælp eller assistance fra det offentlige samt 4) sundhedsproblemer, der begrænser muligheden for at deltage i arbejdsmarkedet. De to første variable relaterer sig direkte til sundhedsudgifterne, den tredje variabel vedrører socialudgifter, og den sidste variabel skaber samfundsudgifter gennem tabt produktivitet. Alle variable er indhentet fra SHARE.

"Livtilfredshedsforringelser" er den bærende analyseenhed i denne del af rapporten og er defineret ved "rapportering af lavere livstilfredshed end gennemsnittet". 15,2% af de 50+årige oplever forringet livstilfredshed.

Analyserne i Del 4 baserer sig på de 50+årige som en samlet gruppe. Der kan dog eksistere betydelige forskelle på tværs af aldersgrupperne, når det kommer til livskvalitetens betydning for forbruget af velfærds- og sundhedsydelser. Resultaterne i denne analyse er meget robuste og giver os et godt billede på, hvordan befolkningens livskvalitet, eller mangel på samme, kan påvirke samfundsøkonomien, men særskilt fremtidig forskning i demografiens betydning for denne sammenhæng finder vi dog stadig meget oplagt.

Det er også vigtigt at understrege, at vi i alle analyser i dette kapitel har kontrolleret for respondenternes indlæggelseshistorik (hvor mange hospitalsindlæggelser de enkelte respondenter rapporterede i tidligere survey-runder). Det gør vi for at sikre, at de øgede risici for f.eks. at blive indlagt efter forringet livstilfredshed ikke blot skyldes, at de pågældende personer har en større indlæggelseshistorik. Denne kontrolmulighed styrker vores tillid til, at der faktisk er tale om et kausalt forhold fra livstilfredshed til sundhedsforbrug.

Livstilfredshedsmålinger kan dels bruges som et præventivt middel til at gribe ind, før en patient bliver indlagt, og dels som et mål for samfundsmæssig udvikling."[87]

Eric De Prophetis, analytiker, IHPME, University of Toronto.

[81] Baruth, M. et al. (2011); Kim, E. S. et al. (2017). Boehm, J. K. (2018).
[82] Goudie, R. J. et al. (2014)
[83] Kim, E. S. et al. (2014).
[84] Soo, J. et al. (2018).
[85] Rissanen, T. et al (2011).
[86] Se f.eks. Bartels, M. et al. (2013). & Nes, R.B. et al. (2006).
[87] Oversat til dansk fra original citat: "life satisfaction measures can be used both as a way to intervene before a patient becomes hospitalized as a means of prevention and as an outcome for society at large."

Svækkelser i livskvaliteten koster samfundet dyrt

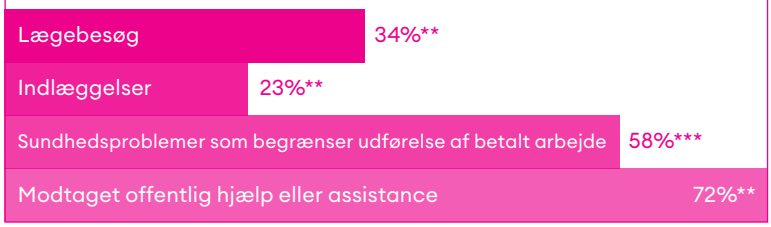
Som det fremgår af Figur 9, er en 50+årig, der oplevede forringet livstilfredshed for to år siden, 34% mere tilbøjelig til at gå til lægen, 23% mere tilbøjelig til at blive indlagt på hospitalet, 58% mere tilbøjelig til at have et sundhedsproblem, der begrænser udførelse af betalt arbejde, og 72% mere tilbøjelig til at modtage en form for offentlig hjælp eller assistance.[88]

At alle disse effekter er justerede for demografi, socioøkonomi og indlæggelseshistorik, men alligevel fremstår så markante, styrker hypotesen om, at livstilfredsheden har en unik og mærkbar betydning for sundheds- og velfærdsforbruget i Danmark.

På grund af et begrænset datasæt er det, alene med det danske data, dog ikke muligt at teste, om en person med forringet livstilfredshed får påvirket sit sundhedsforbrug senere end 2 år efter. Ved at supplere de danske data med data på 50+årige fra vesteuropæiske lande (Sverige, Holland, Frankrig, Tyskland, Østrig og Schweiz) kan vi dog dokumentere en langvarig effekt, som strækker sig over 10 år. Benytter vi os af dette udvidede datasæt, kan vi således se, at en forringet livstilfredshed for ti år siden øger sandsynligheden for en hospitalsindlæggelse i dag med 20%, mens sandsynligheden for at have et sundhedsproblem, som begrænser udførelse af betalt arbejde, tilsvarende øges med 77%.[89] Det tyder altså på, at en forringelse af livstilfredsheden både har kortsigtede og langsigtede konsekvenser for samfundsøkonomien.

Figur 9:

Øget sandsynlighed for økonomiske og sundhedsmæssige risici ved forringet livstilfredshed to år forinden



Hver bar repræsenterer en unik logit-regression, hvor den udtrykte sandsynlighed står relativ til respondenter, som ikke havde forringet livstilfredshed 2 år forinden. ** = P-værdi: 0,05 *** = P-værdi: 0,01 I alle regressionerne kontrolleres der for: køn, alder, civilstatus, indkomst, gæld, uddannelsesniveau, jobstatus, antal børn, bopælsområde, survey-år og indlæggelseshistorik. Læs mere om udregninger bag denne figur i online-appendiks.

Forringet livstilfredshed koster 200.000 ekstra årlige sengedage på hospitalerne i 2050

Af Figur 9 kunne vi aflæse, hvordan en forringet livstilfredshed hos den enkelte øgede sandsynligheden for et større fremtidigt sundhedsforbrug. Men hvilke konsekvenser har disse effekter på befolkningsniveau, når de sammenholdes med den demografiske udvikling?

For at svare på det spørgsmål har vi har udregnet en fremtidsprognose for antal ekstra sengedage på hospitalet de næste 30 år for alle 50+årige.

Denne øvelse kræver, at vi identificerer hvor mange 50+årige, der oplever forringet livstilfredshed i dag, og ganger dette tal med befolkningsvæksten for de næste 30 år. Det endelige estimat lyder på, at 429.241 50+årige i 2050 vil have forringet livstilfredshed ud af de 2,6 millioner 50+årige, der forventes at leve til den tid. Dette estimat forudsætter selvfølgelig, at den procentvise andel af 50+årige med forringet livstilfredshed forbliver uændret.

Hertil indregner vi antallet af ekstra sengedage,[90] som denne gruppe af 50+årige i gennemsnit måtte opleve som en konsekvens af deres forringede livstilfredshed to år forinden. Vi finder, at denne gruppe af 50+årige, som oplever forringet livstilfredshed, har 0,44 ekstra sengedage om året.

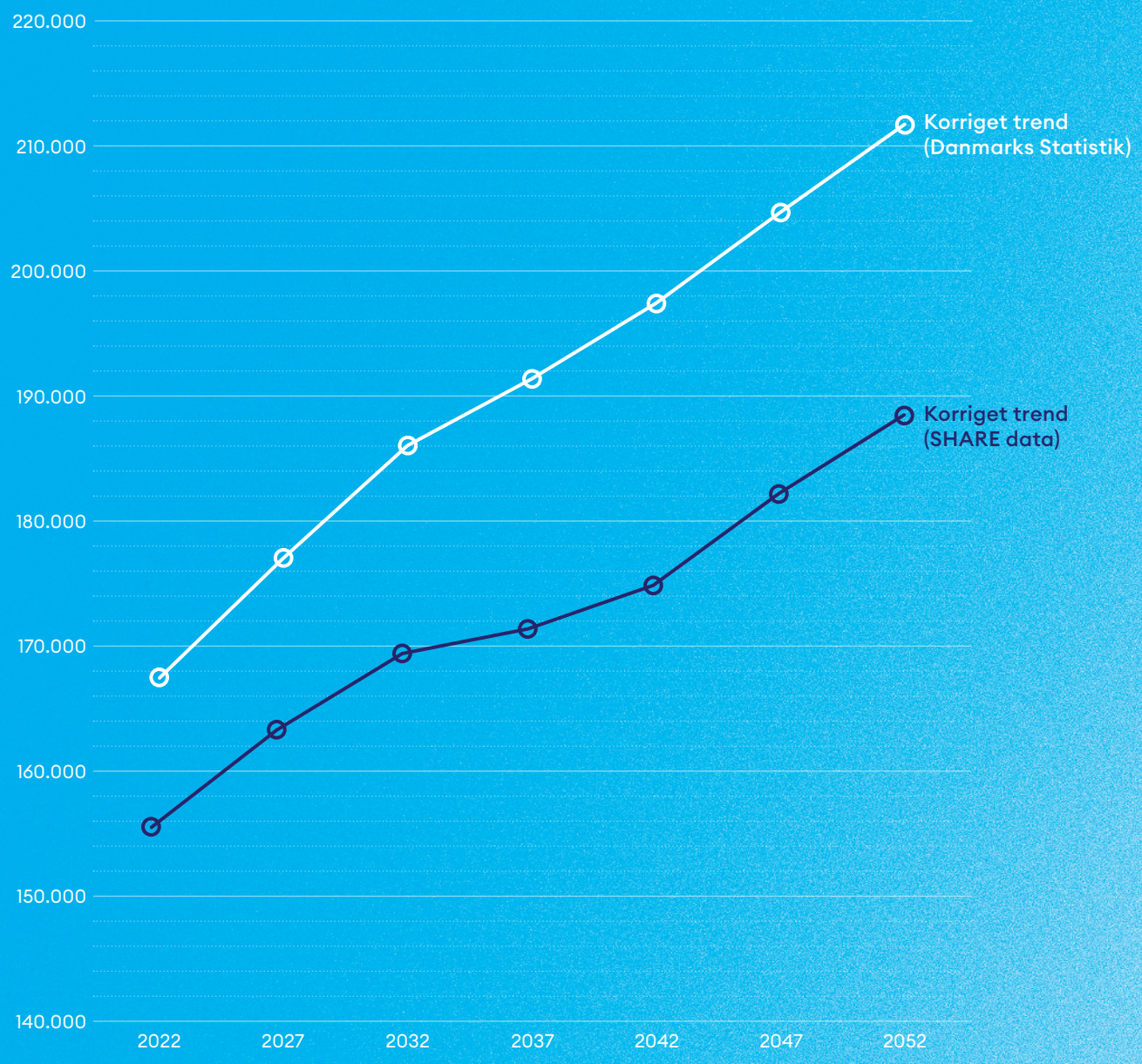
Alle disse værdier kan nu sammensættes på en figur, som estimerer antallet af ekstra sengedage i fremtiden for gruppen af 50+årige med forringet livstilfredshed (Figur 10).

[88] Vi studerer effekterne som minimum over en 2-årig periode, da det giver mere sikre resultater end ved at studere dem over en længere periode.
[89] Se online-appendiks
[90] Selvrapporterede antal sengedage (SHARE)

Figur 10:

Forventende ekstra sengedage om året grundet forringet livstilfredshed

Ekstra sengedage



Ekstra sengedage beregnes via OLS-regressionsanalyse (med "selvrapporterede antal årlige sengedage" som afhængig variabel) for personer med forringet livstilfredshed (livstilfredshed under median) – relativt til personer, der ikke har forringet livstilfredshed. Befolkningsvæksten baserer sig på tal fra FN, og der tages hensyn til den forventede differentierede befolkningsvækst på tværs af aldersgrupper. Den korrigerede trend opjusterer effekterne relativt til den procentvise forskel i de selvrapporterede antal sengedage i data og faktiske antal sengedage indhentet fra Statistikbanken (per aldersgruppe). I alle regressioner kontrolleres der for: køn, alder, civilstatus, indkomst, gæld, uddannelsesniveau, jobstatus, antal børn, bopælsområde, survey-år og indlæggelseshistorik. Der måles kun på voksne i Danmark i alderen 50+. Læs mere om udregninger bag denne figur i online-appendiks.

"Et samfunds sociale og økonomiske bæredygtighed, er afhængig af befolkningens mentale sundhed. Mistrivsel koster samfundet rigtig dyrt målt i kroner og ører."

Vibeke Koushede, Professor og institutleder,
Institut for Psykologi, Københavns Universitet

På figuren optræder to kurver, som begge udtrykker et estimat for, hvor meget antallet af ekstra sengedage vil stige grundet befolkningsvæksten. Begge kurver tager højde for, at aldersgrupperne vokser i forskellige hastigheder - f.eks. at det forventes, at der er proportionelt flere 85+ årige om 30 år end i dag.

De to kurver tager udgangspunkt i to forskellige datakilder på sengedage. Den ene kurve udtrykker de tal, vi alene har kunne udlede af tallene fra SHARE-databasen, hvor antallet af sengedage er selvrapporteret (mørkeblå kurve). Den anden kurve er en korrigeret kurve, hvor vi har justeret tallene efter, hvor mange sengedage de forskellige aldersgrupper står for ifølge Danmarks Statistik (hvid kurve).[91]

Grunden, til at vi ikke anvender runde årstal på x-aksen, skyldes, at fremskrivningen starter i 2020, men at alle effekter på sengedage måles 2 år efter livstilfredshedsrapporteringen.

Som det fremgår af Figur 10 fremtvinger denne øvelse nogle betydelige resultater. **Den forringede livstilfredshed hos 50+årige forventes at udløse mellem 155.515 og 166.848 ekstra sengedage om året i 2022 og mellem 188.426 og 210.898 ekstra sengedage om året i 2052.**

Mens Figur 9 illustrerede, at livtilfredshedsforringelserne øgede sandsynligheden for, at den enkelte person ville få et større forbrug af sundheds- og velfærdsydelser i fremtiden, så understreger resultaterne illustreret ved Figur 10, at omkostningerne også er mærkbare på befolkningsniveau.

Det er igen vigtigt at notere, at resultaterne, som ligger bag Figur 10, er korrigerede for personernes tidligere indlæggelseshistorikker, hvorfor vi har en relativ stor tillid til, at de i høj grad skyldes de målte livstilfredshedsforringelser, og at de ikke kan tilskrives forskelle i alvorlige sygdomme og helbredstilstande. Der er altså en god sandsynlighed for, at de omkring 200.000 ekstra sengedage i 2052 er livskvalitetsrelaterede.

Hvad kan flytte kurven?

Den udvikling, vi estimerer ved Figur 10, forudsætter, at antallet af sengedage kun ændrer sig på grund af befolkningsvæksten. Der findes dog også andre dynamikker, som kan påvirke udviklingen, hvoraf to forhold er særligt interessante at diskutere: 1) diskussionen om aldring som "red herring" overfor "steeping-effekter" og 2) forekomsten af 50+årige, som oplever forringet livstilfredshed.

Når vi i Danmark taler om "sund aldring", dækker det over antagelsen om, at ældrebefolkningens helbred forbedres med tiden, og at der dermed opstår flere raske leveår i takt med, at middellevealderen stiger. Tidligere har forskningen også vist, at alle sundhedsudgifterne er knyttet til de sidste fem år op til dødstidspunktet, hvorfor et længere liv ikke medfører flere sundhedsudgifter i sig selv, da udgifterne blot "skubbes frem".[92] Dette fænomen har fået forskere til at kalde alder for en "red herring" - altså at alderen overhovedet ikke har betydning for sundhedsudgifternes størrelse.[93]

Teorien om, at de tunge udgifter kun er knyttet til de fem sidste leveår, er dog stærkt udfordret. Blandt andet konkluderer en rapport fra VIVE fra 2020[94], at der i Danmark er tegn på, at gennemsnitsudgifterne pr. alderstrin per person for 65-90-årige accelererer. Rapporten fra VIVE finder helt konkret, at selvom stigningen i sundhedsudgifter i gennemsnit er størst de sidste 5 år før personens død, stiger sundhedsomkostningerne faktisk i alle 10 år op til døden. VIVE-rapporten kan derfor ikke bekræfte teorien om, at alder er en "red herring" – tværtimod.

Denne mulige acceleration af sundhedsudgifterne kaldes for "steeping" og ses som et resultat af, at sundhedsvæsenet udvikler mere målrettede behandlinger rettet det stigende antal af ældre personer, at disse generationer har større forventninger til sundhedsydelserne, og at de tidligere forbedringer, vi har set i ældres helbredstilstand, nu stagnerer eller sågar aftager.[95]

For kurverne i Figur 10 har teorierne om steeping og alder som en "red herring" betydelige konsekvenser. Hvis vi antager, at alder er en "red herring", vil estimaterne i Figur 10 skulle nedjusteres. Estimaterne er nemlig baseret på fremskrivninger af nutidens befolkning, hvilket f.eks. betyder, at vi antager, at en 75-årig i dag har lige så stort et sundhedsforbrug om 30 år. Det vil ikke være tilfældet, hvis sundhedsudgifterne kun er knyttet til de sidste fem år op til dødstidspunktet.

Antager vi derimod, at "steeping" gør sig gældende, så vil vi, alt andet lige, se flere indlæggelser og sengedage, end hvad Figur 10 forudsiger. Hvis den ældre del af befolkningen ikke bliver sundere, vil det kunne føre til flere behandlingskrævende leveår i takt med, at middellevetiden stiger. Derudover kunne man også argumentere for, at den øgede middellevetid alene vil gøre det mere meningsfuldt at udføre flere operationer på ældre. Samlet set vil det føre til en opjustering af estimaterne i Figur 10.

Det er dog ikke kun forholdet om "steeping" og alder som en "red herring", der har stor betydning for kurverne i Figur 10. Kurverne er også stærkt afhængige af, hvor mange personer der falder i kategorien for "livstilfredsforringelse".

Figur 10's prognoser er baseret på en antagelse om, at 15,2% af de 50+årige oplever forringet livstilfredshed, men enhver øgning i denne procentsats vil føre til en betydelig stigning i sengedage. For eksemplets skyld kunne man antage, at vi i Danmark over de næste 30 år vil ramme et forekomst-niveau, som lignede det europæiske (20,4% personer med forringet livstilfredshed). En sådan stigning i forekomst vil øge antallet af forventede ekstra sengedage i Danmark i 2052 fra 210.898 til 279.657.

Antallet af sengedage er således meget sensitivt overfor antallet af personer, som ikke trives.

---

[91] Korrektionen består i at opjustere effekterne relativt til den procentise forskel i de selvrapporterede antal sengedage i data og faktiske antal sengedage indhentet fra Statistikbanken (per aldersgruppe).
[92] Zweifel, P. et al. (1999)
[93] Ibid.
[94] Kjellberg, J., & Ibsen, R. (2020); Iversen, A. K., & Kjellberg, J. (2018).
[95] Ibid.

Et økonomisk incitament til at investere i livskvaliteten

I Figur 10 har vi kun forholdt os til sengedage, men som vi dokumenterede med Figur 9, er livtilfredshedsforringelser også forbundet med andre samfundsomkostninger. De samlede omkostninger må derfor også antages at være meget sensitive overfor andelen af 50+årige, som ikke trives, hvorfor der samlet må findes et stort økonomisk incitament til at investere i livstilfredsheden.

Forfatterne til denne rapport er ikke bekendt med forskning, som peger på, hvordan man effektivt kan udnytte denne dokumenterede sammenhæng mellem livstilfredshed og sundhedsforbrug til at begrænse undgåelige sundhedsforbrug, men i vores optik er der to muligheder, som bør overvejes.

For det første er det selvfølgelig oplagt at investere i løsninger på de trivselsbyrder, vi identificerede i Del 1 i denne rapport. Kunne man f.eks. reducere forekomsten af hjerteanfald, vil det selvfølgelig have en direkte effekt på sundhedsforbruget, da det naturligvis vil føre til færre akutte indlæggelser og færre varige helbredsmæssige mén for de berørte. Det vil dog også kunne løfte livskvaliteten for patienterne - og dermed bremse forbruget yderligere.

En anden mulig vej ville være at adressere livstilfredsheden direkte. Som allerede nævnt findes der flere forskere, som peger på muligheden for brugen af livstilfredshedsscreeninger i sundhedsvæsenet og hos den praktiserende læge. Disse screeninger kan bruges til at opspore personer med forringet livstilfredshed, som der efterfølgende kan interveneres overfor, før disse livstilfredshedsforringelser fører til undgåelige sundhedsproblemer, der sætter patienten i særlig risiko for indlæggelse. **Ud fra antagelsen om, at livstilfredshedsforringelser oftest kan optræde som første led i en kausalkæde, der til sidst fører til øget sundhedsforbrug, er vi også af den opfattelse, at muligheden for livtilfredshedsscreeninger bør undersøges nærmere.**

”Investeringer som forbedrer befolkningens livstilfredshed burde betale sig på langt sigt ved både at reducere hospitalsindlæggelser og det generelle forbrug af sundhedsydelser.[96]”

Eric De Prophetis, analytiker, IHPME, University of Toronto.

[96] Oversat til dansk fra original citat: If we make the sorts of investments that improve life satisfaction, this should pay dividends by reducing hospitalizations and healthcare utilization in the long term.

FREMHÆVEDE RESULTATER FRA DEL 4:

1. En 50+årig der har oplevet forringet livstilfredshed for to år siden, er i dag 34% mere tilbøjelig til at gå til lægen, 23% mere tilbøjelig til at blive indlagt på hospitalet, 58% mere tilbøjelig til at opleve et sundhedsproblem, som begrænser udførelse af betalt arbejde og 72% mere tilbøjelig til at modtage en form for offentlig hjælp eller assistance.
2. Forringet livstilfredshed hos 50+årige udløser knap 160.000 ekstra sengedage på hospitalerne om året. Om 30 år vil det tal vokse til mellem 190.000 og 210.000 ekstra sengedage om året. Forskellige forhold vil dog kunne lede til justeringer af denne prognose, herunder om hvorvidt alder er en "red herring", eller om der forekommer "steeping", samt om forekomsten af personer, der oplever forringet livstilfredshed, fremover vil stige eller falde.

HVORDAN KAN DENNE VIDEN BRUGES?

Det er et ofte debatteret tema, hvordan den aldrende befolkning påvirker de offentlige udgifter og lægger pres på velfærden. Analysen i Del 4 bringer et nyt perspektiv ind i debatten: Spørgsmålet om hvorvidt prioriteringen af befolkningens livstilfredshed er en nødvendig del af løsningen på at lette presset på udgifterne.

Konklusionen i en række canadiske studier er, at menneskers livstilfredshed har en betydelig effekt på fremtidens sundhedsforbrug. Vores resultaterne her i Del 4 – særligt illustreret ved Figur 9 og 10 – understøtter denne teori.

Det er derfor vores anbefaling, at beslutningstagerne gør brug af denne rapports indsigter og prioriterer befolkningens livskvalitet for at sikre betydelige samfundsøkonomiske besparelser i fremtiden. Denne prioritering vil indbefatte investeringer i løsninger på nogle af de mest kritiske livsomstændigheder – herunder depression, ensomhed og demenssygdomme – men også eksperimentelle løsninger, som direkte adresserer livstilfredsheden – f.eks. livstilfredshedsscreeninger i sundhedsvæsenet og ved lægebesøg.

DEL 5

Fremtidens trivselsbyrder

I denne del stiller vi skarpt på, hvordan de samfundsmæssige trivselsbyrder kan vokse frem mod 2050. I analyserne forholder vi os til befolkningsvæksten samt en række fremtidsscenarier.

Analysens resultater baserer sig på individer i alderen 50+ i Danmark.

Befolkningsvæksten giver og tager gode leveår

Hvordan vil man opleve livet og samfundet som ældre i Danmark i 2050? Alle svar til sådan et spørgsmål vil selvfølgelig basere sig på en lang række forskellige antagelser. Men én ting synes at være givet: Andelen af 50+årige vil have vokset sig større. Ifølge Danmark Statistik vil hele gruppen af 50+årige vokse fra 2,3 millioner til 2,7 millioner mennesker frem mod 2050.[97]

Figur 11 kobler de samfundsmæssige trivselsbyrder (Figur 2) med tal for befolkningsvækst frem til 2050. Dette giver os et billede af, hvor mange gode leveår, vi kan forvente at miste på samfundsplan – alene fordi vi bliver flere ældre. Fremskrivningen tager hensyn til, at aldersgrupperne vokser med forskellige hastigheder – blandt andet at gruppen af 85+årige vokser hurtigere end nogle af de andre aldersgrupper.

Som det fremgår af Figur 11, vil langt de fleste af de 26 faktorer, vi har set på i denne rapport, koste endnu flere gode leveår i fremtiden. Det er i sig selv ikke overraskende – alene fordi vi i Danmark lever længere, vil der, alt andet lige, blive levet flere gode år (som vi dog ikke måler i denne analyse), ligesom der også vil være flere sygdomme og flere svære livsomstændigheder blandt 50+årige. Befolkningsvæksten vil altså både give og tage flere gode leveår fra os.

Nogle trivselsbyrder vokser dog hurtigere over årene end andre. Dette er et resultat af, at nogle livsomstændigheder oftere indtræffer hos den ældste del af befolkningen. I takt med at 85+årige f.eks. bliver en proportionelt større befolkningsgruppe, vokser nogle variabler, som f.eks. "forhøjet blodtryk" og "svær ensomhed", hurtigere, da det er problemer, som er særligt udtalte hos den ældste del af befolkningen.

Det mest tydelige billede, Figur 11 tegner, er, at moderat ensomhed og depression vil bestå som de mest byrdefulde faktorer for samfundet i 2050. Vurderer man alene fremtidens trivselsbyrder på baggrund af befolkningsvæksten, vil byrden af moderat ensomhed vokse med 25% mens byrden af depression vil vokse med 20%.

> "For at sikre, at færre oplever mistrivsel, bør mental sundhed, psykiske lidelser og ensomhed, rent forsknings- og prioriteringsmæssigt, tildeles ligeså meget interesse, som vi historisk set har tildelt de fysiske sundhedsproblemer"

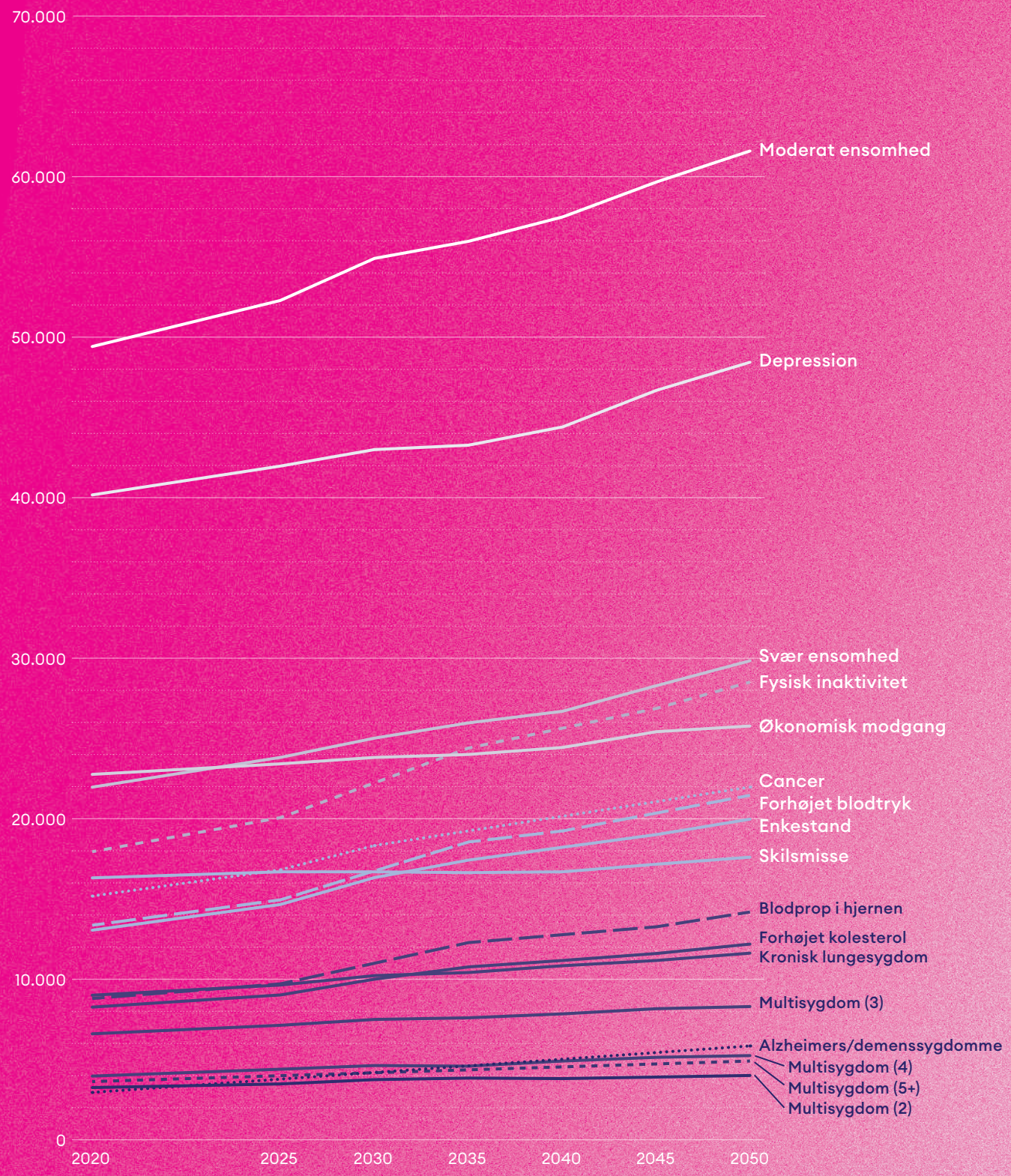
Vibeke Koushede, Professor og institutleder,
Institut for Psykologi, Københavns Universitet

[97] Statistikbanken: FRDK120

Figur 11:

Estimerede trivselsbyder på samfundsniveau i 2050 for 50+årige (Baseret alene på befolkningsvækst)

WALY tabt (samfundsniveau)



Figuren viser forventede antal WALY tabt (samfundsniveau) frem mod 2050 alene på baggrund af befolknings-væksten. WALY tabt (samfundsniveau) = WALY tabt (individuelt niveau) x forekomst + mortalitet. Forekomst- og mortalitetsestimater baserer sig på tal fra Global Burden of Disease, hvor det har været muligt. Ellers udledes forekomster fra SHARE. Befolkningsvæksten baserer sig på tal fra FN, og der tages hensyn til den forventede differentierede befolkningsvækst på tværs af aldersgrupper. Der måles kun et udvalg af de 26 faktorer. Der måles kun blandt voksne i Danmark i alderen 50+.

”For at ældre kan leve gode liv fremadrettet, er det afgørende, at der er et tilgængeligt sundhedsvæsen, og at der er adgang til tilstrækkelig omsorg. Derudover skal der eksistere nogle rammer, som sikrer, at den enkelte kan leve på en måde, som er berigende for hende eller ham. Det er ikke alle ældre, som vil finde sig til rette i en ældreklub.”

Bent Greve, professor, Institut for Samfundsvidenskab og Erhverv, Roskilde Universitet

Et aldrende samfund med muligheder og risici

Forekomsten af de 26 faktorer, vi har undersøgt i denne rapport, er afhængig af et utal af samfundsmæssige, sociale og økonomiske omstændigheder, som vi kan være ret sikre på, er under forandring.

For at give et perspektiv på, hvordan trivselsbyrderne kan ændre sig i takt med at samfundet gennemgår nye udviklinger, har vi i nedenstående tabel listet en række mulige fremtidsscenarier og tilhørende potentielle konsekvenser for fremtidens seniorliv. Vi stiller her skarpt på fem temaer: 1) Mistrivsel hos nutidens voksne 2) Den sunde aldring 3) Familie- og samliv 4) Det forlængede arbejdsliv og 5) Nye plejeformer.

Baggrunden for at kigge på netop disse fem temaer er dels, at de relaterer sig til nogle af de tunge trivselsbyrder, som vi identificerede i Del 1 – såsom ensomhed og depression – og dels at de baserer sig på eksisterende trends.

For mens det i sagens natur er vanskeligt at spå om, hvilke teknologiske og medicinske gennembrud vi vil se i fremtiden, og hvordan vores sociale normer vil forme og forandre sig, så kan vi med afsæt i demografiske fremskrivninger, samfundsøkonomiske forhold samt sociale tendenser blandt nutidens voksne pege på nogle sandsynlige livskvalitetsscenarier for fremtidens ældre.

Scenarierne baserer sig på gennemsnitsbetragtninger. Dog er det meget muligt, at livskvaliteten kan udvikle sig i forskellige spor over de næste 30 år, hvor nogle mennesker oplever gode eller sågar bedre liv, mens andre oplever væsentlige forringelser af deres livskvalitet. Disse kritiske variationer vil ikke nødvendigvis kunne afsløres af gennemsnit, og forudsætter særskilt forskning.

De enkelte scenarier udelukker ikke hinanden.

Tema:

MISTRIVSEL HOS NUTIDENS VOKSNE

Fremtidsscenarie:

Der er en tendens til, at flere unge og voksne i dag oplever mentale sundhedsproblemer og ensomhed.[98]

Hvis disse problemer bæres med ind i ældrelivet, tegner der sig et bekymrende billede for fremtiden.

Betydning for fremtidens seniorliv:

Bliver de unge, der er ulykkelige i dag, også ulykkelige som ældre? Mens det er almindeligt kendt i psykologien, at mistrivsel i barndommen kan sætte spor resten af livet, så er det mere sparsomt med dokumentation for dette inden for lykkeforskningen. Forskningsfeltet er relativ ungt og har derfor kun produceret begrænset evidens for langtidseffekten af subjektiv mistrivsel.

I Storbritannien har man med British Household Panel Study dog adgang til paneldata, der kan give os nogle vejledende tal. Analysen af disse data har blandt andet dokumenteret, at mistrivsel i barndommen (5-11-årige) er den bedste prædiktor for mistrivsel i ungdommen (16-årige). Hertil kommer, at faktorer som barnets skolegang, relationen til lærerene og i særdeleshed den mentale sundhed hos barnets mor, spiller en betydelig rolle.[99] Bevæger vi os videre fra ungdommen til voksenlivet, vurderes det, at 37% af forskellen i livskvalitet hos 50-årige kan forklares af forskelle i livsomstændigheder i barndom og ungdom samt efterfølgende forskelle i livskvalitet (indtil 46-års-alderen).[100] Det er en betydelig del, men efterlader også en del uforklaret variation.

Ovenstående resultater er også gengivet i denne rapport (Del 1), hvor vi dokumenterer, hvordan 50+årige, der rapporterer at have oplevet ensomhed i barndommen, oftere oplever nedsat livskvalitet.

Det er nødvendigt med mere forskning i dette felt, men hvis tallene præsenteret her viser sig at være nogenlunde repræsentative, så kan en stor del af fremtidens trivselsbyrder potentielt afværges ved at sætte endnu mere fokus på mistrivsel i barndom og ungdom. Eller med andre ord: Investeringer i gode ungdomsliv medfører også bedre seniorliv.

"En svær start på livet som ung kan skabe problemer for tilknytningen til uddannelse og arbejdsmarkedet. Det kan blive en negativ spiral, som øger sandsynligheden for, at man får det svært resten af livet. Derfor er det afgørende, at vi knækker den kurve, som viser at flere og flere unge i dag mistrives."

Vibeke Koushede, professor og institutleder, Institut for Psykologi, Københavns Universitet

[98] Se tal fra den nationale sundhedsprofil for "uønsket alene", "mentalt helbred" og "psykisk lidelse af mere/mindre end 6 måneders varighed": http://www.danskernessundhed.dk/
[99] Flèche, S. et al. (2019).
[100] Frijters, P et al. (2014).

Tema:

DEN SUNDE ALDRING

Fremtidsscenarie:

Noget dansk forskning peger på, at de ældre i fremtiden vil leve længere, og at de ekstra leveår er sunde[101], mens anden dansk forskning tegner et mindre optimistisk billede for denne "sunde aldring".[102] Ifølge Ældredatabasen har der i nyere tid f.eks. ikke været nogen navneværdig ændring i andelen af yngre ældre (67-årige), som har gode fysiske funktionsevner eller som rapporterer et godt selvvurderet helbred.[103] Dette understøttes også af en rapport fra VIVE, som konkluderer, at der ikke findes entydig evidens for, at befolkningen gennemsnitligt er sundere i dag end tidligere trods det faktum, at befolkningen gennemsnitligt lever længere. I samme rapport konkluderes det dog også, at det generelt er svært at vurdere, om befolkningens sundhed ændrer sig over tid – dels fordi befolkningens vaner, ønsker og forventninger er under konstant forandring, og dels fordi sygdomsbilledet også ændrer sig.

I forhold til livskvaliteten, er det imidlertid af afgørende betydning, hvilken vej vi som samfund bevæger os.

Hvis vi går ud fra, at den sunde aldring bliver en fortsat faktor, kan det betyde, at ældre i fremtiden vil have flere kræfter til at yde et betydeligt samfundsbidrag efter arbejdslivet, blandt andet gennem mere frivilligt arbejde (hvis frekvens allerede stiger[104]), hjælp til pleje af syge pårørende, og pasning af børnebørn m.v.

Hvis den sunde aldring i stedet aftager, kan vi omvendt forvente en række omkostningsfulde konsekvenser.

Betydning for fremtidens seniorliv:

Hvis fremtidens ældre bliver sundere, vil det have positive effekter på livskvaliteten. Både fordi god sundhed i sig selv bidrager positivt til livskvaliteten, men også fordi et sundt og aktivt liv har indirekte positive effekter – såsom at det værner mod social isolation og ensomhed.[105]

Formår fremtidens ældre at omsætte den potentielle sunde aldring til øget involvering i civilsamfundet gennem blandt andet frivilligt arbejde[106] og børnepasning[107], vil der potentielt være endnu flere livskvalitetsgevinster at høste. Både for dem selv og for dem, der får gavn af deres bidrag (f.eks. de svage og ensomme ældre, som støttes gennem frivilligt engagement, børnene der bliver passet, forældrene der får frigivet tid, osv.).

Når fremtidens ældre har ressourcerne til at hjælpe sig selv og andre, vil det derfor kunne begrænse forekomsten af nogle af de mest kritiske trivselsbyrder – såsom fysisk inaktivitet og ensomhed.

Der er dog som nævnt tal, der taler for, at den sunde aldring er stagnerende eller aftagende. For gennemsnittet af befolkningen, kan det sandsynligvis bevirke, at de ekstra leveår ikke bliver gode leveår. Dette afhænger selvfølgelig af, om den potentielt aftagende sundhed er reflekteret i en stigning i forekomst af sygdomme, som har begrænset effekt på trivslen - som forhøjet blodtryk, diabetes, forhøjet kolesterol - eller om den er reflekteret i en stigning i fysisk inaktivitet og mentale sundhedsproblemer, som vil øge den samfundsmæssige trivselsbyrde.

Derudover tyder det på, at de danskere, der er dårligt økonomisk stillet, oplever dårligere sundhed end de gjorde for 30 år siden.[108] Det er på den måde muligt, at sundheden og derfor også livskvaliteten, i fremtiden vil bevæge sig i to spor, hvor trivselsbyrderne kan vokse sig betydeligt større for nogle grupper, mens de mindskes eller helt afværges hos andre. Dette kan ikke afsløres alene ved gennemsnitsmålinger af WALY, men forudsætter, at vi i særlig grad har socioøkonomiske skel for øje.

I sidste ende får det altså stor betydning for fremtidens trivselsbyrder, hvorvidt den sunde aldring fortsætter, eller om den allerede har set sin kronede dage.

---

[101] EHLEIS (2014).
[102] Ifølge Ældredatabasen synes der f.eks. ikke at være sket store udviklinger for 52-62-årige siden 1990'erne (Kilde: Siren, A. & Larsen M.R. (2018))
[103] Siren, A. & Larsen M.R. (2018)
[105] National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (2020).
[106] Se f.eks.: Hansen, T. et al (2018) & De Neve, J. E, et al. (2020
[107] Arpino, B. et al. (2018).
[104] Amilon, A. et al. (2019)
[108] Udesen, C.H. et al. (2020)

Tema:

FAMILIE- OG SAMLIV

Fremtidsscenarie:

Er familien i opløsning? I hvert fald er der i dag flere skilsmisser, sammenbragte familier, singler og barnløse, end der var for bare nogle årtier siden[109] – og det er potentielt faktorer, der kommer til at præge fremtidens seniorliv.

Det kan f.eks. dokumenteres, at nutidens 50-årige (som udgør fremtidens ældre) oftere ikke får børn og oftere bor alene - sammenlignet med nutidens ældre. Begge forhold synes særligt at gøre sig gældende for mænd.[110]

Betydning for fremtidens seniorliv:

Som dokumenteret i Del 1 har mennesker, der bor alene, oftest lavere livstilfredshed end mennesker, der bor sammen med andre– en forskel som i høj grad er forklaret ved større ensomhed.

Derudover ved vi, at et godt forhold til familien og voksne børn ofte betyder mere social støtte og forebygger ensomhed og mentale sundhedsproblemer.[111] Som med alle andre sociale relationer afhænger den støtte, den ældre får fra familien og sine voksne børn, selvfølgelig af en række faktorer, såsom geografisk afstand og kommunikation samt partnerens villighed til at investere i forholdet.[112]

Når det er sagt, er det desværre sparsomt med viden om, hvorvidt det at have børn er en forudsætning for et godt ældreliv. Barnløshed kan nemlig både være et aktivt valg eller en konsekvens af social isolation og mangel på partner.

Et nyere dansk studie har dog dokumenteret at kombinationen af at bo alene og være barnløs sent i livet, kan være en giftig cocktail for livskvaliteten– og i særdeleshed for mænd.[113]

Ser vi derfor en fortsat udvikling hen mod, at flere bor alene og er barnløse, kan det skabe større trivselsbyrder i samfundet, som vil være karakteriseret ved en kønsmæssig ulighed.

”I fremtiden vil der være flere ældre, som ikke har fået børn. Disse grupper er i en øget risiko for mistrivsel og ensomhed, da de ikke har lige så god adgang til uformel pleje og støtte.”

Anu Siren, seniorforsker, Vive.

Dette scenario er et godt eksempel på, hvordan forandringer i boformer og familieliv kan have konsekvenser for livskvaliteten hos specifikke grupper i fremtiden.

Det er dog også et godt eksempel på, hvordan gennemsnitsbetragtninger (som vores WALY-analyser) kan maskere vigtige polariseringer i samfundet, og hvorfor det for beslutningstagere er essentielt at forholde sig til helt specifikke demografiske forskelle.

[109] Siren, A. & Larsen M.R. (2019)
[110] Siren, A. et al. (2018).
[111] Berkman, L. & Glass, T. A. (2000) & Verdery, A. M. & Margolis, R. (2017).
[112] National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (2020).
[113] Siren, A. et al. (2018).

Tema:

DET FORLÆNGEDE ARBEJDSLIV

Fremtidsscenarie:

I Danmark bliver pensionsalderen gradvist forhøjet på grund af udviklingen i levetiden[114], men grundet den "sunde aldring" er det ikke utænkeligt, at endnu flere end i dag også vil have kræfterne og lysten til at fortsætte med at arbejde længere.

Det er således sandsynligt, at vi i gennemsnit arbejder til en højere alder.

Det er dog vigtigt at understrege, at dette kun er en gennemsnitsbetragtning. Nogle vil stadig udtræde fra arbejdsmarkedet tidligere – af forskellige årsager.

Betydning for fremtidens seniorliv:

Et forlænget arbejdsliv kan være et værn mod mistrivsel og ensomhed, da arbejdslivet er en primær kilde til fællesskab.[115] Derudover vil et forlænget arbejdsliv for nogle betyde, at de kan opretholde en højere økonomisk levestandard i deres sene voksenliv.

Omvendt kan et forlænget arbejdsliv også afføde øget mistrivsel, ensomhed og økonomiske udfordringer – både for dem, der tvinges ud af arbejdsmarkedet grundet afskedigelse i en sen alder, eller for dem, der grundet pludselige sundhedsproblemer må forlade arbejdsmarkedet (de såkaldte push-faktorer).

Hvis det forlængede arbejdsliv skal blive en succes rent livskvalitetsmæssigt – og ikke være afsættet for tab af gode leveår – er det derfor afgørende, at samfundet og arbejdslivet formår at tilpasse sig fremtidens demografiske virkelighed.

Det vil sige, at der skal tages praktisk hensyn til, at nogle ældre kan og vil arbejde på fuldtid og andre på deltid, mens det for nogle slet ikke er muligt at arbejde.

Samtidig skal vi sikre, at overgangen fra arbejdsliv til pension er mere gnidningsfri. Det indebærer blandt andet, at push-faktorer som helbreds- og kvalifikationsrelaterede motiver for tilbagetrækning skal begrænses.

"Mange kan og vil arbejde i mange år. Andre kan eller vil ikke. Særligt for de sidstnævnte handler det om, at vi sikrer en fornuftig og flydende tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet."

Bent Greve, professor,
Institut for Samfundsvidenskab og Erhverv,
Roskilde Universitet

[114] Den forhøjede folkepensionsalder skal dog vedtages af Folketinget, før den får virkning.
[115] De Neve, J. E., & Ward, G. (2017); Dolan, P. et al. (2008); Segel-Karpas et al. (2018).

Tema:

NYE PLEJEFORMER

Fremtidsscenarie:

Fremtidens social- og sundhedssystem kommer potentielt under pres som følge af den større andel af ældre i befolkning.

For at lette trykket på velfærdssystemet, må vi måske se nogle omsorgsopgaver pålagt familien eller udliciteret til private udbydere.

Betydning for fremtidens seniorliv:

Hvis plejeansvaret for svage ældre i stigende grad vil tilfalde familien eller naboer, er der måske nogle livskvalitetsgevinster at hente, da uformel pleje kan bidrage til opretholdelse af relationer i familien, blandt venner og i nabolaget.[116] For andre er sådan et arrangement til gengæld tynget af miskommunikation og stress, hvilket kan lede til øget isolation (fra omverdenen) og ensomhed hos den ældre.[117]

Med mere uformel pleje risikeres også et yderligere større tryk på de trivselsmæssige partnerbyrder i Danmark[118], samt på de personer som ikke har pårørende, der kan gennemføre plejeopgaver.

Samtidig er det værd at overveje konsekvenserne for ligestillingen og den kønsmæssige forskel i tabte WALY, hvis en større del af den uformelle omsorg lægges ud til de pårørende. I praksis er det oftest kvinderne, der tager sig af pleje- og omsorgsopgaver i familien. Danske kvinders høje arbejdsmarkedsdeltagelse hænger blandt andet sammen med, at disse opgaver i Danmark i høj grad varetages af velfærdsstaten.

Hvis vi skal begrænse trivselsbyrderne ved dette fremtidsscenarie, vil vi givetvis skulle investere betydeligt i udvikling af støtte til de pårørende, der leverer omsorgen – særligt når de pårørende i forvejen oplever store trivselsbyrder, som følge af partnerens sygdom eller mistrivsel.

"Det er vigtigt ikke at romantisere den uformelle pleje. Den kan sagtens fungere rigtig godt, men den skal ikke tænkes som en decideret løsning på problemer som ensomhed og dårlig mental sundhed blandt ældre."

Anu Siren, seniorforsker, Vive.

Hvis fremtidens plejeløsninger i stedet får karakter af private sundhedsforsikringer, har det andre implikationer for livskvaliteten.

Private sundhedsforsikringer gør det muligt i højere grad af skræddersy sundhedsløsninger, men det er uklart, hvilken virkning dette isoleret set vil have på livskvaliteten.

Hvis sundhedsløsningerne i et forsøg på at lette velfærdsomkostninger bliver private, er der derimod risiko for, at dette vil forfordele de mindre økonomisk privilegerede ældre. Både fordi de ikke på samme måde har råd til forsikringerne[119], og fordi de kan have sværere ved at navigere i dem.[120] Det vil potentielt kunne øge andelen af ældre, som oplever økonomisk nød – en betydelig kilde til mistrivsel.

"Hvis vi får en model, som er baseret på mere privatfinansieret sundhed og pleje, er implikationerne klare: Der vil være nogle, som får ringere adgang til kernevelfærden, og det vil skabe en polarisering af livskvaliteten"

Bent Greve, professor,
Institut for Samfundsvidenskab og Erhverv,
Roskilde Universitet

[116] National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (2020).
[117] Ibid.
[118] Som vi dokumenterede i Del 3 kan der være betydelige trivselsbyrder forbundet med at være partner til en person med et alvorligt sundhedsproblem.
[119] Økonomisk modgang er en kilde til mistrivsel i Danmark, dog ikke så betydelig som i resten af Europa. Bevæger Danmark sig mere i retning af en "forsikringsmodel", er der dog risiko for, at de danske økonomi-relaterede byrdeforhold, kunne imitere de europæiske forhold.
[120] Kjær, A. (2019).

FREMHÆVEDE RESULTATER FRA DEL 5:

1. Hvis forekomsten af alle 26 faktorer holdes konstant, så vil befolkningsvæksten i sig selv medføre en voksende trivselsbyrde i samfundet. Baseret på den forventede befolkningsvækst, vil især moderat ensomhed og depression fortsat stjæle flest gode leveår de næste 30 år.
2. En lang række forskellige samfundsscenarier kan påvirke kursen for fremtidens trivselsbyrder – både i en positiv og negativ retning. Særligt kritiske mulige scenarier tæller blandt andet, at unge og voksne i dag oftere er ensomme og har dårlig mental sundhed, hvilket kan præge resten af deres tilværelse, og at den sunde aldring er stagnerende eller sågar aftagende.

HVORDAN KAN DENNE VIDEN BRUGES?

Ved at kombinere de samfundsmæssige trivselsbyrdetal med tal for befolkningsvækst og forskellige fremtidsscenarier, bliver det muligt at tegne et billede af fremtiden – et billede som viser, at ensomhed og depression fortsat vil stjæle mange gode leveår de næste 30 år. Medmindre noget ændrer sig radikalt.

Det er dog vigtigt at notere, at fremskrivningerne og scenarierne som er præsenteret, ikke udtrykker klare og fastlagte bud på seniorlivet i 2050. Snarere skal de betragtes som en øvelse i at bygge information om udviklingen af forskellige problemer ind i WALY-modellen. Dette vil nemlig kunne give mere nøjagtige billeder af fremtiden og ultimativt hjælpe beslutningstagere med at lægge sporene til fremtidens velfærd.

Konklusion

Anbefalinger til fremtidssikringen af livskvaliteten

En fremtid med mange gode leveår

I en fremtid hvor vi bliver langt flere 50+årige, vil der, med stor sandsynlighed, blive rettet et langt større fokus på, hvor meget effekt vi får ud af hver investerede velfærdskrone. Vi skal med andre ord: sikre flest mulige gode liv for pengene.

Et vigtigt led i denne proces er at identificere hvilke problemer i samfundet, der udgør de største trivselsmæssige byrder for befolkningen.

I dag er vi dygtige til at måle forekomsten af f.eks. sygdomme, depression, ensomhed, arbejdsløshed, enkestand, osv. – og der hersker ingen tvivl om, at alle disse faktorer kan udgøre betydelige kilder til ringere livskvalitet. Til gengæld er det ikke praksis at måle og sammenligne hvilke af sådanne omstændigheder, der erfares som mest byrdefulde af de personer, som måtte opleve dem. Vi har altså ikke særlig god indsigt i de brede byrdeproportioner i samfundet, hvilket ultimativt er en barriere for at træffe de beslutninger, som flytter nålen mest.

I denne rapport har vi introducereret Wellbeing-Adjusted-Life-Years (WALY) i et forsøg på at afdække denne blinde vinkel.

Undersøgelsen vidner om, at 50+årige hvert år mister mange gode leveår til en lang række faktorer – hvoraf ensomhed og depression er de mest byrdefulde – og at disse tab kan vokse sig endnu større i fremtiden grundet samfundsmæssige, demografiske og økonomiske udviklinger.

Rapporten rummer dog også optimistiske budskab: Det er muligt at knække den forventede kurve for tab af gode leveår, hvis vi investerer i de tiltag, som mest effektivt understøtter gode liv. Dette forudsætter imidlertid mere forskning i effekten af konkrete løsninger, hvilket denne rapport imidlertid ikke har beskæftiget sig med.

I stedet tilvejebringer denne rapport unikke perspektiver på, hvilke problemer vi bør prioritere at løse, hvis livskvaliteten skal fremtidssikres. For at realisere denne fremtidssikring af livskvaliteten har vi derfor, med baggrund i rapportens resultater og konklusioner, udviklet fem anbefalinger og tilhørende løsningsforslag til at sikre et stærkere grundlag for mere livskvalitetseffektive indsatser.

”Trivselsmålinger vil potentielt kunne spille en stor rolle for fremtidens offentlige beslutninger. Ved at dokumentere hvordan beslutningerne faktisk påvirker folks liv, sikrer målingerne os en meget bedre forståelse af beslutningernes værdi.”

Kirsten Jensen, Principal Advisor, Te Tai Ōhanga
– The Treasury (Finansministeriet, New Zealand)

ANBEFALINGER

1. Vi bør investere massivt i bekæmpelsen af samfundets største byrder: ensomhed og depression

I Del 1 i denne rapport kunne vi belyse, hvordan fysiske og somatiske sygdomme påvirker de 50+åriges livskvalitet i varierende grad, men at ensomhed og depression har særligt ødelæggende effekter. Derudover kunne vi i Del 2 pege på, at ensomhed og depression kun synes at bliver tungere problemer for de berørte med tiden, hvis de ikke afhjælpes.

I Danmark prioriterer vi allerede fysiske sundhedsproblemer i høj grad – kræft og blodpropper i hjertet har med god grund fået opmærksomhed fra sundhedsvæsenet i mange år[121], men hvis vi ønsker en fremtid med flere, og ikke færre, gode leveår, er det helt afgørende, at psykiske lidelser og ensomhed er ligeså selvfølgelige at prioritere.

Når vi taler løsninger på ensomhed og depression, er det vigtigt at understrege, at de er snært beslægtede problemer. Hvis du føler dig ensom, så er der også større sandsynlighed for at opleve depression og vice versa. På grund af denne gensidige kausalitet, er det nødvendigt at tildele problemerne særskilt opmærksomhed – vi kan ikke eliminere begge problemer, ved bare at fokusere på det ene. Derudover er særskilt opmærksomhed nødvendigt for at bryde tabu om hvert problem, men også for at opfange de forskelligheder, som de trods alt er karakteriseret ved – i forhold til hvordan de opstår, hvordan de manifesterer sig, og i sidste ende, hvordan de skal opspores og behandles.

Konkrete løsningsforslag

Investeringer i bekæmpelsen af ensomhed:

Intet stjæler lige så mange gode leveår som ensomhed, og alligevel er det meget begrænset, hvad der investeres af ressourcer i området. En strategi for bekæmpelsen af ensomhed skal derfor først og fremmest indebære et politisk fokus og en tilhørende investeringsvillighed, som er lige så stor, som byrden for ensomhed er tung. Eller med andre ord: ensomhed skal sættes øverst på dagsordenen.

Derudover er det nødvendigt, at enhver strategi, prioriterer ensomheden i alle dens niveauer.

Ensomhed måles oftest ved T-ILS, som måler ensomhed på en skala fra 3-9. En score fra 7-9 defineres typisk som "svær ensomhed", men i denne rapport har vi også arbejdet med "moderat ensomhed" - defineret ved en score fra 4-6. Vores resultater viser, at begge kategorier af ensomhed er ødelæggende for livskvaliteten. Selv den lavest mulige score for ensomhed på skalaen ('4') er associeret med et årligt tab af livskvalitet på 7%. Det er et større tab, end hvad der kan registreres ved skilsmisser. En score på '9' er til sammenligning forbundet med et årligt tab af livskvalitet på hele 36%.

Der kan ikke herske tvivl om, at den svære ensomhed er særligt ødelæggende for livskvaliteten, og at det er presserende, at der investeres flere midler i interventionsforskning rettet mod dette problem. Men hvis vi kun fokuserer på den svære ensomhed, gør vi os blinde på et område, hvor 50+årige, som samlet gruppe, hvert år mister knap 55.000 gode leveår – mere end nogen anden faktor i vores analyse.

For at bekæmpe både den svære og moderate ensomhed er det nødvendigt, at opsporingen bliver en integreret del i sundhedsvæsenet. Faktisk vurderes det af den amerikanske ensomheds-komite "Committee on The Health And Medical Dimensions of Social Isolation and Loneliness In Older Adults", at interaktioner med sundhedsvæsenet udgør den eneste reelle mulighed for effektiv identificering af isolerede og ensomme voksne og ældre.[122] Dette forudsætter selvfølgelig uddannelse af frontlinjepersonale, men i forhold til at afhjælpe problemerne er det også nødvendigt med systematisk brobygning mellem sundhedsvæsenet og civilsamfundsorganisationer – da sidstnævnte oftest kunne tænkes at facilitere interventionerne.

Et sidste og afgørende element er dog også fokus på forebyggelsen. Mens interventionsforskningen er nødvendig, er det også afgørende, at vi bliver klogere på årsagerne til ensomheden - herunder strukturelle og systemiske forhold på f.eks. transport-, bolig- og beskæftigelsesområdet.

Generelt for ensomhed er dog, at det er sparsomt med evidens, for hvad der virker. At ensomhed historisk set har været genstand for en betydelig underfinansiering, afspejler sig i dag ved, at vi ved meget lidt om, hvordan den skal bekæmpes effektivt. Mens forskningen ideelt set skal vejlede beslutninger om prioritering, er det dog, i lyset af ensomhedens akutte byrdetal, nødvendigt med en mærkbar prioritering af midler til lovende løsninger – og incitamenter til at forske i og udvikle kvalificerede interventioner.

Investeringer i bekæmpelsen af depression

Depression er ødelæggende for livet, og som vi belyser i Del 2, er det et problem, som kun bliver tungere med tiden, hvis det ikke afhjælpes. Heldigvis er det ikke sparsomt med evidens for, hvordan depression

[121] Det Etiske Råd (2018).
[122] National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (2020).

kan behandles. Udfordringen ligger nærmere i at sikre tilstrækkelig opsporing og behandling til de allerede ramte, samt forebyggelse for dem som har i udsigt at rammes.

Fra et livskvalitetsperspektiv er det en udfordring, som vi skal løse - og måske kan det faktisk gøres relativt billigt.

Som nævnt i denne rapport, er det kun under halvdelen af depressionsramte, som faktisk opsøger læge. Til gengæld vurderes det, at en opskalering, hvor yderligere en fjerdel af de depressionsramte får hjælp, kun vil koste 0,1% of BNP i 2030 i bruttoomkostninger (målt på højindkomst-lande som Danmark).[123] Nettoomkostninger vurderes til gengæld at være negative grundet alle de dynamiske effekter (såsom øget beskæftigelse og reduceret forbrug af offentlige sundhedsservices). Eller med andre ord: samfundet kan tjene penge på denne opskalering.[124]

Disse analyser har allerede banet vejen for implementeringen af tilbud som gratis psykologhjælp i England (den såkaldte IAPT-model), og bidrager fortsat til debatten om sådanne løsninger herhjemme.

Behovet for sådanne behandlingsløsninger er klare, men uanset hvilket format løsningerne kommer i, står vi stadig overfor et problem med opsporing og forebyggelse.

Bedre opsporing og forebyggelse fordrer et stærkt samarbejde på tværs af kommuner, civilsamfund og private aktører - samtidig med at en aftabuisering af psykiske lidelser fortsætter gennem kampagne- og oplysningsarbejde.

Et tredje værktøj kunne være trivselsscreeninger, som kunne fungere som et tillæg til eksisterende opsporingsmetoder. Foruden at have et stort potentiale i prioriteringsspørgsmål kan livstilfredshedsmålinger også være nyttige til at identificere de sårbare grupper. Livstilfredshedsmålinger er meget lette at gennemføre og opskalere (de består af ét simpelt spørgsmål), og forskningen har vist, at en langvarig lav livstilfredsscore kan forudsige optakten til en svær depression.[125] Livstilfredshedsmålinger kan derfor tænkes som et let tilgængeligt værktøj i opsporingen og forebyggelsen af psykiske lidelser på både arbejdspladser og i institutioner. Forskere har tidligere foreslået at anvende livskvalitets-screeninger i sundhedspraksis som en innovativ psykopatologisk forebyggelsesstrategi til at identificere individer, der er i risiko for udvikling af mentale sundhedsproblemer, før symptomerne opstår.[126]

[123] D Layard, R. (2018).
[124] Ibid.
[125] Gigantesco, A. et al. (2019).
[126] Bartels, M. et al. (2013). & Nes, R.B. et al. (2006).

2. Vi skal værne om partnerens livskvalitet

Den menneskelige livskvalitet er ikke blot en funktion af, hvad det enkelte menneske direkte udsættes for af både positive og negative livsbegivenheder. Vi er sociale væsner, og vores livskvalitet er i høj grad et resultat af de ting, der sker omkring os, og de ting, som hænder de folk, vi holder af. I Del 3 i denne rapport så vi f.eks., hvordan svære sygdomme som Alzheimers og andre demenssygdomme samt depression har betydelige negative konsekvenser for partneren til patienten.

I takt med, at vi bevæger os mod et samfund, hvor mere plejeansvar kan tilfalde de pårørende, er det derfor vitalt, at partnerens og andre pårørendes livskvalitet bliver et kernetema i velfærdsdebatten og i velfærdsprioriteringerne.

Konkrete løsningsforslag

Tungere prioritering af sygdomme med store pårørendebyrder

Bevæger vi os udover patienten, når sygdoms- og trivselsbyrderne skal fastlægges, vil svære sygdomme og sundhedsproblemer forventeligt blive tildelt langt mere vægt. Det vil også være en måde, hvorpå de særligt invaliderende men sjældne sygdomme vil komme mere til syne, når der skal prioriteres sundhedsmidler.

Effekten af en ny behandling rettet mod en specifik gruppe vil ikke kun mærkes af patienten. Der vil også være en påvirkning af det nære sociale miljø og derfor også nogle potentielle livskvalitetsgevinster for de pårørende – såsom partner, børn og venner.

Inkludering af pårørendebyrder i sygdoms- og trivselsbyrdeanalyser vil kunne afsløre store aktuelle mørkeområder for befolkningens livskvalitet, og passende prioritering herefter vil kunne sikre mange ekstra gode leveår.

3. Vi skal identificere og medregne økonomiske gevinster fra bedre livskvalitet

Som vi dokumenterede i Del 4, er der en klar forbindelse mellem mistrivsel hos 50+årige og økonomiske omkostninger for samfundet. Uafhængigt af en persons indlæggelseshistorik og socioøkonomiske status leder tidligere års forringelse i livskvalitet til en øget sandsynlighed for indlæggelser, sengedage, lægebesøg, behov for pleje, og begrænset deltagelse i arbejdsmarkedet. Det er med andre ord dyrt for samfundet, at befolkningen er ulykkelig.

Konkrete løsningsforslag

Økonomiske gevinster fra den øgede livskvalitet skal medregnes

Når vi fravælger eller ikke videreudvikler en løsning grundet en for høj pris - uanset om løsningen er målrettet sundhedssektoren, transport, bolig eller kultur – så er det meget muligt, at samfundet går glip af noget livskvalitet, som ellers kunne være blevet konverteret til samfundsøkonomiske gevinster – som så igen kunne være investeret i velfærd.

Hvis vi ikke investerer i de mest livskvalitetseffektive løsninger, så kan det, i værste tilfælde, betyde at de disponible midler til velfærd over tiden skrumper ind – relativt set.

En løsning er derfor at medregne de økonomiske gevinster fra den øgede livskvalitet – såsom færre sengedage på hospitalerne - i alle former for politikudvikling.

I praksis forudsætter dette udvikling, implementering og, vigtigst af alt, anvendelse af regnemodeller, som kan estimere, hvordan indsatser påvirker den offentlige økonomi. Lignende værktøjer eksisterer allerede – bl.a. "Den Socialøkonomiske Investeringsmodel" (SØM) – men hvor SØM tager udgangspunkt i sociale indsatser, og ikke har fokus på livstilfredshed, er det nødvendigt at skalere op på et niveau, hvor vi kan regne på økonomiske konsekvenser af alle former for politik rettet mod 50+årige; såvel som for alle andre samfundsgrupper repræsenteret i den brede befolkning.

Udviklingen og implementeringen af en sådan praksis vil givetvis være meget dyr og kræve kontinuerlig kvalificering. Men spørgsmålet er, om, det på sigt, vil blive dyrere at lade være?

4. Vi skal sikre mere og bedre data på det levede liv

Som samfund er vi allerede forholdsvis gode til at afdække og monitorere finansielle og økonomiske udviklinger – lige fra aktiekurser over arbejdsløshed til bruttonationalproduktet. Denne konstante opdatering af økonomiske indikatorer muliggør nødvendige analyser af sammenhænge og fremtidsprojektioner, som kan hjælpe os med at sikre en bæredygtig økonomi. Men hvorfor har vi ikke lige så meget data på det, som økonomien skal sikre os? Hvorfor tester vi ikke lige så ofte økonomiens evne til at skabe gode liv?

Hvis vi på samme måde havde adgang til data for vores livskvalitet, ville vi derved opnå mere viden om, hvornår politiske tiltag skaber mere velfærd, og hvornår de ikke gør. Hyppige og valide målinger af livskvalitet vil hjælpe os med at afkode ukendte sammenhænge, forstå afgørende udviklinger og sikre et stærkere empirisk afsæt for alle vores samfundsprioriteringer og beslutninger.

Konkrete løsningsforslag

Standardbrug af livstilfredshedsmålet:

En af de vigtigste tiltag for at sikre mere og bedre data er heldigvis også en af de mest lavthængende frugter at plukke. Da livskvalitetsanalyser ikke forudsætter andet end anvendelsen af livstilfredshedsvariablen, kan vi nå rigtig langt ved blot at indføre dette ene spørgsmål som en nøglevariabel i eksisterende databaser, såsom Ældredatabasen og den nationale sundhedsprofil. Uanset hvilket tema databasen berører, vil en standardbrug af livstilfredshedsmålet – på samme måde som man bruger baggrundsvariabler som alder og køn – kunne sikre et langt mere afdækkende datagrundlag.

Panel-data gennem personers levetid:

Panel-data på selvrapporteret livskvalitet over en persons levetid, fra ungdommen til alderdommen, vil kunne bruges til at identificere risikofaktorer og langsigtede virkninger på livskvaliteten. Denne form for data vil ultimativt kunne bidrage til mere effektive præventive løsninger rettet mod de forhold, der påvirker vores livskvalitet mest.

Udnyttelse af nye teknologiske metoder:

Mere sofistikeret data bliver fortsat mere mulig med teknologiske gennembrud. I den kliniske forskning er "machine learning" eksempelvis blevet anvendt til at analysere data fra sociale medier for at forudsige depression[127], selvmord[128] og posttraumatisk stress[129]. Denne form for data vil kunne afdække områder og sammenhængen mellem adfærd og livskvalitet, som ikke er mulig med konventionelle tilgange som f.eks. spørgeskemaer. Det kan derfor vise sig at blive helt central for forståelsen af, hvad der skaber gode liv i fremtiden.

5. Livskvalitetsanalyser skal være tilgængelige og transparente

Hvis Danmark går i fodsporene af lande som New Zealand og Storbritannien og aktivt begynder at anvende livskvalitetsmål i cost-benefit-analyser og generel politikudvikling, er det vigtigt, at det gøres tydeligt, hvordan målene defineres og bruges, samt hvilke usikkerheder der er forbundet med resultaterne.

Alt for ofte har velfærdsøkonomiske analyser karakter af at være en såkaldt "black box", hvor det kan være svært, og til tider umuligt, at forstå hvilke værdiansættelser, der ligger forud for resultaterne.

Konkrete løsningsforslag

Et offentligt tilgængeligt "regneark":

Inspireret af New Zealands CBAx-model, burde alle faktorer, som ministerier og kommissioner regner på og inkluderer i deres cost-benefit-analyser, være offentligt tilgængelige i et regneark. Dette bør, som det i øvrigt også er tilfældet med CBAx, både være tilfældet for livskvalitetsrelaterede og ikke-livskvalitetsrelaterede faktorer. Derudover bør der være tilgængelig information om den metodiske tilgang, de faktiske beregninger samt de antagelser, som ligger bagved de endelige værdier.

En sådan praksis vil bidrage til en bedre debat om, hvad det egentlig er for en forskel, vi gør i folks liv med forskellige tiltag, og hvor kvalificerede vores metoder faktisk er til at sikre meningsfulde effekter.

Tager vi disse skridt, vil vi være på vej mod et samfund, som er langt bedre rustet til sikre det, der betyder mest for den aldrende befolkning. Gode liv.

[127] Eichstaedt J. C. et al. (2018).
[128] Braithwaite, S. R. et al. (2016).
[129] Coppersmith G. A. et al. (2014).

BILAG 1:
Sådan udregner vi WALY

Ifølge metoden kan det enkelte menneske opleve mellem 0-1 WALY om året, hvor 1 WALY er lig med et år, der er levet med potentiel livstilfredshed. Ud fra denne overordnede ramme for WALY-analyser, kan WALY både udtrykkes som noget mennesker oplever eller taber. Disse to udtryk kan beregnes med nedenstående formularer.

$$\text{WALYs}_{\text{oplevet}} = \text{Aktuel livstilfredshed} / \text{Potentiel livstilfredshed}$$
$$\text{WALYs}_{\text{tabt}} = 1 - \text{Aktuel livstilfredshed} / \text{Potentiel livstilfredshed}$$

Oplevede og tabte WALY er altså to forskellige udtryksformer for samme resultat. Hvis en person ét år oplevede 0,88 WALY, vil det også kunne udtrykkes som, at personen tabte 0,12 WALY. Tabte WALY anvendes som udtryksform i denne rapport, da vi primært er interesserede i at tale om byrdeforhold.

Aktuel og potentiel livstilfredshed

Når vi i denne rapport er interesserede i at analysere, hvor byrdefuldt det er at leve med et sundhedsproblem som f.eks. Parkinsons sygdom, bruger vi almen livstilfredshed til at sammenligne patienternes 'aktuelle livstilfredshed' med deres 'potentielle livstilfredshed' (jf. ovenstående formularer). Livstilfredsheden måles på en 0-10 skala, hvor 0 betyder 'fuldstændigt utilfreds', og 10 betyder 'fuldstændigt tilfreds'

Den potentielle livstilfredshed findes ved at sammenligne den almene livstilfredshed over ét år for en testgruppe og en referencegruppe. Testgruppen er den gruppe, der lever med en specifik faktor (f.eks. Parkinsons sygdom), og referencegruppen er den gruppe, som demografisk ligner testgruppen, men som ikke oplever dette specifikke problem. Referencegruppens livstilfredshed udtrykker således den 'potentielle livstilfredshed' som testgruppen kunne have oplevet, hvis den var fri for problemet. Denne potentielle livstilfredshed udgør '1' på 0-1-skalaen for WALY.

Man kunne også overveje andre alternativer til fastsættelsen af potentiel livstilfredshed. F.eks. kunne man bruge '10' på livstilfredshedsskalaen eller befolkningens livstilfredshedsgennemsnit. Disse tilgange ville sikre, at de potentielle trivselstal for hver enkel faktor (Bilag 3) var identiske.

Vores vurdering er dog, at den mest valide tilgang, er at anvende en referencegruppe, som beskrevet indledningsvist. Dette bevirker selvfølgelig, at de potentielle livstilfredshedstal varierer fra faktor til faktor, og at de endelige WALY-estimaterne bliver afhængige af disse variationer. Dette vurderer vi dog også til at være en reel dynamik: hvis vi kunne kurere en patient fra Parkinsons, så ville patienten ikke komme til at ligne den generelle befolkning, og det vil også være urimeligt at antage, at personen vil blive ovenud lykkelig (10 på livstilfredshedsskalaen). Parkinsons-patienter er nemlig ældre, hovedsageligt mænd og har i snit et lavere uddannelsesniveau end den generelle befolkning[130] – alle faktorer som også påvirker livskvaliteten, men som ikke ville påvirkes, hvis sygdommen kunne kureres. Derudover er der mange andre faktorer end sygdom, som påvirker livstilfredsheden, så alene en kur mod Parkinsons ville i de fleste tilfælde ikke lede til en livstilfredshed på '10'.

Ved hjælp af lineære regressioner kan vi teoretisk estimere den potentielle livstilfredshed. Dertil anvender vi nedenstående formular:

$$\text{Potentiel livstilfredshed} = \alpha + \beta_1 \cdot \text{demografi} + \beta_2 \cdot X + \varepsilon$$

Læs fodnote for udspecificering[131]

Den aggregerede byrde

Foruden at kunne måle tabte WALY for de enkelte individer, er det også muligt at udregne samfundsmæssige byrder. Den samfundsmæssige byrde fra en livsomstændighed kan forstås som: Tabte WALY grundet en omstændighed (WALY-koefficient) ganget med antallet af mennesker som lever under denne omstændighed (forekomst) plus antallet af dødsfald på grund af omstændigheden (mortalitet).

Til at udregne forekomst og mortalitet anvendes data fra Global Burden of Disease. Dette er dog kun muligt for variabler som vedrører sygdomme i en konventionel forstand. Til andre variabler, såsom ensomhed og depression, anvender vi forekomsttallene fra SHARE, men for disse variabler er det ikke muligt at knytte mortalitetstal. I denne analyse søger vi som udgangspunkt at være konsistente i vores mortalitetsberegningerne og bruger derfor samme datakilde. Det betyder, at livskvalitetstabet for nogle variable – heriblandt ensomhed og depression – systematisk er undervurderet, fordi vi ikke kan indberegne mortalitet.

Hvordan man bør værdisætte mortalitet, er samtidig et vanskeligt spørgsmål, da det er nødvendigt at kalibrere død i form af tab af potentiel livstilfredshed, der kunne have været oplevet, hvis personen ikke var død (af den pågældende byrde). Vi vurderer, at det giver intuitivt mening at værdisætte et hvert tabt leveår til 1 WALY. I tilfælde af cancer, vil det f.eks. sige, at de 16.816 leveår der årligt tabes til denne sygdom, hver har en værdi af 1 WALY, hvorfor mortaliteten for cancer værdisættes til 16.816 WALY. For cancer svarer 1 WALY til en livstilfredshedscore på 8,489.

Formularen for samfundsmæssige WALY-beregninger er som følger:

$$WALYs_{tabt} = \sum_{i \in p} 1 - \frac{aktuel\ livstilfredshed_p}{potentiel\ livstilfredshed_p} + \sum_{i \in d} 1 - \frac{0}{potentiel\ livstilfredshed_d}$$

[130] Dorsey, E.R. et al. (2018).

[131] α = det gennemsnitlige basisniveau af trivsel, β1 = ændringer i trivsel grundet demografiske variationer, β2 = ændringen i trivsels fra den livsomstændighed vi undersøger.

BILAG 2:
De 26 faktorer og hvordan de måles:

Livsomstændighed	Variabel i spørgeskema
Alzheimers eller anden demenssygdom	”Har en læge nogensinde fortalt dig, at du har haft*/ Lider du for øjeblikket af [Alzheimers eller anden demenssygdom]”
Arbejdsløshed	”Hvilken beskæftigelses-status har du?” [Arbejdsløs]
At bo alene	”Hvor mange bor i din hustand inkl. dig selv” [1]
Ensomhed i barndommen	Nu vil jeg bede dig om at tænke tilbage på din barndom**, hvor ofte var du uden venner? [Ofte]
Blodprop i hjernen	”Har en læge nogensinde fortalt dig, at du har haft*/ Lider du for øjeblikket af [Blodprop i hjernen]”
Cancer	”Har en læge nogensinde fortalt dig, at du har haft*/ Lider du for øjeblikket af [Kræft eller ondartet svulst, inkl. leukæmi eller lymfekræft, men ekskl. mindre alvorlige hudkræftformer]”
Depression	Depression klassificeres ved en score på ”5” eller højere på EURO-D scale***.
Diabetes	”Har en læge nogensinde fortalt dig, at du har haft*/ Lider du for øjeblikket af [Sukkersyge/diabetes]”
Enkestand	”Hvad er din ægteskabelige status rent juridisk?” [Enke/enkemand]”
Forhøjet blodtryk	”Har en læge nogensinde fortalt dig, at du har haft*/ Lider du for øjeblikket af [For højt blodtryk]”
Forhøjet kolesterol	”Har en læge nogensinde fortalt dig, at du har haft*/ Lider du for øjeblikket af [For højt kolesteroltal]”
Fysisk inaktivitet	”Hvor ofte laver du moderat anstrengende gøremål, som f.eks. havearbejde, bilvask eller at spadsere en tur?” [Næsten ikke eller aldrig]
Grå stær	”Har en læge nogensinde fortalt dig, at du har haft*/ Lider du for øjeblikket af [Grå stær]”
Hjerteanfald	”Har en læge nogensinde fortalt dig, at du har haft*/ Lider du for øjeblikket af [Et hjerteanfald, blodprop i hjertet eller andet hjerteproblem inkl. hjertesvigt]”
Hoftebrud	”Har en læge nogensinde fortalt dig, at du har haft*/ Lider du for øjeblikket af [Hoftebrud]”
Kronisk lungesygdom	”Har en læge nogensinde fortalt dig, at du har haft*/ Lider du for øjeblikket af [Kronisk lungesygdom, f.eks. kronisk bronkitis eller rygerlunger]”
Mavesår	”Har en læge nogensinde fortalt dig, at du har haft*/ Lider du for øjeblikket af [Mavesår eller sår på tolvfingertarmen]”
Moderat ensomhed	Moderat ensomhed klassificeres ved en score mellem 4-6 på T-ILS (Three-Item Loneliness Scale)****
Multisygdom (2)	Genereret variabel ved eksistens af to samtidige fysiske sygdomme*****
Multisygdom (3)	Genereret variabel ved eksistens af tre samtidige fysiske sygdomme*****
Multisygdom (4)	Genereret variabel ved eksistens af fire samtidige fysiske sygdomme*****
Multisygdom (5+)	Genereret variabel ved eksistens af fem eller flere samtidige fysiske sygdomme*****
Parkinsons sygdom	”Har en læge nogensinde fortalt dig, at du har haft*/ Lider du for øjeblikket af [Parkinsons sygdom]”
Skilsmisse	”Hvad er din ægteskabelige status rent juridisk?” [Skilt]
Svær ensomhed	Svær ensomhed klassificeres ved en score på ”7” eller højere på T-ILS (Three-Item Loneliness Scale).****
Økonomisk nød	”Hvis du tænker på din husstands samlede månedlige indkomst, vil du så sige, at din husstand er i stand til at få pengene til at slå til? [Med stor vanskelighed]
Asterisk *	* Med dette mener vi, at en læge har fortalt dig, at du lider af denne sygdom, og at du får behandling eller medicin herfor og/eller fortsat er generet af denne sygdom. ** Barndom svarer til skoleårene, mellem 6-16 år. *** Til denne analyse har vi besluttet at måle depression ud fra EURO-D scale i stedet for anvende sygdomssvariablen [Anden psykisk sygdom (skizofreni, psykose, angst, neurose, manio-depressiv sygdom, depression)]”. Vi vurderede at denne sygdomsvariabel favnede for bredt om mental sundhed, til at vi kunne udlede meningsfulde byrdefulde-forhold derfra. EURO-D spørger ind til 12 symptomer ved depression (deprimeret, pessimisme, ønske om død, skyld, søvn, mangel på interesse, irritabilitet, mangel på appetit, træthed, koncentrationsbesvær, mangel på nydelse og tårefuldhed), til hvert element kan respondent score 0 (symptom er ikke til stede) eller 1 (symptom er til stede). Dette genererer en ordinær skala med en maksimal score på 12. Rapporterer respondenten minimum 5 symptomer, vurderes han eller hun til at have en depression. **** Three-Item-Loneliness-Scale (T-ILS) består af tre spørgsmål: 1) ’Hvor ofte føler du dig isoleret fra andre?’ 2) ’Hvor ofte føler du, at du savner nogen at være sammen med?’ og 3) ’Hvor ofte føler du dig holdt udenfor?’. Svarmulighederne er ’sjældent’, ’en gang imellem’ og ’ofte’. Tilsammen danner spørgsmålene en skala rangerende fra 3-9. ***** I denne variable indgår: Forhøjet blodtryk, forhøjet kolesterol, diabetes, hjerteanfald, blodprop i hjernen, hoftebrud, mavesår, cancer, grå stær, kronisk lungesygdom, Parkinsons sygdom og Alzheimers

BILAG 3: BYRDEOVERSIGT

Individuelle trivselsbyrder i Danmark (50+årige)

	Livsomstændighed	Aktuel trivsel	Koefficient	Potentiel trivsel	WALY tabt	%
1	Svær ensomhed	6,120	-2,356	8,476	0,278	27,8%
2	Depression	7,036	-1,469	8,505	0,173	17,3%
3	Parkinsons sygdom	7,207	-1,348	8,555	0,158	15,8%
4	Moderat ensomhed	7,811	-0,876	8,687	0,101	10,1%
5	Arbejdsløshed	7,639	-0,829	8,468	0,098	9,8%
6	Fysisk inaktivitet	7,658	-0,810	8,468	0,096	9,6%
7	Økonomisk nød	7,727	-0,638	8,365	0,076	7,6%
8	Mavesår	7,656	-0,609	8,265	0,074	7,4%
9	Alzheimers og demens	7,801	-0,553	8,354	0,066	6,6%
10	Multisygdom (5+)	7,838	-0,540	8,378	0,064	6,4%
11	Skilsmisse	8,130	-0,450	8,580	0,052	5,2%
12	Blodprop i hjernen	7,992	-0,420	8,412	0,05	5,0%
13	At bo alene	8,091	-0,402	8,493	0,047	4,7%
14	Multisygdom (4)	7,965	-0,372	8,337	0,045	4,5%
15	Kronisk lungesygdom	8,049	-0,330	8,379	0,039	3,9%
16	Enkestand	8,313	-0,308	8,621	0,036	3,6%
17	Multisygdom (3)	8,213	-0,242	8,455	0,029	2,9%
18	Hjerteanfald	8,162	-0,237	8,399	0,028	2,8%
19	Cancer	8,271	-0,218	8,489	0,026	2,6%
20	Barndomsensomhed	8,124	-0,205	8,329	0,025	2,5%
21	Grå stær	8,294	-0,199	8,493	0,023	2,3%
22	Hoftebrud	8,230	-0,144	8,374	0,017	1,7%
23	Diabetes	8,324	-0,137	8,461	0,016	1,6%
24	Forhøjet kolesterol	8,424	-0,075	8,499	0,009	0,9%
25	Multisygdom (2)	8,422	-0,068	8,490	0,008	0,8%
26	Forhøjet blodtryk	8,450	-0,050	8,500	0,006	0,6%

WALY tabt (individuelt niveau) = 1 - (aktuel trivsel / potentiel trivsel). Aktuel trivsel identificeres ved gennemsnitligt livstilfredshed for testgruppen. Potentielt trivsel identificeres ved gennemsnitlig livstilfredshed for referencegruppen – som estimeres ved brug af OLS-regressioner på SHARE-data fra 2005 – 2017 (n ≈ 15.000). I alle regressioner kontrolleres der for: køn, alder, civilstatus, indkomst, gæld, uddannelsesniveau, jobstatus, antal børn, bopælsområde og survey-år. Der måles kun på voksne i Danmark i alderen 50+.

Afkodning af ovenstående tabel med praktisk eksempel

I tabellens række 7 kan man se, at 50+årige, som er fysisk inaktive, i gennemsnit rapporterer, at deres livstilfredshed er 7,658 på en skala fra 1-10. (**Aktuel Trivsel**) Til sammenligning rapporterer 50+årige, der har samme socioøkonomiske og demografisk forhold, men som er fysisk aktive, en gennemsnitlig livstilfredshed på 8,468 (**Potentiel Trivsel**). Det giver en forskel i livstilfredshed på 0,810 (**Koefficient**). Når denne forskel konverteres til WALY, og derfor skal tælles på en 0-1 skala, hvor 1 = Potentiel trivsel og 0 = bunden af livstilfredsskalaen, så kan det udledes at 50+årige taber 0,096 WALY (**WALY tabt**), eller hvad der svarer til 9,6 procent livskvalitet (**%**).

Cellerne er farvekodet fra lys til mørk for hver kolonne, hvor mørk indikerer et mere byrdefuldt resultat.

Samfundsmæssige trivselsbyrder i Danmark (50+årige)

	Livsomstændighed	Forekomst (afrundede)	Mortalitet	WALY tabt (individniveau)	WALY tabt (Samfundsniveau)
1	Moderat ensomhed	550000	0	0.101	54819
2	Depression	240000	0	0.173	40817
3	At bo alene	700000	0	0.047	33638
4	Fysisk inaktivitet	225000	1208	0.096	22856
5	Svær ensomhed	75000	0	0.278	20564
6	Cancer	90000	16816	0.026	19142
7	Skilsmisse	320000	0	0.052	16801
8	Økonomisk nød	200000	0	0.076	15015
9	Forhøjet blodtryk	750000	8101	0.006	12554
10	Enkestand	350000	0	0.036	12302
11	Kronisk lungesygdom	175000	4287	0.039	11079
12	Forhøjet kolesterol	550000	3446	0.009	8198
13	Blodprop i hjernen	70000	4033	0.050	7508
14	Multisygdom (3)	200000	0	0.029	6098
15	Alzheimers og demens	25000	4474	0.066	6055
16	Hjerteanfald	175000	0	0.028	5070
17	Mavesår	60000	409	0.074	4520
18	Barndomsensomhed	175000	0	0.025	4173
19	Diabetes	175000	1254	0.016	4096
20	Grå stær	150000	0	0.023	3541
21	Arbejdsløshed	36000	0	0.098	3525
22	Multisygdom (4)	75000	0	0.045	3098
23	Multisygdom (2)	350000	0	0.008	2887
24	Parkinsons sygdom	15000	550	0.158	2504
25	Multisygdom (5+)	40000	0	0.064	2305
26	Hoftebrud	100000	0	0.017	1641

Figurtekst: WALY tabt (samfundsniveau) = WALY tabt (individuelt niveau) x forekomst + mortalitet. Forekomst- og mortalitetsestimater baserer sig på tal fra Global Burden of Disease, hvor muligt. Ellers udledes forekomster fra SHARE. I alle regressioner kontrolleres der for: køn, alder, civilstatus, indkomst, gæld, uddannelsesniveau, jobstatus, antal børn, bopælsområde og survey-år. Der måles kun på voksne i Danmark i alderen 50+.

Afkodning af ovenstående tabel med praktisk eksempel

I Danmark er der 756.916 personer over 50+ år som har forhøjet blodtryk **(Forekomst)** samt 8.101, som hver år dør af sygdommen **(Mortalitet).** Forekomsten ganges med den individuelle trivselsbyrde **(WALY tabt - individniveau),** og dette tal adderes med mortalitet for at opnå et resultat for den samfundsmæssige byrde **(WALY tabt - samfundsniveau)**

Cellerne er farvekodet fra lys til mørk for hver kolonne, hvor mørk indikerer et mere negativt eller byrdefuldt et resultat.

REFERENCER:

Al-Janabi, H., Flynn, T. N., & Coast, J. (2011). QALYs and carers. Pharmacoeconomics, 29(12), 1015-1023.

Amato, P. R. (2010). Research on divorce: Continuing trends and new developments. Journal of Marriage and Family, 72, 650-666. doi:10.1111/ j.1741-3737.2010.00723.x

Amilon, A., Fridberg, T., Larsen, M.R. (2019) Ældres frivillige arbejde – Udviklingen over tid. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Arpino, B., Bordone, V., & Balbo, N. (2018). Grandparenting, education and subjective well-being of older Europeans. European Journal of Ageing, 15(3), 251-263.

Bartels, M., Cacioppo, J. T., van Beijsterveldt, T. C., & Boomsma, D. I. (2013). Exploring the association between well-being and psychopathology in adolescents. Behavior genetics, 43(3), 177-190.

Baruth, M., Lee, D. C., Sui, X., Church, T. S., Marcus, B. H., Wilcox, S., & Blair, S. N. (2011). Emotional outlook on life predicts increases in physical activity among initially inactive men. Health Education & Behavior, 38(2), 150-158.

Berg, A. I., Hassing, L. B., McClearn, G. E., & Johansson, B. (2006). What matters for life satisfaction in the oldest-old? Aging & Mental Health, 10, 257–264.

Berkman, L. & Glass, T. A. (2000). Social integration, social networks, social support, and health. In L. Berkman and I. Kawachi (eds.), Social epidemiology. New York: Oxford University Press. Pp. 137–173.

Boehm, J. K., Chen, Y., Koga, H., Mathur, M. B., Vie, L. L., & Kubzansky, L. D. (2018). Is optimism associated with healthier cardiovascular-related behavior? Meta-analyses of 3 health behaviors. Circulation research, 122(8), 1119-1134.

Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events?. American psychologist, 59(1), 20.

Borg, C., Hallberg, I. R., & Blomqvist, K. (2006). Life satisfaction among older people (65) with reduced self-care capacity: The relationship to social, health and financial aspects. Journal of Clinical Nursing, 15, 607– 618

Braithwaite, S. R., C. Giraud-Carrier, J. West, M. D. Barnes, and C. L. Hanson (2016). Validating machine learning algorithms for Twitter data against established measures of suicidality. JMIR Mental Health 3(2):e21.

Brickman, P. (1971). Hedonic relativism and planning the good society. Adaptation level theory, 287-301.

Brickman, P., Coates, D., & Janoff-Bulman, R. (1978). Lottery winners and accident victims: Is happiness relative? Journal of personality and social psychology, 36(8), 917.

Buecker, S., Simacek, T., Ingwersen, B., Terwiel, S., & Simonsmeier, B. A. (2020). Physical Activity and Subjective Well-Being in Healthy Individuals: A Meta-Analytic Review. Health Psychology Review, (just-accepted), 1.

Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., & Thisted, R. A. (2010). Perceived social isolation makes me sad: 5-year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. Psychology and aging, 25(2), 453.

Carnes, D., R. Sohanpal, C. Frostick, S. Hull, R. Mathur, G. Netuveli, J. Tong, P. Hutt, and M. Bertotti. (2017). The impact of a social prescribing service on patients in primary care: A mixed methods evaluation. BMC Health Services Research 17(1):835.

Centre for Policy on Ageing (2014). Rapid review: Loneliness–Evidence of the effectiveness of interventions.

Coppersmith G. A., C. T. Harman, M. H. Dredze. (2014). Measuring post traumatic stress disorder in Twitter. In Proceedings of the 8th International Conference on Weblogs and Social Media, ICWSM 2014. Palo Alto, CA: AAAI Press. Pp. 579–582.

Danske Regioner (2020) Udkast til metodevejledning for vurdering af nye lægemidler

de Camargos, M. G., Paiva, B. S. R., de Oliveira, M. A., de Souza Ferreira, P., de Almeida, V. T. N., de Andrade Cadamuro, S., ... & Paiva, C. E. (2020). An explorative analysis of the differences in levels of happiness between cancer patients, informal caregivers and the general population. BMC Palliative Care, 19(1), 1-13.

De Neve, J. E., & Ward, G. (2017). Happiness at work. Saïd Business School WP, 7.

De Neve, J. E., Fancourt, D., Krekel, C., & Layard, R. (2020). A Local Community Course that Raises Mental Wellbeing and Pro-Sociality (No. dp1671). Centre for Economic Performance, LSE.

De Prophetis, E., Goel, V., Watson, T., & Rosella, L. C. (2020). Relationship between life satisfaction and preventable hospitalisations: a population-based cohort study in Ontario, Canada. BMJ open, 10(2), e032837.

Deding, U., Ejlskov, L., Grabas, M. P. K., Nielsen, B. J., Torp-Pedersen, C., & Bøggild, H. (2016). Perceived stress as a risk factor for peptic ulcers: a register-based cohort study. BMC gastroenterology, 16(1), 140.

Demo, D. H., & Buehler, C. (2013). Theoretical approaches to studying divorce. In M. A. Fine & F. D. Fincham (Eds.), Handbook of family theories: A contentbased approach (pp. 263-279). New York, NY: Routledge

Det Etiske Råd (2018). Retfærdig prioritering i det danske sundhedsvæsen.

Diener, E., Lucas, R. E., & Scollon, C. N. (2009). Beyond the hedonic treadmill: Revising the adaptation theory of well-being. In The science of well-being (pp. 103-118). Springer, Dordrecht.

Dolan, P. (2011) Using Happiness to Value Health. Office of Health Economics, London

Dolan, P., & Kahneman, D. (2008). Interpretations of utility and their implications for the valuation of health. The economic journal, 118 (525), 215-234

Dolan, P., Peasgood, T., & White, M. (2008). Do we really know what makes us happy? A review of the economic literature on the factors associated with subjective well-being. Journal of economic psychology, 29(1), 94-122.

Dorsey, E. R., Elbaz, A., Nichols, E., Abd-Allah, F., Abdelalim, A., Adsuar, J. C., ... & Dahodwala, N. (2018). Global, regional, and national burden of Parkinson's disease, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. The Lancet Neurology, 17 (11), 939-953.

Dunn, N. J., & Strain, L. A. (2001). Caregivers at risk? Changes in leisure participation. Journal of Leisure Research, 33(1), 32-55.

EHLEIS (2014): Health Expectancy in Denmark.

Eichstaedt J. C., R. J. Smith, R. M. Merchant, L. H. Ungar, P. Crutchley, D. Preoțiuc-Pietro, D. A. Asch, and H. A. Schwartz. (2018). Facebook language predicts depression in medical records. Proceedings of the National Academy of Sciences 115(44):11203–11208.

Ellis, E. M., Nelson, W. L., & Ferrer, R. A. (2019). Trajectories of Current and Predicted Satisfaction with One's Life Following a Cancer Diagnosis. Annals of Behavioral Medicine, 53(2), 158-168.

Eriksen, L., Davidsen, M., Jensen, H. A. R., Ryd, J. T., Strøbæk, L., White, E. D., ... & Juel, K. (2016). Sygdomsbyrden i Danmark: Risikofaktorer. Sundhedsstyrelsen.

Fakoya, O. A., McCorry, N. K., & Donnelly, M. (2020). Loneliness and social isolation interventions for older adults: a scoping review of reviews. BMC Public Health, 20(1). doi:10.1186/s12889-020-8251-6

Frederick, S., & Loewenstein, G. (1999). 16 Hedonic Adaptation. Well-being: The foundations of hedonic psychology, 302-329.

Frijters, P., Clark, A., Krekel, C., & Layard, R. (2019). Happy Choice: Wellbeing as the Goal of Government. IZA Discussion Paper No. 12720.

Frølich, A., Olesen, F., & Kristensen, I. (Eds.). (2017). Hvidbog om multisygdom: dokumentation af multisygdom i det danske samfund: fra silotænkning til sammenhæng.

Gigantesco, A., Fagnani, C., Toccaceli, V., Stazi, M. A., Lucidi, F., Violani, C., & Picardi, A. (2019). The relationship between satisfaction with life and depression symptoms by gender. Frontiers in psychiatry, 10, 419.

Glass, J., Simon, R. W., & Andersson, M. A. (2016). Parenthood and happiness: Effects of work-family reconciliation policies in 22 OECD countries. American Journal of Sociology, 122 (3), 886-929.

Global Happiness Council (2019). Global Happiness Policy Report 2018. New York: Sustainable Development Solutions Network.

Goel, V., Rosella, L. C., Fu, L., & Alberga, A. (2018). The relationship between life satisfaction and healthcare utilization: a longitudinal study. American journal of preventive medicine, 55(2), 142-150.

Goudie, R. J., Mukherjee, S., De Neve, J. E., Oswald, A. J., & Wu, S. (2014). Happiness as a driver of risk- avoiding behaviour: Theory and an empirical study of seatbelt wearing and automobile accidents. Economica, 81(324), 674-697.

Hansen, T., Aartsen, M., Slagsvold, B., & Deindl, C. (2018). Dynamics of volunteering and life satisfaction in midlife and old age: Findings from 12 European countries. Social Sciences, 7(5), 78

Happiness Research Institute & Leaps by Bayer (2020) Wellbeing Adjusted Life Years, Berlin: Leaps by Bayer

Hawkins, D. N., & Booth, A. (2005). Unhappily ever after: Effects of long-term, low quality marriages on well-being. Social Forces, 84, 451-471

Headey, B., & Wearing, A. (1989). Personality, life events, and subjective well-being: toward a dynamic equilibrium model. Journal of Personality and Social psychology, 57(4), 731.

Headey, B., & Wearing, A. (1989). Personality, life events, and subjective well-being: toward a dynamic equilibrium model. Journal of Personality and Social psychology, 57(4), 731.

Heinrich, L. M., & Gullone, E. (2006). The clinical significance of loneliness: A literature review. Clinical psychology review, 26(6), 695-718.

Helliwell, John F., Richard Layard, Jeffrey Sachs (2012). World Happiness Report. New York: Sustainable Development Solutions Network

Helliwell, John F., Richard Layard, Jeffrey Sachs, and Jan-Emmanuel De Neve, (2020). World Happiness Report 2020. New York: Sustainable Development Solutions Network

Hetherington, E. M., & Kelly, J. (2002). For better or worse: Divorce reconsidered. New York, NY: Norton.

Hogan, A., Clough, P. & Yeabsley, J. (2018) Review of CBA advice to support budget initiatives, NZIER

Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. Perspectives on psychological science, 10(2), 227-237.

Iversen, A. K., & Kjellberg, J. (2018). Flere ældre og nye behandlinger. VIVE

Jebb, A. T., Tay, L., Diener, E., & Oishi, S. (2018). Happiness, income satiation and turning points around the world. Nature Human Behaviour, 2 (1), 33.

Johnson, D. R., & Wu, J. (2002). An empirical test of crisis, social selection, and role explanations of the relationship between marital disruption and psychological distress: A pooled time-series analysis of four-wave panel data. Journal of Marriage and Family, 64, 211-224. doi:10.1111/j.1741-3737.2002.00211.x

Kettlewell, N., Morris, R. W., Ho, N., Cobb-Clark, D. A., Cripps, S., & Glozier, N. (2020). The differential impact of major life events on cognitive and affective wellbeing. SSM-population health, 10, 100533.

Kim, E. S., Kubzansky, L. D., Soo, J., & Boehm, J. K. (2017). Maintaining healthy behavior: a prospective study of psychological well-being and physical activity. Annals of Behavioral Medicine, 51(3), 337-347.

Kim, E. S., Strecher, V. J., & Ryff, C. D. (2014). Purpose in life and use of preventive health care services. Proceedings of the National Academy of Sciences, 111(46), 16331-16336.

Kjellberg, J., & Ibsen, R. (2020) Fremtidens sundhedsudgifter. VIVE

Kjær, A. A. (2019). Choice and vulnerability in aging societies: Understanding the impact of age on user capacity. Public Administration, 97(3), 639-653.

Kramer, B. J. (1997). Gain in the caregiving experience: Where are we? What next? The Gerontologist, 37(2), 218-232.

Lasgaard, M., & Friis, K. (2015). Ensomhed i befolkningen: forekomst og metodiske overvejelser. CFK-Folkesundhed og Kvalitetsudvikling

Layard, R. (2018). Mental illness destroys happiness and is costless to treat. Global Happiness Policy Report

Lim, M. H., Rodebaugh, T. L., Zyphur, M. J., & Gleeson, J. F. (2016). Loneliness over time: The crucial role of social anxiety. Journal of abnormal psychology, 125(5), 620.

Lucas, R. E. (2007). Adaptation and the set-point model of subjective well-being: Does happiness change after major life events? Current directions in psychological science, 16(2), 75-79.

Luhmann, M., Hofmann, W., Eid, M., & Lucas, R. E. (2012). Subjective well-being and adaptation to life events: a meta-analysis. Journal of personality and social psychology, 102(3), 592.

Lykken, D., & Tellegen, A. (1996). Happiness is a stochastic phenomenon. Psychological science, 7(3), 186-189.

Maher, J. P., Pincus, A. L., Ram, N., & Conroy, D. E. (2015). Daily physical activity and life satisfaction across adulthood. Developmental psychology, 51(10), 1407.

Malcolm, M., Frost, H., & Cowie, J. (2019). Loneliness and social isolation causal association with health-related lifestyle risk in older adults: a systematic review and meta-analysis protocol. Systematic reviews, 8(1), 1-8.

Moffatt, S., M. Steer, S. Lawson, L. Penn, and N. O'Brien. (2017). Link Worker social prescribing to im- prove health and well-being for people with long-term conditions: Qualitative study of service user perceptions. BMJ Open 7(7):e015203.

Møller, S. P., Laursen, B., Johannesen, C. K., & Schramm, S. (2019). Multisygdom i Danmark. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (2020). Social Isolation and Loneliness in Older Adults: Opportunities for the Health Care System. Washington, DC: The National Academies Press.

Nes, R. B., Røysamb, E., Tambs, K., Harris, J. R., & Reichborn-Kjennerud, T. (2006). Subjective well-being: genetic and environmental contributions to stability and change. Psychological medicine, 36(7), 1033.

OECD (2013) OECD Guidelines on Measuring Subjective Well-being. Paris: OECD Publishing

OECD (2018) Health at a Glance: Europe Paris: OECD Publishing

OECD (2019) Economic Surveys: New Zealand, Paris: OECD Publishing

Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J., & Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. The gerontologist, 30(5), 583-594.

Peasgood, T., Foster, D., & Dolan, P. (2019). Priority setting in healthcare through the lens of happiness. Global Happiness and Well-Being Policy Report.

Plana-Ripoll, O., Pedersen, C. B., Agerbo, E., Holtz, Y., Erlangsen, A., Canudas-Romo, V., ... & Ferrari, A. J. (2019). A comprehensive analysis of mortality-related health metrics associated with mental disorders: a nationwide, register-based cohort study. The Lancet, 394(10211), 1827-1835

Polley, M., M. Dixon, K. Pilkington, D. Ridge, N. Herbert, C. Drinkwater, J. Fleming, A. McGregor, M. Bertotti, C. Frostick, D. Hopewell, R. Kimberlee, and L. Pedro. (2016). Report of the Annual Social Prescribing Network Conference. London, UK: University of Westminster.

Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (2014). Dansk Depressionsdatabase – Dokumentalistrapport

Rissanen, T., Viinamäki, H., Honkalampi, K., Lehto, S. M., Hintikka, J., Saharinen, T., & Koivumaa-Honkanen, H. (2011). Long term life dissatisfaction and subsequent major depressive disorder and poor mental health. BMC psychiatry, 11(1), 140.

Schulz, R., & Beach, S. R. (1999). Caregiving as a risk factor for mortality: The Caregiver Health Effects Study. Jama, 282(23), 2215-2219.

Segel-Karpas, D., L. Ayalon, and M. E. Lachman. (2018) Loneliness and depressive symptoms: The moderating role of the transition into retirement. Aging & Mental Health 22(1):135–140.

Shaw, J. W., Johnson, J. A., & Coons, S. J. (2005). US valuation of the EQ-5D health states: development and testing of the D1 valuation model. Medical care, 203-220

Siren A. & Larsen M.R. (2018) Ældres helbred, funktionsevne og livsstil. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Siren A. & Larsen M.R. (2019) Ældres familiære og sociale relationer: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Siren, A. (2020). Tolv scenarier for fremtidens ældre: Resultater fra forskningsprojektet MATURE.

Siren, A., Casier, F., & Amilon, A. (2018). Barnløshed og familieform i det sene voksenliv: Sammenligning af ældre barnløse og forældre i forhold til socioøkonomiske karakteristika, hverdagsliv og velbefindende.

Soo, J., Kubzansky, L. D., Chen, Y., Zevon, E. S., & Boehm, J. K. (2018). Psychological well-being and restorative biological processes: HDL-C in older English adults. Social Science & Medicine, 209, 59-66.

Sundhedsstyrelsen (2019) Fysisk aktivitet: https://www.sst.dk/da/viden/aeldre/forebyggelse-blandt-aeldre/fysisk-aktivitet

The Treasury (2020) CBAx Spreadsheet Model: https://www.treasury.govt.nz/publications/guide/cbax-spreadsheet-model-0

Thieme, P., & Dittrich, D. A. V. (2015). A life-span perspective on life satisfaction.

Udesen, C.H., Skaarup, C., Pedersen, M. N. S. & Ersbøll, A.K (2020) Social ulighed i sundhed og sygdom, Sundhedsstyrelsen

Verdery, A. M. & Margolis, R. (2017). Projections of white and black older adults without living kin in the United States, 2015 to 2060. Proceedings of the National Academy of Sciences 114(42):11109–11114.

Wilson, R. S., Krueger, K. R., Arnold, S. E., Schneider, J. A., Kelly, J. F., Barnes, L. L., ... & Bennett, D. A. (2007). Loneliness and risk of Alzheimer disease. Archives of general psychiatry, 64(2), 234-240.

Xie, F., Gaebel, K., Perampaladas, K., Doble, B., & Pullenayegum, E. (2014). Comparing EQ-5D valuation studies: a systematic review and methodological reporting checklist. Medical Decision Making, 34 (1), 8-20

Lange og lykkelige liv

Hvordan fremtidssikrer vi det gode liv i et aldrende samfund?

Happiness Research Institute

Online-appendiks:
www.happinessresearchinstitute.com

Henvendelser:
info@happinessresearchinstitute.com

Copyright © 2021