

Sundhed og livskvalitet

Af Aske Skov Andersen og Magnus Nørtoft

I 2023 gennemførte Danmarks Statistik på vegne af Realdania en omfattende spørgeskemaundersøgelse vedrørende danskernes livskvalitet. I undersøgelsen har mere end 122.000 danskere blandt andet fortalt om deres livskvalitet (på en skala fra 0-10) og tilfredshed med eget helbred. Undersøgelsen er den største, der er gennemført om dette emne i Danmark.

Med afsæt i spørgeskemaundersøgelsen og Danmarks Statistiks andre oplysninger om befolkningen undersøger denne analyse oplevet livskvalitet og tilfredshed med eget helbred og kontakter med sundhedsvæsenet. Analysen undersøger også forholdet mellem sundhed og livskvalitet for pårørende.

Hovedkonklusioner:

- *Tilfredshed med eget helbred og oplevet livskvalitet er tæt forbundet.* Blandt personer med lavest tilfredshed med eget helbred var den gennemsnitlige livskvalitet 3,5 (på en skala fra 0-10) i 2023, mens den var 8,9 blandt dem med højest tilfredshed med helbredet. For alle var livskvaliteten i gennemsnit 7,5.
- *Personer, der har været på sygehuset, har lavere livskvalitet end gennemsnittet.* For personer med somatiske kontakter er livskvaliteten lavest blandt dem, som har haft mindst to sygehusophold på over 12 timer (6,8). Personer med psykiatriske kontakter har lavere livskvalitet: Livskvaliteten var i gennemsnit 6,0 blandt personer, som havde et enkelt sygehusophold på under 12 timer, mens personer med flere og længere ophold havde endnu lavere livskvalitet.
- *Livskvalitet varierer i forhold til diagnoser.* Fx har personer, der har haft gentagende ophold på sygehuset i forbindelse med kræft relativt lav livskvalitet, mens personer med graviditets- eller fødselsrelaterede sygehusophold har relativt høj livskvalitet.
- *Livskvalitet varierer i forhold til udvalgte kroniske lidelser.* Personer med leddegigt eller knogleskørhed har en livskvalitet næsten på niveau med gennemsnittet, mens personer med KOL, skizofreni eller demens har lavere livskvalitet end gennemsnittet.
- *Personer, der bor sammen med en partner, har højere livskvalitet end andre.* Det gælder både for somatiske og psykiatriske patienter samt for befolkningen generelt.

Denne analyse undersøger livskvaliteten (livstilfredsheden) for personer, der af forskellige årsager er i kontakt med sundhedssystemet. Det vil sige, at den sammenholder danskernes *egne* oplevelser af kvaliteten af deres tilværelser med de faktiske sundhedsydelse, de har modtaget. Analyse belyser sammenhænge i form af korrelationer og dermed ikke nødvendigvis kausale sammenhænge.

Analysen kombinerer to forskellige typer af oplysninger om den danske befolkning. Den ene type er spørgeskemadata fra en stor stikprøve af danskere, som blandt andet indeholder svar på spørgsmålet, *Alt i alt, hvor tilfreds er du med dit liv for tiden?* (på en skala fra 0-10). Den anden type er registerdata, som er administrative oplysninger fra fx sygehuse, regioner og apoteker vedrørende danskernes forbrug af sundhedsydelse og køb af lægemidler.

Registeroplysningerne er fra Danmarks Statistiks statistikregistre. Spørgeskemaoplysningerne er fra en undersøgelse af danskernes livskvalitet med mere end 122.000 besvarelser fra personer på mindst 18 år, som Danmarks Statistik foretog i 2023 på vegne af Realdania (se nærmere om undersøgelsen i boks 1)¹. I analysen refererer *befolkningen* og *danskerne* til denne aldersgruppe. Realdania har tidligere udarbejdet rapporten [Vores Livskvalitet](#) på baggrund af de samme oplysninger.

I spørgeskemaundersøgelsen indgår også spørgsmål om oplevet helbred. Inden analysen undersøger livskvalitet sammenholdt med sundhedsydelse, beskriver den danskernes *oplevede* helbred og livskvalitet.

Oplevet helbred og livskvalitet

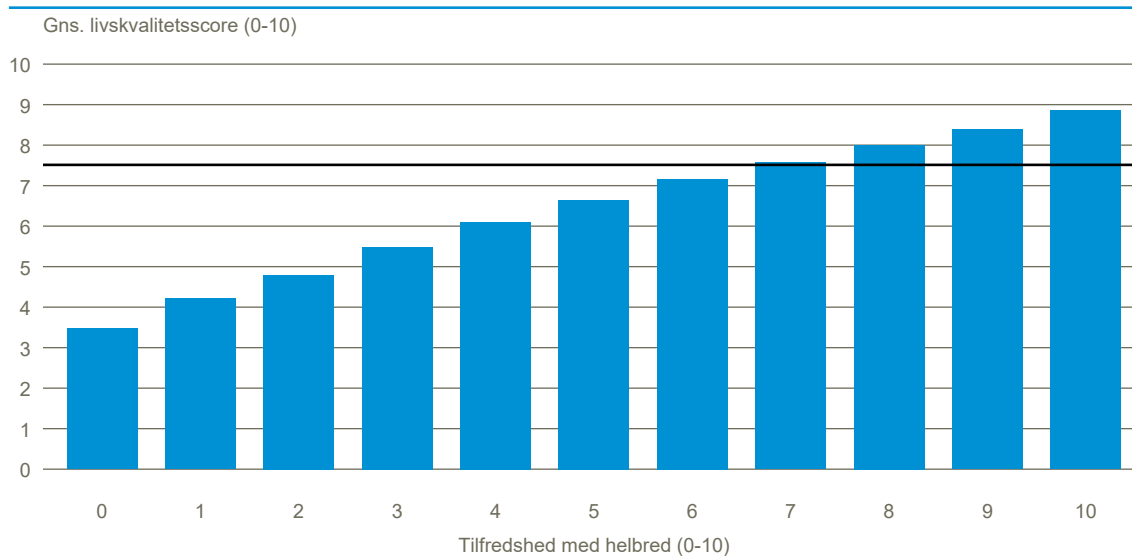
Der er en stærk sammenhæng mellem danskernes tilfredshed med eget helbred og tilfredshed med livet generelt (livskvalitet). Figur 1 viser, hvordan befolkningens gennemsnitlige livskvalitet varierer i forhold til tilfredshed med eget helbred vurderet på en skala fra 0 til 10, hvor 10 er bedst. Figuren bygger på svarene i Realdanias undersøgelse². Gennemsnitlig livskvalitet varierer fra 3,5 for personer, der har vurderet eget helbred til '0', til 8,9 for personer, der har vurderet eget helbred til '10'.

Både livskvalitet og tilfredshed med eget helbred har en sammenhæng med alder - ældre mennesker (op til omkring 80 år) rapporterer i gennemsnit højere livskvalitet (8,1 blandt 71-80 årige) end yngre (7,1 blandt 18-30 årige), jf. bilag 1. Derfor er resultaterne i figur 1 og i den resterende analyse opgjort som om, at alle personer i alle svarkategorier har samme aldersfordeling som hele befolkningen, jf. boks 2.³ Det giver et tydeligere indtryk af forholdet mellem tilfredshed med eget helbred og livskvalitet.

¹ Danmarks Statistik udarbejder hvert år den såkaldte [Levevilkårsundersøgelse](#), der spørger danskerne ind til flere af de samme emner, som Realdanias undersøgelse. Levevilkårsundersøgelsen er dog først og fremmest designet til internationale sammenligninger af levevilkår. Samtidig er Realdania-undersøgelsens stikprøve større, hvilket giver mulighed for en mere detaljeret analyse. De to undersøgelser giver samme gennemsnit for den voksne befolknings livskvalitet i 2023 (7,5 på en skala fra 0 til 10).

² Spørgeskemaets respondenter er blevet stillet spørgsmålet, *På en skala fra 0-10, hvor tilfreds er du med dit helbred?*

³ Der anvendes aldersstandardisering for alle resultater i analysen på nær i bilag 1. Se boks 2.

Figur 1. Gennemsnitlig livskvalitet fordelt efter tilfredshed med eget helbred. 2023

Anm.: Aldersstandardiseret, jf. boks 2. Den vandrette sorte linje viser den gennemsnitlige livskvalitet for alle.
Kilde: Realdanias livskvalitetssurvey.

Spørgeskemaet om livskvalitet indeholder tilsvarende spørgsmål om tilfredshed med nabolag, uddannelse, bolig, job, økonomi og sociale relationer, som ligeledes hænger tydeligt sammen med livskvalitet. Når man i en statistisk model tager højde for, at tilfredshed med disse forskellige aspekter af livet er korreleret både med hinanden og med alder, viser det sig dog, at helbred og i lidt mindre grad sociale relationer har den stærkeste sammenhæng med livskvalitet.⁴

I det følgende ser analysen på forholdet mellem livskvalitet og udvalgte registeroplysninger vedrørende brug af eller kontakt til sundhedsvæsenet.

Boks 1. Datagrundlag

Analysen er baseret på en kombination af spørgeskemadata og registerdata.

Oplysninger vedrørende danskernes generelle livstilfredshed (livskvalitet) og tilfredshed med specifikke aspekter af tilværelsen er baseret på spørgeskemabesvarelser, som Danmarks Statistiks har indsamlet på vegne af Realdania.

Spørgeskemaet om livskvalitet blev sendt til ca. 339.000 personer, hvoraf ca. 122.000 afgav et gyldigt svar (svarprocent på 36 pct.). Undersøgelsen blev gennemført i perioden 23. maj til 30. oktober 2023. Målgruppen for spørgeskemaundersøgelsen var personer på 18 år eller derover bosiddende i Danmark, hvilket pr. 31. marts 2023 udgjorde ca. 4.798.000 personer. Analysens population er afgrænset på samme måde.

Oplysninger vedrørende sundhed er hentet fra Danmarks Statistiks registre. Oplysninger vedrørende kontakt til sygehusvæsenet er hentet fra *Landspatientregisteret*, oplysninger om kontakt til egen læge og speciallæge er hentet fra *Sygesikringsregisteret*, mens oplysninger om køb af receptpligtige lægemidler er hentet fra *Lægemedeldatabasen*.

Landspatientregisteret

I analysen er der anvendt oplysninger om sygehusophold og ikke sygehuskontakter. Et ophold er en aggregering af tidsmæssigt sammenhængende kontakter, der kan indeholde flere forskellige behandlinger på baggrund af forskellige aktionsdiagnoser. I analysen er sygehusophold kategoriseret som somatisk eller psykiatrisk på baggrund af den eller de stillede aktionsdiagnoser for hver enkelt ophold. Opdeling i somatisk og psykiatrisk behandling følger også heraf. Hvis både somatiske og psykiatriske diagnoser knytter sig til et ophold, indgår dette ophold både i opgørelsen af somatiske og psykiatriske ophold.

Sygehusophold er opdelt efter længden af ophold - henholdsvis under 12 timer og mindst 12

⁴ Sammenhængen mellem livskvalitet og tilfredshed med forskellige dele af livet (fx helbred, sociale relationer og økonomi) er testet med en generel lineær model estimeret med survey-vægte.

timer.

Afgrænsningerne følger Danmarks Statistiks opgørelser af [sygehusbenyttelse](#).

Sygesikringsregisteret

Kun behandlinger med offentligt tilskud via sygesikringen indgår i sygesikringsregisteret. Registeret dækker blandt andet kontakter med privatpraktiserende læger og psykologer. Det gælder både almen praktiserende og praktiserende læger inden for andre specialer og kan både være telefon-, e-mail og fysiske konsultationer. Kontakter uden tilskud indgår ikke (fx selvbetalt psykologbehandling hos privatpraktiserende psykolog). I analysen er fokus på kontakt til almen praktiserende læge (i dagtid) samt kontakter til psykiatri, børnepsykiatri og psykologhjælp i praksissektoren.

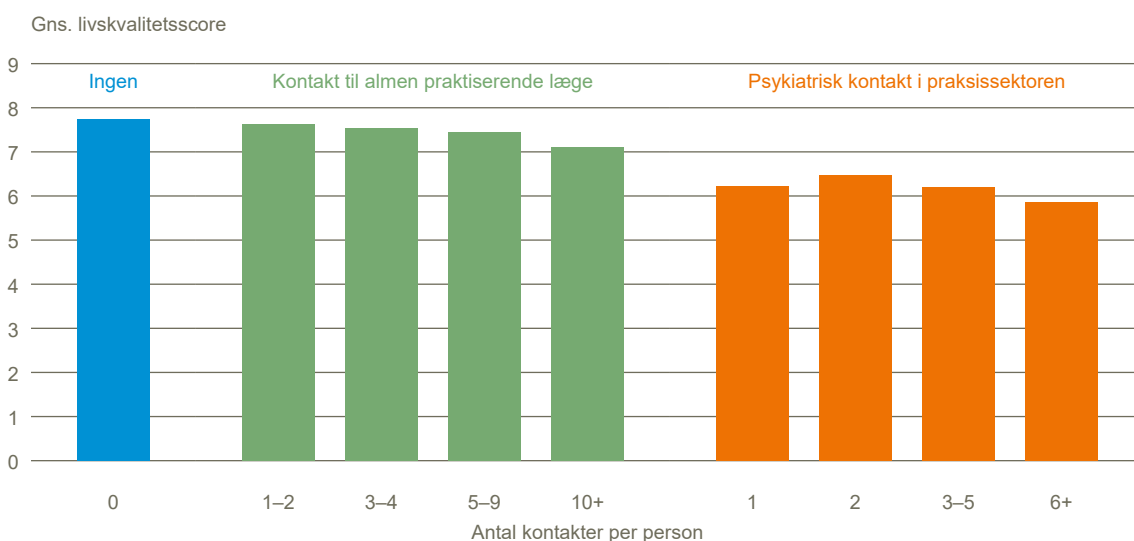
Kontakt til egen læge eller psykolog

De fleste er i kontakt med sundhedsvæsenet i løbet af et år. Den hyppigste kontakt er til egen læge. 77 pct. af befolkningen havde kontakt til almen praktiserende læge (i dagtid) i 2024, jf. [Statistikbanken](#). Færre er i kontakt med psykolog eller privatpraktiserende psykiater (ca. 2 pct. i 2024).

Kontakt til almen praktiserende læge er i sigens natur ikke udtryk for alvorlig sygdom, jf. figur 2. Personer med få kontakter til lægen (de grønne søjler i figur 2) har som gruppe kun lidt lavere livskvalitet end personer uden kontakt til egen læge (den blå søjle). Personer med ti eller flere kontakter har dog i gennemsnit en livskvalitet på 7,1.

Personer, som har haft psykiatrisk kontakt i praksissektoren (privatpraktiserende psykiater eller psykolog), har lavere livskvalitet end øvrige (de orange søjler). Disse personer har - fordelt på antallet af kontakter - i gennemsnit en livskvalitet på 5,8-6,5, jf. de orange søjler i figur 2.

Figur 2. Gennemsnitlig livskvalitet og kontakt til egen læge, aldersstandardiseret. 2023



Anm.: Figuren bygger på 122.304 besvarelser, hvoraf 89.669 havde kontakt til almen praktiserende læge, 2.525 havde psykiatrisk kontakt og 32.426 ikke havde kontakt til almen praksis eller psykiatrisk kontakt. Personer, der har haft kontakt til almen praktiserende læge eller praksissektoren i forbindelse med psykiatrisk kontakt, er opdelt i fire så vidt muligt lige store grupper. Derfor er inddelingen i antal kontakter forskellig i de to grupper. Antallet af kontakter per person er optalt i en 12 måneders periode inden interviewdatoen. En person kan have haft flere forskellige typer af kontakt til egen læge og kan derfor tælle med i flere kategorier på samme tid. *Psykiatrisk kontakt i praksissektoren* omfatter kontakter til psykiatri, børnepsykiatri og psykologhjælp i praksissektoren.

Kilde: Realdanias spørgeskemadata om livskvalitet, Befolkningsregisteret og Sygesikringsregisteret.

Ophold på sygehuset

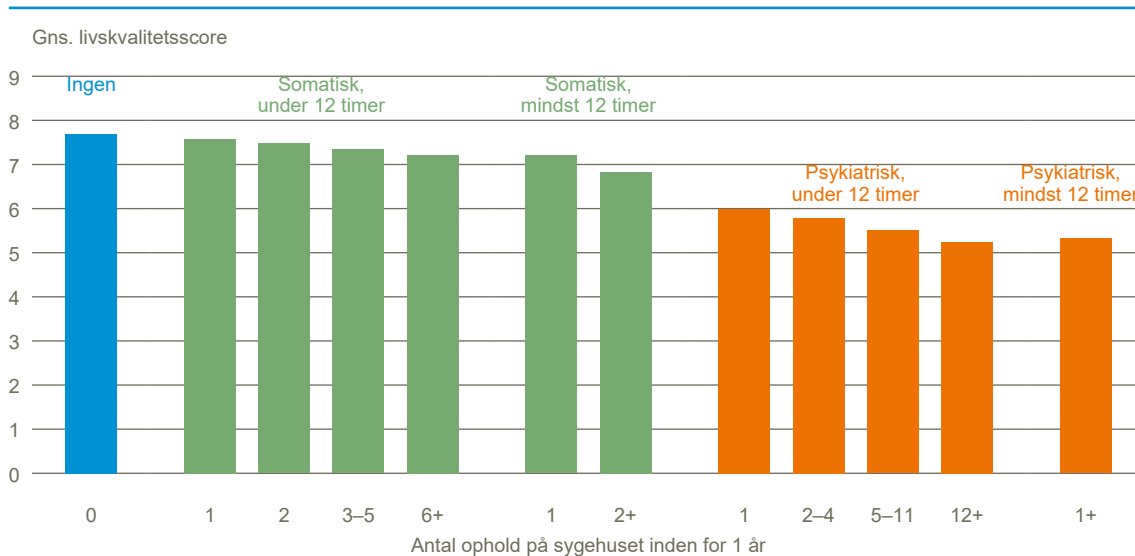
Sygehusophold kan enten være somatiske eller psykiatriske samt være korte (under 12 timer) eller længere (mindst 12 timer). Figur 3 følger denne opdeling og opdeler desuden befolkningen efter antallet af ophold på sygehuset op til 12 måneder før den dag, de besvarede spørgeskemaet om livskvalitet.

Figuren viser, at personer med somatiske eller psykiatriske ophold, i gennemsnit har lavere livskvalitet end personer uden kontakt til sygehuset, og at psykiatriske patienter oplyser den laveste. Livskvaliteten blandt personer med somatiske ophold er *lavest* blandt dem, som har haft to eller flere sygehusophold på *mindst* 12 timer (6,8), mens den til sammenligning blandt personer med psykiatriske ophold er *højest* blandt dem, som havde et enkelt sygehusophold på *under* 12 timer (6,0).

Både blandt personer med somatiske og psykiatriske ophold er den gennemsnitlige livskvalitet lavere, hvis opholdene varede mindst 12 timer. Samtidig er livskvaliteten lavere, jo højere antallet af ophold er.

Personer med 1-2 somatiske ophold på under 12 timer på sygehuset har i gennemsnit næsten samme livskvalitet som personer uden ophold på sygehuset. Det kan ses i sammenhæng med, at ophold på under 12 timer ikke nødvendigvis er udtryk for helbredsudfordringer. Der kan fx være tale om forebyggelse eller opfølgning på tidligere behandling.

Figur 3. Gennemsnitlig livskvalitetsscore efter antal ophold på sygehus og behandlingstype, aldersstandardiseret. 2023



Anm.: Figuren bygger på 122.304 besvarelser, hvoraf 65.823 havde haft et kort eller langt somatisk ophold på sygehuset, 2.887 havde psykiatrisk ophold og 55.325 ikke havde ophold på sygehuset i en 12 måneders periode frem til interviewdatoen. Personer med somatisk eller psykiatrisk ophold er inddelt i fire så vidt muligt lige store grupper. Derfor er inddelingen i antal kontakter forskellig i de to grupper. 'Somatisk, mindst 12 timer' er opdelt i to så vidt muligt lige store grupper. 'Psykiatrisk, mindst 12 timer' indeholder for få observationer til, at gruppen kan opdeles. Alle ophold på sygehuset er registreret som enten somatiske, psykiatriske eller begge dele. En person kan indgå i flere kategorier i figuren, da samme person kan have haft både kombinerede ophold og flere ophold af forskellig art i løbet af perioden.

Kilde: Realdanias spørgeskemadata om livskvalitet, Befolkningsregisteret, Landspatientregisteret.

Boks 2. Metode

Opregning af stikprøve

Spørgeskemaundersøgelsen om livskvalitet er gennemført med såkaldt stratificeret, tilfældig udvælgelse. Det betyder, at befolkningen på forhånd er opdelt i et antal grupper, inden for hvilke der er foretaget tilfældig udvælgelse.

Alle opregninger fra stikprøven til hele befolkningen, beregninger af statistisk usikkerhed og gennemsnitsberegninger er foretaget med udgangspunkt i det stratificerede stikprøvedesign og med de oprindelige designvægte. Når vi beregner gennemsnitlig livskvalitet for en gruppe, opfatter vi svarskalaen som en intervallskala, hvor vi antager at forskellen i livskvalitet er den samme fx fra 1 til 2 som fra 7 til 8.

Usikkerhedsberegninger

Der er foretaget beregninger af den statistiske usikkerhed for alle tal og figurer, der nævnes i analysen. Hvis disse giver anledning til forbehold eller særlig forsigtighed i forbindelse med tolkningen, er det anført ud for den konkrete figur eller det konkrete tal.

Aldersstandardisering

Både selvrapporteret livskvalitet og sundhedsforhold varierer systematisk med alder. For at kunne undersøge forholdet mellem sundhed og livskvalitet på en meningsfuld måde er resultaterne aldersstandardiseret. Det vil sige, at de undersøgte grupper er opdelt i et antal aldersintervaller. Observationer inden for hvert enkelt interval er derefter tildelt en vægt, der afspejler, i hvilken grad intervallet er over- eller underrepræsenteret sammenlignet med hele befolkningen. Vægtene anvendes i beregningen af den gennemsnitlige livskvalitetsscore, som dermed kan tolkes som om, at gruppen har samme aldersfordeling som hele befolkningen. Dermed vil man fx kunne udelukke, at en gruppes høje eller lave livskvalitet alene er et udslag af, at den har en relativ høj eller lav gennemsnitsalder.

For enkelte grupper, hvor der er ingen eller meget få observationer i bestemte aldersintervaller, er de anvendte intervaller justeret særskilt, fx gravide eller personer med skizofreni.

Aktionsdiagnose og ophold på sygehuset

Livskvaliteten varierer mellem forskellige patientgrupper på sygehuset. Mens gravide og fødende kvinder i gennemsnit har højere livskvalitet end deres jævnaldrende, har patienter med en række andre diagnoser lavere livskvalitet end resten af befolkningen.

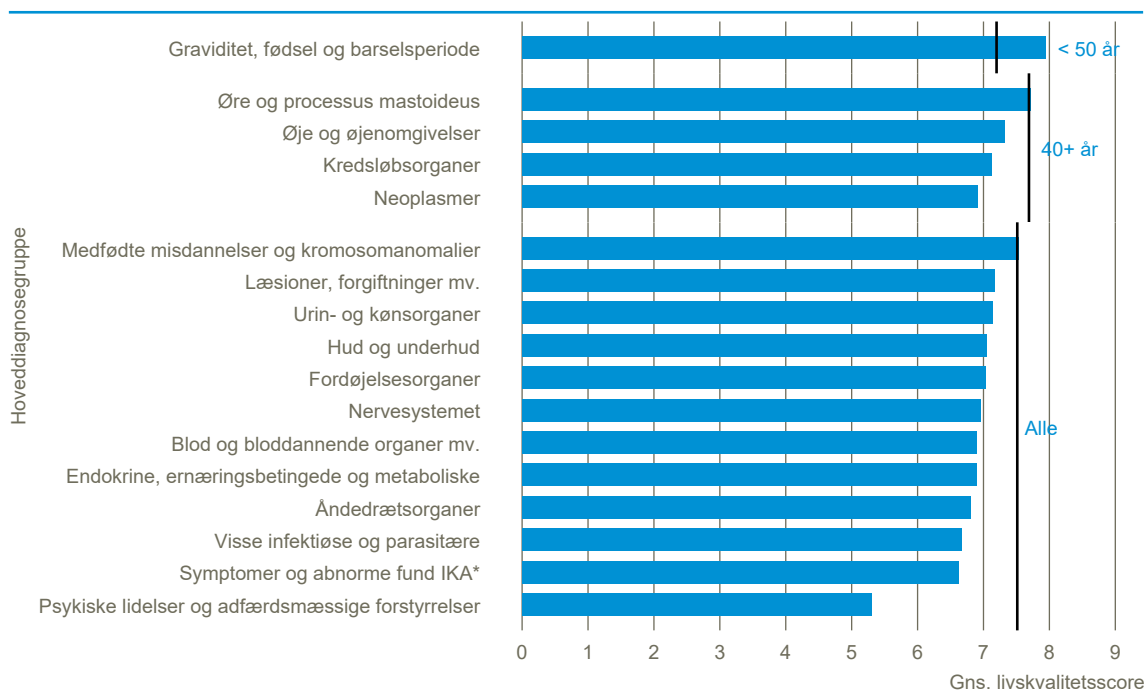
Figur 4 viser livskvaliteten for den del af befolkningen, der har haft relativt mange ophold på sygehuset. Figuren tager udgangspunkt i hoveddiagnosegruppen. Hoveddiagnosegruppen indikerer, hvilken type af sygdom eller lidelse personen er blevet behandlet for og/eller i hvilken del af kroppen. For hver hoveddiagnosegruppe indgår kun personer, der enten har haft ophold på sygehuset på mindst 12 timer eller var blandt de 50 pct. med flest ophold på sygehuset på under 12 timer inden for den pågældende hovedgruppe. Denne afgrænsning er valgt for at fokusere på personer, som har en aktiv sygdom.

Der er forskel på livskvaliteten i forskellige patientgrupper. Personer, der har haft ophold på sygehuset i forbindelse med *Graviditet, fødsel og barselsperiode*, har den højeste livskvalitet (7,9). Gravide og fødende er også den eneste patientgruppe med en højere livstilfredshed end deres jævnaldrende (personer under 50 år). Modsat har personer med diagnoser inden for *Neoplasmer* samt *Symptomer og abnorme fund ikke klassificeret andensteds* i gennemsnit lavest livskvalitet blandt somatiske patienter (hhv. 6,9 og 6,6). Livskvaliteten i disse to grupper kan ses i sammenhæng med, at neoplasmer i mange tilfælde er kræft i form af ondartede svulster, mens symptomer og abnorme fund refererer til tilstande, som ikke klart kan diagnosticeres, hvorfor behandlingen kan være uafklaret for patienten.

Personer, der er blevet behandlet for *Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser*, har den laveste livskvalitet (5,3), hvilket stemmer overens med at psykiatriske patienter i gennemsnit har lavere livskvalitet end somatiske patienter, jf. afsnittene om kontakt til egen læge eller psykolog og ophold på sygehuset.

I figur 4 repræsenterer de lodrette linjer den gennemsnitlige livskvalitetsscore for personer i den angivne aldersgruppe. Disse aldersgrupper er valgt for at kunne sammenligne personerne i hoveddiagnosegrupperne med øvrige personer. Aldersgrupperne er nødvendige, da nogle patientgrupper næsten udelukkende tilhører bestemte aldersgrupper. Fx er fødende kvinder sjældent 50 år eller mere. Se desuden boks 2 for aldersstandardisering.

Figur 4. Gennemsnitlig livskvalitetsscore efter hoveddiagnosegruppe givet på sygehuset, aldersstandardiseret. 2023



*Symptomer og abnorme fund ikke klassificeret andensteds.

Anm.: De lodrette linjer angiver den gennemsnitlige livskvalitetsscore for personer i den angivne aldersgruppe. For hver hoveddiagnosegruppe indgår kun personer, der enten har været indlagt eller var blandt de 50 pct. af befolkningen med flest ophold på sygehuset på under 12 timer med en aktionsdiagnose inden for den pågældende hovedgruppe. I alt 26.704 personer indgår i en eller flere af hoveddiagnosegrupperne. Medfødte misdannelser og kromosomanomalier er med 108 observationer den mindste gruppe. Ophold på sygehuset er optalt i en 12 måneders periode frem til interviewdatoen. Samme person kan have haft ophold på sygehuset flere gange i perioden og kan derfor tælle med i flere kategorier på samme tid. Opdelingen i hoveddiagnosegrupper følger Sundhedsstyrelsens [klassifikation af sygdomme og helbredsrelaterede tilstande](#). Hoveddiagnosegruppe 16 (Sygdomme i perinatalperiode) og 21 (Forebyggende foranstaltninger) er udeladt.

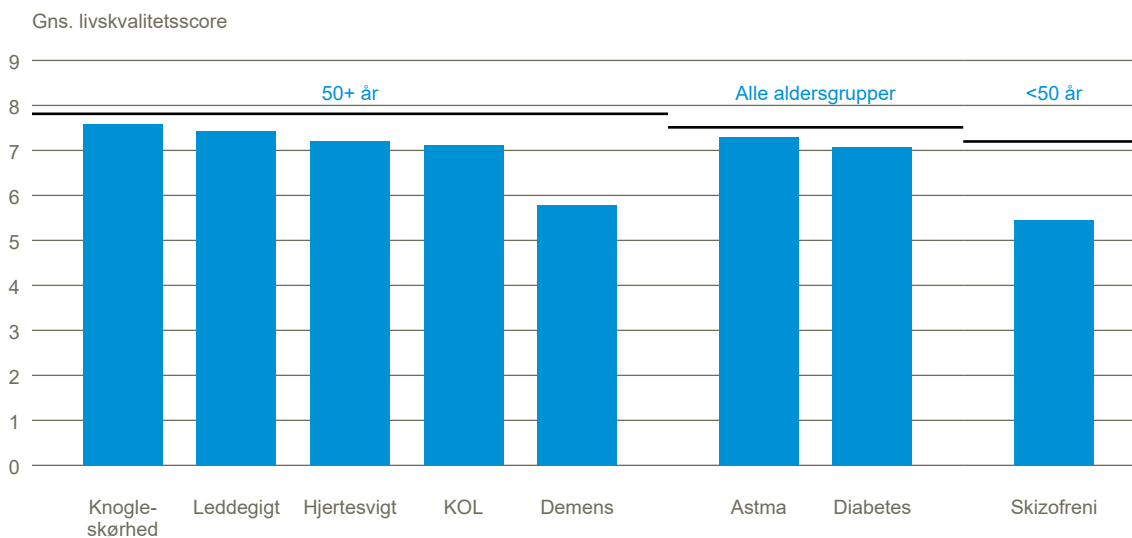
Kilde. Realdanias spørgeskemadata om livskvalitet, Befolkningsregisteret, Landspatientregisteret

Den præcise rangering af livskvaliteten mellem de forskellige diagnosegrupper er usikker, da antallet af respondenter inden for nogle grupper er relativt lille. Særligt diagnosegrupperne *Medfødte misdannelser og kromosomanomalier*, *Sygdomme i blod og bloddannende organer mv.* samt *Visse infektiøse og parasitære sygdomme* er behæftet med høj usikkerhed, men niveauet i grupperne vurderes dog som retvisende.

Kroniske sygdomme

Der kan være mennesker, som har en dårlig sundhedstilstand, men som kun sjældent har direkte kontakt til sundhedsvæsenet. Det gælder fx visse kronikere. For også at undersøge disse grupper kombinerer vi oplysninger om registrerede diagnoser ved ophold på sygehus med oplysninger om køb af receptpligtige lægemidler. Personer med kroniske sygdomme er afgrænset på samme måde som i [Sundhedsdatastyrelsens Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser](#). Disse personer er aldersstandardiseret med en aldersgruppe, der svarer til patientgruppen, jf. boks 2.

Overordnet har kronikere lavere livskvalitet end deres jævnaldrende, jf. figur 5, hvor de vandrette linjer angiver den gennemsnitlige livskvalitet for alle personer i den angivne aldersgruppe. Der er imidlertid forskelle mellem de kroniske tilstande. Livskvaliteten er dårligst blandt personer med en psykisk lidelse (demens eller skizofreni), men livskvaliteten er også relativt lav blandt kronikere med KOL (0,7 under gennemsnittet for 50+-årige) eller hjertesvigt (0,6 under gennemsnittet for 50+-årige). Disse forskelle i livskvalitet er dog stadig mindre end for nogle af hoveddiagnosegrupperne i figur 4.

Figur 5. Livskvalitetsscore for personer med udvalgte kroniske lidelser, aldersstandardiseret. 2023

Anm.: De vandrette linjer angiver den gennemsnitlige livskvalitet for alle personer i angivne aldersgruppe. Personer med de beskrevne lidelser er identificeret på baggrund af oplysninger fra Landspatientregisteret og Lægemedeldatabasen vha. Sundhedsdatastyrelsens *Algoritmer for Udvalgte Kroniske Sygdomme og Svære Psykiske Lidelser (RUKS)*. Dog er inklusionskriterium C for Astma og opdelingen i diabetes type 1 og 2 ikke anvendt. I alt 22.912 personer indgår i en eller flere af kronikergrupperne. Skizofreni er med 144 observationer den mindste gruppe.

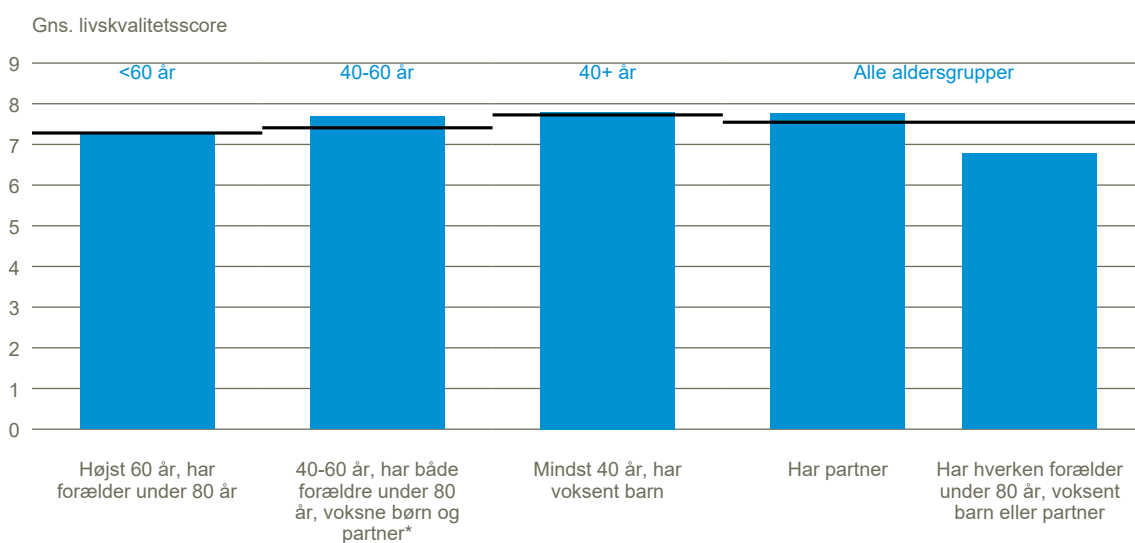
Kilde. Realdanias spørgeskemadata om livskvalitet, Befolkningsregisteret, Lægemedeldatabasen og Landspatientregisteret.

Analysen har hidtil handlet om brug af sundhedsydelser og livskvalitet i forskellige grupper. Nedenfor ser vi på, om patienterne har personer i deres privatliv (nære pårørende), som muligvis kan støtte dem.

Livskvalitet, sundhed og pårørende

Personer med pårørende (jf. boks 3) har overordnet en højere oplevet livskvalitet end andre. Det gælder især personer med en partner, mens personer uden hverken en partner, voksne børn eller forældre har noget lavere livskvalitet end gennemsnittet, jf. figur 6. Personer med voksne børn og personer med (levende) forældre har nogenlunde samme gennemsnitlige livskvalitet, som deres jævnaldrende. I figur 6 kan og vil nogle personer indgå i flere søjler.

Figur 6. Gennemsnitlig livskvalitetsscore og partnerstatus (uafhængig af sundhed), aldersstandardiseret. 2023



Anm.: De vandrette linjer angiver den gennemsnitlige livskvalitet for alle personer i angivne aldersgruppe. Kun personer med dansk oprindelse indgår, da indvandrede personer kan have pårørende, der ikke fremgår af Befolkingsregisteret. Afgrænsningen betyder, at 107.900 personer indgår i figuren. Personer kan indgå i flere grupper. Den mindste gruppe er gruppen uden pårørende (Har hverken forælder under 80 år, voksent barn eller partner), som bygger på 4.107 observationer. Oplysninger om pårørende er opgjort ved udgangen af 2023, dvs. mellem 2,1 og 7,3 måneder efter interviewtidspunktet.

Kilde. Realdanias spørgeskemadata om livskvalitet, Pårørenderegisteret

Boks 3. Pårørende i statistikken

Oplysninger om pårørende er fra Danmarks Statistiks Pårørenderegister, som opgør personers pårørende. Registeret bygger på oplysninger om familierelationer i Befolkingsregisteret, hvorfor kun personer og pårørende, som er i befolkningen i Danmark indgår i opgørelsen. Pårørenderegisteret gør det lettere at identificere forskellige typer af pårørende, fx ældste barn eller yngste forældre. Pårørende omfatter partner, halv- og helsøskende, forældre, bedsteforældre, børn, svigerbørn og børnebørn.

I analysen afgrænses pårørende til egne børn, partner og forældre. Kun personer med dansk oprindelse indgår i analysens opgørelser, da registeroplysningerne om indvandreres pårørende ofte vil være mangelfulde.

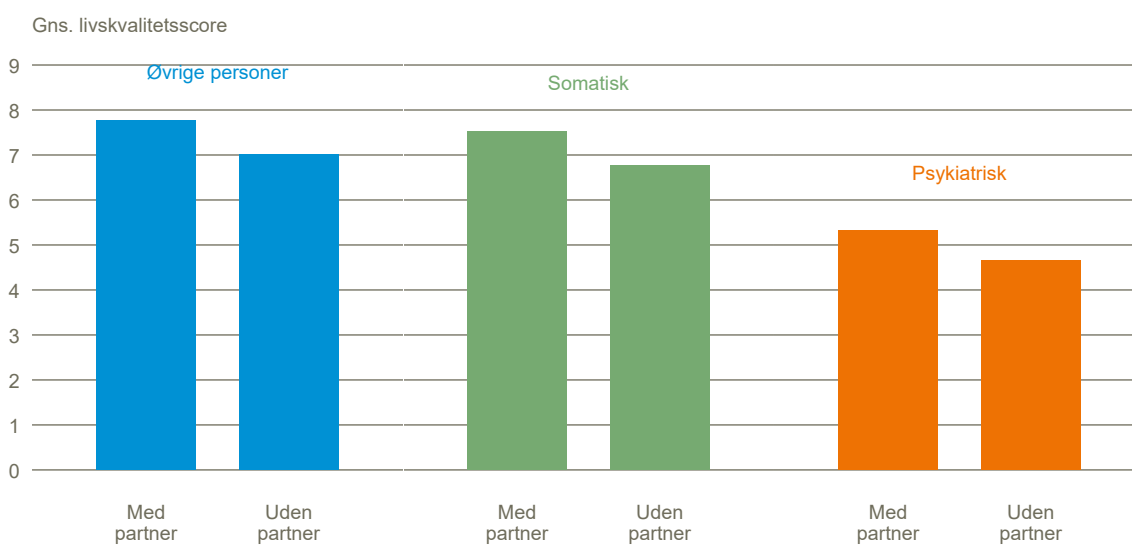
Læs mere om definitioner og afgrænsninger i [Pårørenderegisteret på Danmarks Statistiks hjemmeside](#).

Livskvalitet er korreleret med både pårørendestatus og antal ophold på sygehuset. Nedenfor ser vi på, hvordan livskvaliteten for personer, der har modtaget behandling på sygehuset, varierer med, hvorvidt de har en partner eller ej. Der fokuseres på partnerrelationen, da forskellen i livskvalitet tilsyneladende er størst for personer henholdsvis med og uden en partner.

Både somatiske og psykiatriske patienter har højere livskvalitet, hvis de har en partner, end hvis de ikke har. Forskellene i livskvalitet er den samme blandt somatisk syge, psykisk syge og øvrige personer (0,7 i alle tre grupper), jf. figur 7.

I figuren er personer klassificeret som somatisk eller psykisk syge, hvis de har haft ophold på sygehuset på mindst 12 timer eller var blandt de 50 pct. af befolkningen med flest ophold på sygehuset på under 12 timer med henholdsvis somatisk eller psykiatrisk behandling.

Figur 7. Gennemsnitlig livskvalitetsscore fordelt på ophold på sygehus og pårørende, aldersstandardiseret. 2023



Anm.: Kun personer, som har haft ophold på sygehuset på mindst 12 timer eller var blandt de 50 pct. af befolkningen med flest ophold på sygehuset på under 12 timer med henholdsvis somatisk eller psykiatrisk behandling, indgår i grupperne med overskriften 'Somatisk' og 'Psykiatrisk'. Kun personer med dansk oprindelse indgår. Figuren bygger på 107.900, hvoraf 76.729 har en partner. Den mindste gruppe i figuren er personer uden en partner med psykiatrisk(e) ophold (841 observationer). Oplysninger om pårørende er opgjort ved udgangen af 2023, dvs. mellem 2,1 og 7,3 måneder efter interviewtidspunktet.

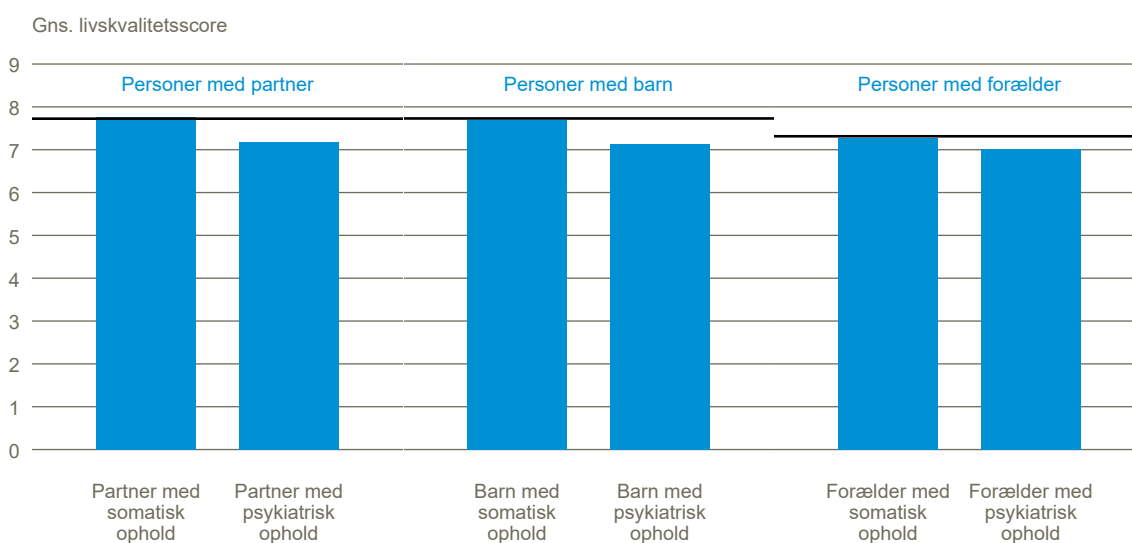
Kilde. Realdanias spørgeskemadata om livskvalitet, Pårørenderegisteret og Landspatientregisteret.

Figur 7 viser livskvalitet for personer med relativt mange sygehusophold. Figur 8 viser, hvordan livskvaliteten for pårørende til patienter varierer i forhold til sygdommens karakter (somatisk eller psykiatrisk, afgrænset som i figur 7).

Personer med pårørende (barn, partner, forældre) i psykiatrisk behandling har dårligere livskvalitet end øvrige personer med enten barn, partner eller forældre. Forskellen i livskvalitet er større blandt personer med børn eller partner i psykiatrisk behandling (0,6 lavere i gennemsnit i forhold til alle med børn eller partner). Forskellen er dog mindre for personer med psykisk syge forældre (0,2 point lavere i forhold til alle med levende forældre). Til sammenligning har personer, som selv har haft et enkelt ophold på psykiatrisk sygehus på mindre end 12 timer, en livskvalitet på 1,5 point lavere end gennemsnittet for alle på 18 år eller derover, jf. figur 3.

For personer, hvis barn, forælder eller partner er somatisk patient på sygehuset, er der næsten ingen afvigelse fra den gennemsnitlige livskvalitet.

Figur 8. Gennemsnitlig livskvalitetsscore fordelt på udvalgte pårørendes kontakt til sygehusvæsenet, aldersstandardiseret. 2023



Anm.: Kun personer, hvis barn, partner eller forælder enten har haft ophold på sygehuset på mindst 12 timer eller var blandt de 50 pct. af befolkningen med flest ophold på sygehuset på under 12 timer med henholdsvis somatisk eller psykiatrisk behandling, indgår. Kun personer med dansk oprindelse indgår. Oplysninger om pårørende er opgjort ved udgangen af 2023, dvs. mellem 2,1 og 7,3 måneder efter interviewtidspunktet. Ophold på sygehuset er optalt i en 12 måneders periode frem til interviewdatoen. En person kan indgå i flere kategorier på samme tid. De vandrette linjer angiver gennemsnittet for alle personer, der har hhv. mindst et barn, mindst en forælder eller en partner.

Kilde. Realdanias spørgeskemadata om livskvalitet, Pårørenderegisteret, Befolkningsregisteret og Landspatientregisteret.

Om analysen

Sundhed og livskvalitet

Udgivet: 21. april 2026 af Danmarks Statistik

Nr. 2026:02

ISSN: 2446-0354

© Danmarks Statistik 2026

Magnus Nørtoft

Telefon: 42 46 19 45

Mail: MNT@dst.dk

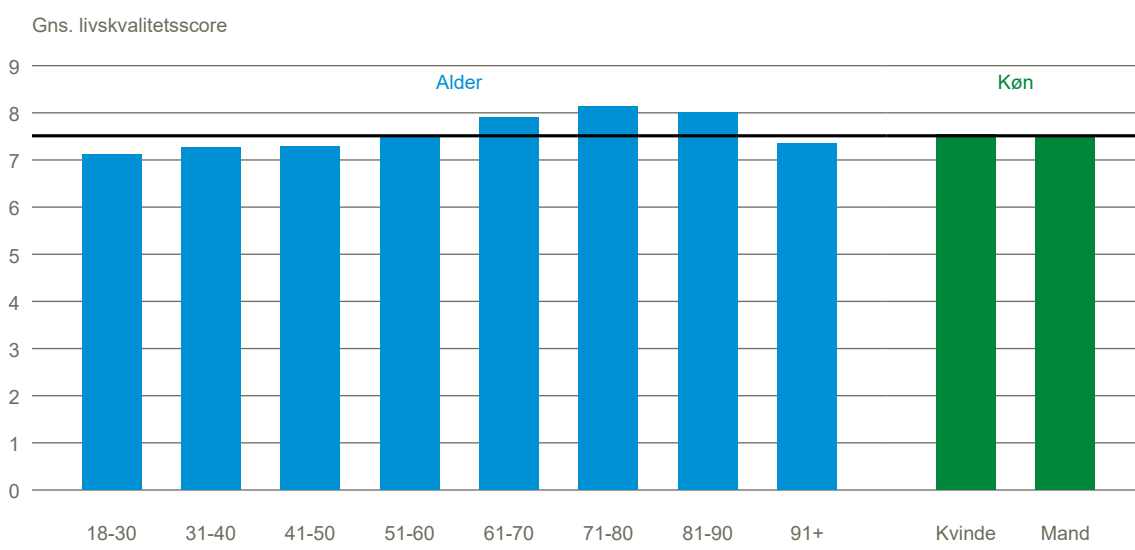
Bilag 1. De ældste danskere har størst livskvalitet

Befolkningens selvrappede livskvalitet varierer betydeligt med alderen. Figur 9 viser, at gennemsnitlig livskvalitet generelt stiger med alderen. Fx er gennemsnittet 7,1 for 18-30-årige, mens gennemsnittet er 8,1 for 71-80-årige.

For at undgå, at alder skal skævvride analysens resultater, er der gennemgående anvendt alderstandardisering som beskrevet i boks 2.

Figur 9 viser også, at der er meget lille forskel på den gennemsnitlige livskvalitet mænd og kvinder.

Figur 9. Gennemsnitlig livskvalitetsscore fordelt på aldersgrupper og køn



Kilde. Realdanias spørgeskemadata om livskvalitet, Befolkningsregisteret.