

Bilag 7: Metode

Indsatser i ældres sidste tid



Indenrigs- og
Sundhedsministeriets
BENCHMARKINGENHED

Publikationen kan hentes på hjemmesiden for
Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarkingenhed:
www.benchmark.dk

Henvendelse om publikationen kan ske til kontaktpersonen
på analysen, som fremgår af hjemmesiden.

Indhold

1 Datagrundlag.....	3
2 Køns- og aldersstandardisering.....	6
3 Afgrænsninger.....	7
4 Sammenhængsanalyser	11

1 Datagrundlag

I denne analyse ser vi på indsatserne i ældres sidste tid. Vi ser på indsatser i både almen praksis, kommune og sygehusregi, samt medicinforbrug i den sidste del af livet. I tabel 1.1 er der et samlet overblik over de datakilder, der benyttes i analysen og de informationer, der er hentet derfra.

Tabel 1.1

Anvendte datakilder og informationer hentet i registre

Kilde	Variable	Periode
DOD - DST	Dødsdato	2022-2024
DODSAASG - DST	Dødsårsag	2022
LPR_F – Sundhedsdatastyrelsen	Aktionsdiagnose, akut/planlagt sygehuskontakt, specialiserede palliativ behandling, Charlsons komorbiditetsindeks (CCI), procedurekode	2022-2024
BEF – DST	Alder, køn, civilstand, bopælskommune og -region	2022-2024
LMDB – DST	Terminalt tilskud, Charlsons komorbiditetsindeks (CCI), lægemidler, der er indløst recept på	2022-2023
SMR – Sundhedsdatastyrelsen	Lægemidler der medicineres under ophold på sygehus	2022-2023
AEFV – DST	Hjemmepleje (visiteret tid)	2022-2024
AEHJSP – DST	Hjemmesygepleje	2022-2024
PLH – Sundhedsdatastyrelsen	Plejehjemsbeboere (baseret på adresser for plejehjem, plejehjem og friplejeboliger i Danmark, samt CPR-registret)	2022-2024
RUKS – Sundhedsdatastyrelsen	Charlsons komorbiditetsindeks (CCI)	2022-2024
Data om ansættelsesforhold – KRL	Antallet af sygeplejersker og faglært SOSU-personale i kommunen (opgøres i antal årsværk)	2022-2024
SSR - Sundhedsdatastyrelsen	Kontakt til almen praksis	1.januar 2022 - 31.oktober 2024

Vi ser på indsatser i ældres sidste tid samlet for afdøde ældre i 3 år

Som nævnt i hovedrapporten er et af analysens formål at sammenligne indsatsmønstrene i ældres sidste tid på tværs af kommuner, regioner og sundhedsråd. Vi har valgt at se på indsatserne samlet over tre år, 2022-2024. Helt konkret betyder det, at fx antallet af akutte sygehusophold i ældres sidste leveår beregnes som summen af antallet af akutte sygehusophold i det sidste leveår for alle 80+ årige, der døde i perioden 2022-2024, delt med summen af alle dødsfald blandt ældre i de 3 år.

Ved at samle data fra flere år bliver opgørelserne i hver enkelt kommune baseret på langt flere dødsfald blandt ældre, hvormed den enkelte ældres forløbs betydning reduceres. Formålet med at opgøre indsatsbilledet samlet for 3 år er altså at mindske risikoen for, at tilfældigheder, særlige omstændigheder eller få dødsfald påvirker den enkelte kommunes, regions og sundhedsråds resultat på en uheldig måde.

Udover at mindske usikkerheden i opgørelsen, når vi ser på resultaterne på tværs af landet, så kan en opgørelse baseret på et enkelt år være påvirket af særlige begivenheder i det år (fx en særlig hård influenzaepidemi, COVID-19 og lignende), hvilket betyder, at resultatet opgjort pba. flere år, kan være mere repræsentativt for det generelle billede i den enkelte kommune, region og sundhedsråd.

Særligt om 1813 i Region Hovedstaden

Når man sammenligner antallet af akutte sygehusophold i ældres sidste tid på tværs af landet, er det væsentligt at være opmærksom på forskelle i organiseringen og registrering af akutte sygehusophold. Siden 1. januar 2014 har Region Hovedstaden visiteret alle akutte telefoniske henvendelser via Akuttefonen 1813, mens de tidligere vagtlægeklinikker er blevet fuldt integreret og bemannet af akutafdelinger i sygehusregi.

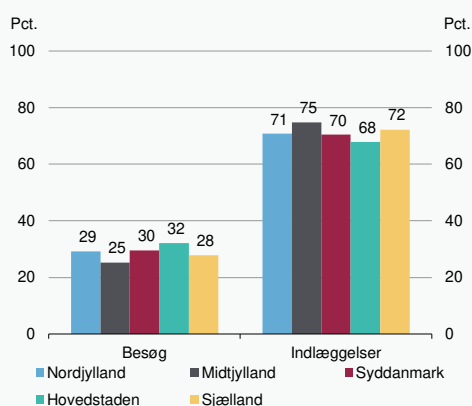
Denne organisatoriske omlægning betyder, at data vedrørende akutte ophold i Region Hovedstaden ikke kun inkluderer egentlige akutte sygehusophold, men også kontakter, der i andre regioner håndteres af den regionale vagtlægeordning uden for sygehusregi. Dette medfører, at der i Region Hovedstaden optræder akutte patienter, som ikke ville være blevet inkluderet i data i de øvrige regioner.

Vi har derfor set på sygehusaktiviteten i ældres sidste tid med særligt fokus på, om Region Hovedstaden skiller sig ud fra de andre regioner i forhold til den akutte sygehusaktivitet. Opgørelserne er baserede på afdøde i 2022-2024.

Ser vi på, hvordan de akutte sygehusophold i ældres sidste leveår fordeler sig i forhold til varighed på tværs af regionerne, er der ikke noget entydigt mønster. De sygehusophold, der især handler om aktivitet, der i andre regioner, ville være afholdt i vagtlægen, er de akutte besøg (0-12 timer). Andelen er størst i Region Hovedstaden, men ikke meget højere end i de andre regioner. På tværs af alle regionerne er det indlæggelserne, der klart udgør den største andel af de akutte sygehusophold i ældres sidste leveår. Dermed skiller Region Hovedstaden sig ikke ud på en måde, der indikerer, at denne aktivitet påvirker billedet i en skæv retning, jf. figur 1.1.

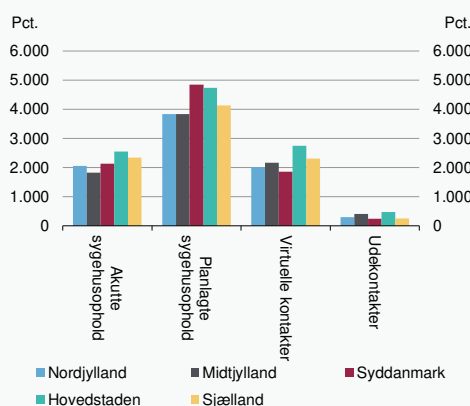
Figur 1.1

Akutte sygehusophold i det sidste leveår fordelt efter varighed på regionsniveau, køns- og aldersstandardiseret (2022-2024)



Figur 1.2

Antallet af sygehuskontakter pr. 1.000 afdøde i det sidste leveår fordelt efter kontaktttype, køns- og aldersstandardiseret (2022-2024)



Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Når vi ser på, hvordan det ser ud i forhold til antallet af akutte sygehusophold i Region Hovedstaden sammenlignet med de andre regioner, så har de ældre flere akutte sygehusophold i Region Hovedstaden end i de andre regioner. Men det samme gælder faktisk også de andre kontaktttyper – lige med undtagelse af de planlagte sygehusophold, hvor de ældre i Region Syddanmark har lidt flere planlagte sygehusophold end de ældre i Region Hovedstaden. Dog har ældre i Region Ho-

vedstaden næsten lige så mange planlagte sygehusophold. Endelig er variationen i regionernes resultater næstmindst for de akutte sygehusophold.

Alt i alt indikerer disse opgørelser, at der måske kan være en tendens til, at ældre i Region Hovedstaden har en større andel akutte besøg i det sidste leveår end ældre i andre regioner, men forskellen er meget lille, og derudover er der ikke noget, der indikerer, at Region Hovedstaden skiller sig særligt ud fra de andre regioner i forhold til de akutte sygehusophold sammenlignet med andre kontakttyper i sygehusregi – snarere tværtimod.

Vi har derfor ikke lavet nogle særlige tiltag i forhold til aktiviteten i Region Hovedstaden, men sammenligner regionens (og de tilhørende sundhedsråd og kommuner) med de andre regioners (og sundhedsråds og kommuners) resultater.

Vi laver dog igennem rapporten følsomhedsanalyser i forhold til, om vi ser det samme mønster, hvis vi alene ser på de akutte indlæggelser, da vagtlægen i andre regioner vil henvise patienter, der har brug for indlæggelse, videre til sygehuset.

Kommunale indsatser

Når vi ser på data for hjemmepleje og hjemmesygepleje, har vi taget udgangspunkt i valideringskriterier benyttet i Sundhedsdatastyrelsen (indberetningskonsistens og konsistens over måneder¹). Dog stiller vi et lidt strengere krav til konsistens over måneder i denne analyse. Sundhedsdatastyrelsen tillader ét fald/én stigning i antallet af kommunens kontakter fra måned til måned på mere end 40 pct. Det gør vi ikke i denne analyse, dels fordi vi både ser på, hvorvidt den enkelte afdøde ældre har kontakt med hjemmepleje/hjemmesygepleje på månedsniveau frem mod død. Og dels fordi vi gerne vil lave opgørelser på kommuneniveau. Se også tabel 1.2 i forhold til de benyttede kriterier.

Tabel 1.2

Kriterier til data for hjemmepleje og hjemmesygepleje

Kriterier	Forklaring
Indberetningskonsistens	Kommuner skal have indberettet for alle årets 12 måneder.
Konsistens over måneder	Kommuner må ikke have et fald eller en stigning på mere end 40 pct. i antallet af kommunens kontakter pr. måned om året

Med udgangspunkt i kriterierne benyttet ovenfor indgår 74 kommuner i opgørelserne af indsatserne i det sidste leveår og den sidste levemåned. Det gælder både i hovedrapporten, men også i opgørelser for hjemmepleje og hjemmesygepleje i bilagene.

Når vi ser på hjemmesygepleje og hjemmepleje, så indgår der *ikke* data for følgende kommuner (udover for Fanø, Læsø, Samsø, Vallensbæk og Ærø, som ikke indgår i analysen (se kapitel 3 i hovedrapporten)):
Egedal, Esbjerg, Favrskov, Frederikshavn, Glostrup, Gribskov, Horsens, Hørsholm, Ishøj, Køge, Lyngby-Taarbæk, Mariagerfjord, Morsø, Odense, Odsherred, Ringsted, Sønderborg, Vejle og Vordingborg.

¹ "Dokumentation – kommunale sundheds- og ældredata", Sundhedsdatastyrelsen (2022)

2 Køns- og aldersstandardisering

I analysen sammenligner vi indsatsmønstrene i ældres sidste tid på tværs af regioner, kommuner og sundhedsråd. Regioner, kommuner og sundhedsråds 80+ årige adskiller sig i sammensætningen af køn og alder, og køn- og alderssammensætning kan have implikationer i forhold til, hvor udbredt forskellige indsatser er i den sidste tid, fx antallet af akutte sygehusophold, andelen der bor på plejehjem m.m.

Eksempelvis har de yngste aldersgrupper blandt de 80+ årige oftere flere akutte sygehusophold end de allerældste, og tilsvarende har mænd oftere flere akutte sygehusophold end kvinder. For at sikre en mere retvisende sammenligning mellem regioner, sundhedsråd og kommuner, har vi valgt at standardisere tallene for køn og alder ved direkte standardisering. Dvs. vi sammenligner kommuner, regioner og sundhedsråds resultater, hvor vi tager højde for forskelle i køn- og aldersfordelingen blandt de afdøde ældre på tværs af landet. Ved direkte standardisering anvender vi en direkte standardiseret rate, som er et vægtet gennemsnit af køns- og aldersspecifikke rater, hvor vægterne er baseret på en standardfordeling. Ved standardiseringen benyttes alders- og kønsfordelingen blandt de 80+ årige afgået ved døden i 2022-2024 på landsplan.

Konkret angiver de standardiserede resultater i dette eksempel, hvor mange akutte sygehusophold, der var pr. 1.000 ældre i en given kommune/region/sundhedsråd, hvis kommunens resultater for forskellige borgergrupper (opdelt på alder og køn) oversættes til en standardbefolkning (landsplansbefolkningen) med hensyn til antal borgere i forskellige køn- og aldersgrupper.

Vi viser også både de faktiske tal og de alders- og kønsstandardiserede resultater i bilagene.

Man kunne overveje at lave en decideret benchmarkingindikator, hvor der udover at tage højde for forskelle i alder og køn på tværs kommuner, sundhedsråd og regioner også tages højde for fx den bagvedliggende helbredstilstand, socioøkonomi m.m. Vi har dog valgt alene at tage højde for alder og køn, da en baggrundsanalyse, hvor der udover køn og alder tages højde for civilstand, formue og hvorvidt den ældre led af alvorlig sygdom primo dødsåret, viste, at en sådan model med udgangspunkt i registerdata på individniveau ikke forklarer markant mere af variationen i den akutte sygehusaktivitet på tværs af landet, jf. tabel 2.2.

Tabel 2.2

Korrelationen mellem resultaterne på kommuneniveau for antallet af akutte sygehusophold i det sidste leveår pr. 1.000 ældre opgjort som faktiske tal, de alders- og kønsstandardiserede tal, samt en benchmarkingindikator, 2022

	Faktisk	Køns- og aldersstandardiseret	Benchmarkingindikator
Faktisk	1	0,9956	0,9889
Køns- og aldersstandardiseret	-	1	0,9964
Benchmarkingindikator	-	-	1

Anm.: Benchmarkingindikatoren er baseret på en model, hvor der tages højde for den enkelte ældres alder primo dødsåret, køn, dødsårsag, graden af alvorlig sygdom primo dødsåret (baseret på Charlsons komorbiditetsindeks) og civilstand.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

3 Afgrænsninger

Nedenfor beskrives de vigtigste afgrænsninger, vi har benyttet i analysen.

Akutte sygehusophold

I analysen har vi især fokus på de akutte sygehusophold. Et sygehusophold er dannet ved at koble tidsmæssigt sammenhængende fysiske fremmøder på sygehusene sammen, hvor der er højest 4 timer mellem to fremmøder. Definitionen benyttes også af Sundhedsdatastyrelsen. Et akut ophold er her defineret ved mindst et akut fysisk fremmøde (fysisk fremmøde er patientkontakt, hvor patienten er fysisk til stede på sygehus) med samme startdato som datoen for hele sygehusopholdet².

Forebyggelige sygehusophold

I analysen ser vi på forekomsten af forebyggelige sygehusophold i ældres sidste tid. De forebyggelige sygehusophold er dannet ved at koble tidsmæssigt sammenhængende fysiske fremmøder på sygehusene sammen, hvor der er højest 4 timer mellem to fremmøder, og hvor opholdet kan betegnes som akut, varer minimum 4 timer og indenfor 48 timer har en forebyggelig aktionsdiagnose.

Se også boks 3.1 for de enkelte diagnoser.

² "Beskrivelse af indikatorer – nationale mål for sundhedsvæsenet", Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2024).

Boks 3.1

Forebyggelige sygehusophold

I hovedrapportens kapitel 6 ser vi på forekomsten af forebyggelige sygehusophold i ældres sidste tid. Forebyggelige sygehusophold er sygehusophold blandt ældre, hvor aktionsdiagnosen hører til en af følgende diagnosegrupper: dehydrering, forstoppelse, lungebetændelse m.m. (nedre luftvejssygdom), blærebetændelse, gastroenteritis (mave-tarm-infektion), knoglebrud, ernæringsbetinget anæmi (blodmangel), sociale og plejemæssige forhold og/eller tryksår. Diagnosen skal optræde i sygehusopholdet inden for 48 timer fra opholdets starttidspunkt.

De forebyggelige diagnoser er defineret ved følgende ICD-10 diagnosekoder:

Dehydrering: DE869

Forstoppelse: DK590

Lungebetændelse m.m. (nedre luftvejssygdom): DJ12, DJ13, DJ14, DJ15, DJ18, DJ20, DJ21, DJ22

Blærebetændelse: DN30 (undtaget DN303 og DN304)

Gastroenteritis (mave-tarm-infektion): DA09

Knoglebrud: DS02, DS12, DS22, DS32, DS42, DS52, DS62, DS72, DS82, DS92

Ernæringsbetinget anæmi (blodmangel): DD50, DD51, DD52, DD53

Sociale og plejemæssige forhold: DZ59, DZ74, DZ75

Tryksår: DL89

Kilde: "Beskrivelse af indikatorer – De nationale mål", Sundhedsministeriet (2021)

Radiologiske undersøgelser

I kapitel 6 ser vi på andelen af ældre, der får en radiologisk undersøgelse i den sidste leveage. Her afgrænser vi på, at den ældre har en kontakt indenfor den sidste leveage med proceduren UX*.

Vi ser også specifikt på forekomsten af røntgenundersøgelser (afgrænset til proceduren UXR*), CT-skanninger (afgrænset til proceduren UXC*) og ultralydsundersøgelser (afgrænset til proceduren UXU*).

Vi bruger den registrerede proceduredato til at tidsbestemme proceduretidspunktet.

Afgrænsning af dødsårsag

I denne opgørelse ser vi også på den tilgrundliggende dødsårsag til dødsfaldet. Dødsårsagerne i Dødsårsagsregistret er opdelt i to overordnede diagnosegrupperinger – A- og B-listen. A-listen er de overordnede grupper, mens B-listen består af undergrupper til A-listen. Nedenfor i tabel 3.3 vises grupperingen, der benyttes i analysen.

Tabel 3.3

Afgrænsning af dødsårsager i analysen

Dødsårsag	Afgrænsning
Kræft	A-02 (DC00-DC97)
Hjertesygdomme	A-08 (DI00-25, DI27, DI30-51)
Demens inkl. Alzheimers	B-043, B-052 (DF01, DF03, DG30, (DF00))
Sygdomme i åndedrætsorganer	A-10 (DJ00-99)
Andre kredsløbssygdomme	A-09 (DI26, DI28, DI60-DI99)
Alderdomssvækkelse	B-086 (DR54)

Anm.: Afgrænsning, der starter med "A-", tager udgangspunkt i A-listen i Dødsårsagsregistret, mens afgrænsninger der starter med "B-" tager udgangspunkt i afgrænsninger i B-listen. Oplysninger i parentes er de tilsvarende ICD10-koder.

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen

Palliative indsatser

I analysen ser vi på indikationer på palliativ indsats i ældres sidste leveår. Vi benytter fire kriterier: den ældre har modtaget specialiseret palliativ behandling; den ældre har indløst recept på lægemiddel med terminaltilskud; den ældre har indløst recept på opioider og/eller midazolam ved injektionssvæske eller den ældre er blevet medicineret med opioider og/eller midazolam ved injektionssvæske på sygehuset.

Nedenfor beskrives de fire indikationer.

Specialiseret palliativ behandling

I analysen har vi set på, hvor stor en andel af de ældre, der havde modtaget specialiseret palliativ behandling i det sidste leveår. Det handler om, hvorvidt den ældre har modtaget behandling af en specialiseret palliativ afdeling (inkl. hospice) eller team.

Vi identificerer den palliative behandling med udgangspunkt i, om den ældre enten havde haft kontakt med/ophold på en specialiseret palliativ afdeling (inkl. udekontakter og virtuel behandling) eller havde modtaget behandling fra en specialiseret palliativ afdeling under ophold på en anden afdeling.

Vi har med hjælp fra Videnscenter for Rehabilitering og Palliation (REHPA) identificeret patienter, der har modtaget specialiseret palliativ behandling ud fra, hvorvidt de har haft ophold på/modtaget ydelser af en specialiseret palliativ afdeling eller team. De specialiserede palliative afdelinger er identificeret via SOR-koder i LPR3-data.

Terminaltilskud

Den ældre har i det sidste leveår indløst recept på apoteket, hvor der er givet terminaltilskud. I Lægemiddelregistret er der registrering af, hvorvidt personer, der indløser recept på medicin, er berettiget til terminaltilskud (100 pct. tilskud til lægeordineret medicin). Tilskuddet kan søges af en læge til en borger, der ønsker at tilbringe den sidste tid i eget hjem eller på hospice og gives kun i den allersidste tid. Terminaltilskud er derfor en indikation på, at døden er forudset, og overvejelser og samtale omkring behovet for palliation bør være foretaget.

Indløst recept på opioider eller midazolam ved injektionssvæske

Vi har også set på brug af bestemte lægemidler som en indikation for, at der var tænkt i palliativ behandling. Efter dialog med fagpersoner, har vi i analysen opstillet et kriterie, hvor vi også afgræn-

ser til ældre, der i det sidste leveår indløser recept på injektionsvæske opioider eller Midazolam. Igen benyttes data fra Lægemiddelstatistikregistret. Afgrænset til ATC-koderne N02A* og N05CD08 med doseringsform injektionsvæske. Andre lægemidler kunne også have været relevante at se på i forhold til palliation (fx Haloperidol mod delir og uro), men i denne analyse afgrænses til ovenstående, som ofte nævnes i vejledninger m.m.

Medicineret med opioider eller midazolam ved injektionsvæske på sygehuset

Vi har også set på brug af bestemte lægemidler på sygehuset som en indikation for, at der var tænkt i palliativ behandling i sygehusregi. Igen afgrænser vi i forhold til, om den ældre i det sidste leveår, er blevet medicineret med injektionsvæske opioider eller midazolam. Her benyttes data for sygehusmedicin.

Indikation på palliativ indsats (inkl. opioider/midazolam, sygehus)

I analysen laver vi et samlet kriterie, der viser, om der er indikation på palliation, som går ud på, at hvis én af de fire ovenfor nævnte kriterier er opfyldt, så finder vi, at der er indikation på palliation.

Indikation på palliativ indsats (ekskl. opioider/midazolam, sygehus)

Vi ser også på indikation på palliation baseret på, hvorvidt der er indløst terminaltilskud eller indløst recept på opioider og/eller midazolam ved injektionsvæske er begge indikation på palliation, som foregår i primærsektoren (eller i hvert fald ikke under ophold på sygehuset). Derudover indgår der i indikation på palliation (ekskl. opioider/midazolam, sygehus) også specialiseret palliativ behandling, sygehuse og hospices udfører. Alt i alt afspejler indikation på palliation (ekskl. opioider/midazolam, sygehus) indikation på basale palliative indsatser udenfor sygehuset, samt den specialiserede palliation.

Forskellen mellem indikation på palliativ indsats (inkl. opioider/midazolam, sygehus) og indikation på palliativ indsats (ekskl. opioider/midazolam, sygehus), er den andel af ældre, hvor vi alene ser indikation på basal palliation på sygehuset. Denne andel ser vi også på i analysen.

Medicinforbrug

I analysens kapitel 8 opgøres også antallet af lægemidler. Her tager vi udgangspunkt i en afgrænsning af polyfarmaci benyttet i Sundhedsdatastyrelsen. Her afgrænses polyfarmaci til borgere med mindst fem lægemidler (ATC 4-niveau for at tage højde for, at der skrives præparat) købt på recept mindst fire gange hver inden for opgørelsesåret. Dataafgrænsningen omfatter alle lægemidler, eksklusiv antibiotika til systemisk brug, ATC-gruppe J01 og metronidazol til oralt brug ATC-kode P01AB01³.

I Sundhedsdatastyrelsens afgrænsning ser man på, om der er indløst recept på fem eller flere lægemidler mindst 4 gange i løbet af året. I rapportens figur 8.6 ser vi udelukkende på antallet af lægemidler uden at afgrænse til, at der skal være indløst recepter 4 gange. Derfor taler vi i den figur heller ikke om polyfarmaci.

I figur 8.7 ser vi på udviklingen i andelen af de ældre, der er polyfarmacipatienter (5+ lægemidler) og hyperpolyfarmacipatienter (10+ lægemidler) i det sidste leveår på kvartalsniveau. Da vi ser på kvartalsniveau sætter vi kun krav om 1 indløst recept. Tilsvarende i figur 8.11 og i bilagene.

³ "Andelen i behandling med polyfarmaci er stort set uændret i den samlede befolkning, men faldet blandt ældre siden 2010", Sundhedsdatastyrelsen (2022).

4 Sammenhængsanalyser

I denne del kan man tilgå resultaterne af sammenhængsanalyserne foretaget i slutningen af kapitlerne, samt i kapitel 9, hvor resultaterne ikke er beskrevet (korrelationskoefficient) i rapporten. Der er tale om simple sammenhængsanalyser, som der ikke kan konkluderes noget endeligt omkring kausalitet eller effekt på baggrund af.

Kapitel 5

I kapitel 5 ser vi på sammenhængen mellem socioøkonomi (opgjort ved socioøkonomisk indeks) og forekomsten af forskellige kontakttyper i sygehusregi i ældres sidste leveår. Du kan finde resultaterne i tabel 4.4.

Tabel 4.4

Korrelationer (Pearsons r) for sammenhængen mellem socioøkonomisk indeks og forskellige typer sygehuskontakt i ældres sidste leveår (antal kontakter pr. 1.000 ældre) – kapitel 5, 2022-2024

	Planlagt					Akut				
	Ude-kontak-ter	Virtuel-le kontak-ter	Korte besøg (0-4 timer)	Lange besøg (4-12 timer)	Ind-læggel-se (12+ timer)	Virtuel-le kontak-ter	Korte besøg (0-4 timer)	Lange besøg (4-12 timer)	Ind-læggel-se (12+ timer)	Syge-husop-hold i alt
Socioøkonomisk indeks	-0,03	0,06	-0,05	0,10	0,11	0,17*	0,22**	0,03	0,26***	0,23**

Anm.: * betyder P-værdi < 0,1, ** betyder P-værdi < 0,05 og *** betyder P-værdi < 0,01. Alle indikatorer er køns- og aldersstandardiserede. Negativ værdi betyder, der er en tendens til, at ældre i socioøkonomisk udfordrede kommuner har mindre kontakt.

Positiv værdi betyder, der er tendens til at ældre i socioøkonomisk udfordrede kommuner har mere kontakt

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger..

Kapitel 7

I kapitel 7 ser vi på sammenhængen mellem socioøkonomi (opgjort ved socioøkonomisk indeks) og andelen ældre der er i kontakt med almen praksis og modtager indsatser i kommunen i den sidste levemåned på kommuneniveau. Du kan finde resultaterne i tabel 4.5 og 4.6.

Tabel 4.5

Korrelationer (Pearsons r) for sammenhængen mellem socioøkonomisk indeks og andelen af ældre, der modtager indsatser i kommunerne i den sidste levemåned på kommuneniveau (kapitel 7), 2022-2024

	Kommunal indsats i alt	Hjemme-sygepleje	Plejehjem	Hjemmepleje	Pleje-hjem/hjemme pleje
Socioøkonomisk indeks	-0,17	-0,14	-0,28***	0,24**	-0,06

Anm.: * betyder P-værdi < 0,1, ** betyder P-værdi < 0,05 og *** betyder P-værdi < 0,01. Alle indikatorer er køns- og aldersstandardiserede. Negativ værdi betyder, der er en tendens til, at ældre i socioøkonomisk udfordrede kommuner har mindre kontakt.

Positiv værdi betyder, der er tendens til at ældre i socioøkonomisk udfordrede kommuner har mere kontakt

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Tabel 4.6

Korrelationer (Pearsons r) for sammenhængen mellem socioøkonomisk indeks og andelen af ældre med kontakt til almen praksis i den sidste leveår, samt andelen af ældre, der har mange besøg hos/af den praktiserende læge i det sidste leveår på kommuneniveau (kapitel 7), 2022-2024

	Mange besøg	Besøg hos lægen	Udebesøg	Virtuel kontakt	Samlet
Socioøkonomisk indeks	-0,20*	0,07	-0,33***	-0,22**	0,23**

Anm.: * betyder P-værdi < 0,1, ** betyder P-værdi < 0,05 og *** betyder P-værdi < 0,01. Alle indikatorer er køns- og aldersstandardiserede. Negativ værdi betyder, der er en tendens til, at ældre i socioøkonomisk udfordrede kommuner har mindre kontakt. Positiv værdi betyder, der er tendens til at ældre i socioøkonomisk udfordrede kommuner har mere kontakt.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Kapitel 8

I kapitel 8 ser vi på sammenhængen mellem socioøkonomi (opgjort ved socioøkonomisk indeks) og andelen af ældre, der er polyfarmaci- og hyperpolyfarmacipatienter i det sidste leveår, samt har indikation på palliativ indsats i det sidste leveår. Du kan finde resultaterne i tabel 4.7.

Tabel 4.7

Korrelationer (Pearsons r) for sammenhængen mellem socioøkonomisk indeks og de alders- og kønsstandardiserede andele af ældre med højt medicinforbrug, andelen af ældre, der indlæser recept på statiner i det sidste leveår samt andelen af ældre, der har indikationer på palliation i det sidste leveår på kommuneniveau, 2022-2023

	Specialiseret palliativ behandling	Terminaltilskud	Opioid-/midazolam, recept	Opioid-/midazolam, sygehus	Indikation på palliation (ekskl. opioid-/midazolam, sygehus)	Indikation på palliation (inkl. opioid-/midazolam, sygehus)	Alene basal palliation på sygehus ¹	Polyfarmaci	Hyperpolyfarmaci	Indlæst recept på statiner i det sidste leveår
Socioøkonomisk indeks	-0,17	-0,20*	-0,37***	0,05	-0,33***	-0,31***	0,16	-0,17	-0,14	0,28***

Anm.: Polyfarmaci står for brug af 5+ lægemidler i de sidste tre levemåned, Hyperpolyfarmaci står for brug af 10+ lægemidler i de sidste tre levemåned. * betyder P-værdi < 0,1, ** betyder P-værdi < 0,05 og *** betyder P-værdi < 0,01. Alle indikatorer er køns- og aldersstandardiserede. Negativ værdi betyder, der er en tendens til, at ældre i socioøkonomisk udfordrede kommuner har mindre kontakt. Positiv værdi betyder, der er tendens til at ældre i socioøkonomisk udfordrede kommuner har mere kontakt. 1) Indikation på alene basal palliation på sygehuset er opgjort ved at fratrække andelen, hvor der er indikation på palliation (ekskl. sygehusmedicin) fra indikation på palliation (inkl. sygehusmedicin). Dvs. den andel, hvor vi finder indikation på palliation på sygehuset, men hvor vi ikke finder indikation på specialiseret palliativ behandling.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen, REHPA og egne beregninger.

Kapitel 9

I kapitel 9 ser vi på tværsektorielle indsatsmønstre. Her ser vi på sammenhængen mellem indsatser i kommunen, almen praksis og på sygehuset, samt indikation på palliative indsatser og antallet af akutte sygehusophold pr. 1.000 ældre i det sidste leveår. Der er tale om simple sammenhængsanalyser på kommuneniveau, hvor der kontrolleres for forskelle i socioøkonomi (opgjort ved socioøkonomisk indeks). Du kan finde resultaterne i tabel 4.8.

Tabel 4.8

Partielle sammenhængsanalyser mellem antallet af akutte sygehusophold pr. 1.000 ældre og forskellige indsatsindikatorer i kommune, almen praksis og sygehus, samt indikation på palliation.

Sektor	Indsatstype	Pearsons r
Sygehus	Planlagte sygehusophold	0,36***
	Planlagt virtuel kontakt	0,77***
	Udebesøg	0,41***
	Afstand til sygehus	-0,54***
Almen praksis	Kontakt til læge i alt	-0,59***
	Besøg hos lægen	-0,57***
	Udebesøg (fx hjemmebesøg)	-0,61***
	Virtuel kontakt	-0,55***
	Gennemsnitligt antal udebesøg + besøg hos lægen	-0,59***
Kommune	Kommunal indsats i alt	-0,62***
	Hjemmepleje	-0,06
	Plejehjem	-0,22**
	Hjemmepleje og plejehjem samlet	-0,36***
	Hjemmesygepleje	-0,10
	Antallet af kommunale sygeplejersker pr. 1.000 65+ årige	-0,51***
	Antallet af faglært SOSU-personale pr. 1.000 65+-årige	-0,12
	Antallet af sygeplejersker + faglært SOSU-personale pr. 1.000 65+-årige	-0,23**
Palliation	Indikation på palliation (inkl. opioider/midazolam, sygehus)	0,02
	Indikation på palliation (ekskl. opioider/midazolam, sygehus)	-0,63***
	Specialiseret palliativ behandling	-0,21**
	Terminaltilskud	0,04
	Opioider/Midazolam ved injektionsvæske, recept	-0,61***
	Opioider/Midazolam ved injektionsvæske, sygehusmedicin	0,51***
	Indikation alene på basal palliation på sygehus (Indikation på palliation (inkl. opioider/midazolam, sygehus) - Indikation på palliation (ekskl. opioider/midazolam, sygehus))	0,72***

Anm.: *** betyder, at sammenhængen er signifikant på et 1 pct.s-signifikansniveau, ** betyder, at sammenhængen er signifikant på et 5 pct.s-signifikansniveau og * betyder, at sammenhængen er signifikant på et 10 pct.s-signifikansniveau. Der er tale om partielle sammenhængsanalyser, hvor der kontrolleres for forskelle i socioøkonomi (opgjort ved socioøkonomisk indeks).

Kilde: Danmarks Statistik, REHPA, KRL og egne beregninger.