

Ledelsesresumé

Indsatser i ældres sidste tid

I en tidligere analyse har vi i Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarkingenhed vist, at hver tredje ældre (80+ årige) ender med at dø på sygehuset¹. I denne analyse indenfor temaet "ældres sidste tid" ser vi nærmere på de ældres sidste leveår, og hvilke indsatser den ældre modtager.

Ældre har generelt et højt forbrug af sundheds- og plejeydelser, og det er særligt udtalt i de sidste leveår. Analyser har også vist indikationer på, at der kan være tale om uhensigtsmæssig behandling eller overbehandling i den sidste tid^{2,3,4,5,6}. Dette gør, at det både ud fra et borgerperspektiv og et kvalitets- og ressourcemæssigt perspektiv er relevant at se på indsatserne i ældres sidste tid.

I denne analyse ser vi derfor på, hvilke indsatser i kommune, almen praksis og sygehusregi ældre modtager i den sidste tid, samt hvor mange ældre der har indikationer på palliative indsatser, og hvordan medicinforbruget udvikler sig henover det sidste leveår.

Selvom vi ser på indsatserne bredt, så er vores hovedfokus på forekomsten af akutte sygehusophold. Disse kontakter er per definition ikke en del af det planlagte behandlingsforløb. Ofte er de nødvendige for, at den ældre kan få den rigtige behandling på det rigtige tidspunkt, men sygehusopholdene kan også være udtryk for manglende tværsektoriel koordination, kommunikation og behandling^{7,8}. Derudover kan mange akutte sygehusophold med gentagne overgange mellem hjem og sygehus være unødigt belastende for den ældre i den sidste del af livet⁹.

Det overordnede formål med nærværende analyse er altså at give mere viden om ældres sidste tid og afdække, hvilke sundheds- og plejeindsatser den ældre modtager. Særligt kommer vi til at se på forekomsten af akutte sygehusophold, da en stor forekomst af disse kan indikere et uhensigtsmæssigt behandlingsforløb i den sidste tid.

Det er også formålet med rapporten, at den enkelte kommune, region og sundhedsråd med udgangspunkt i opgørelserne kan få et bedre billede af, hvordan det ser ud for deres ældre i forhold til indsatsbilledet i den sidste tid. Materialet kan fungere som et udgangspunkt for dialog om, hvordan man i fællesskab kan tilrettelægge et hensigtsmæssigt forløb for den ældre i den allersidste del af livet fx i forbindelse med implementering af sundhedsreformen.

¹ "Dødsfald blandt ældre – hvor mange ældre ender med at dø på sygehuset?", Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarkingenhed (2024)

² "Geografiske forskelle i ældres forbrug af sundheds- og plejeydelser", Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarkingenhed (2023)

³ "Potential overtreatment in end-of-life care in adults 65 years or older dying from cancer: applying quality indicators on nationwide registries", Szilcz, m. et al., Acta Oncologica (2022),

⁴ "Unplanned hospitalisations in older people: illness trajectories in the last year of life", Szilcz, m. et al., BMJ Support Palliative care (2021)

⁵ OECD (2023), "Time for Better Care at the End of Life", OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris

⁶ "End-of-life anticancer treatment – a nationwide registry-based study of trends in the use of chemo-, endocrine, immune-, and targeted Therapies", Mattsson T.O. et al., Acta Oncologica (2021)

⁷ OECD (2023), "Time for Better Care at the End of Life", OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris

⁸ "The "ARIANNA" Project: An Observational Study on a Model of Early Identification of Patients with Palliative Care Needs through the Integration between Primary Care and Italian Home Palliative Care Units", Scaccabarozzi, G. et al., Journal of Palliative Medicine (2018)

⁹ "Styrket indsats for den ældre medicinske patient - fagligt oplæg til en national handlingsplan", Sundhedsstyrelsen (2011)

En betydelig del af de ældre har mange akutte sygehusophold i det sidste leveår, og de fleste af opholdene er indlæggelser.

På landsplan har de ældre (80+ årige) i gennemsnit 2,2 akutte sygehusophold i det sidste leveår (2.189 pr. 1.000 ældre). Det gennemsnitlige billede dækker dog over meget variation i de ældres behandlingsforløb i det sidste leveår: 19 pct. af de ældre har et sidste leveår uden akutte sygehusophold, mens 20 pct. har 4 eller flere akutte sygehusophold i det sidste leveår. Det skal ses i lyset af, at 71 pct. af de akutte sygehusophold i det sidste leveår er indlæggelser. Vi ser altså nogle meget forskellige forløb i det sidste leveår på tværs af gruppen af ældre. Der er en tendens til, at de yngre ældre (80-84 år) og mænd har flere akutte sygehusophold end de ældste ældre (90+ år) og kvinder, og vi har derfor valgt at køns- og aldersstandardisere opgørelserne, når vi ser på variation på tværs af landet.

I Østdanmark er de ældres sidste tid oftere præget af gentagne akutte sygehusophold end i Vestdanmark.

På tværs af de nye sundhedsråd er der betydelige forskelle i, hvor meget de ældre er akut ind og ud af sygehuset i det sidste leveår, og det er særligt i sundhedsrådene i Region Sjælland og Region Hovedstaden, at de ældre ofte er akut på sygehuset^{10,11}. I sundhedsrådet, hvor de ældre har flest akutte sygehusophold i det sidste leveår, har de 53 pct. flere akutte sygehusophold end i sundhedsrådet, hvor de ældre har færrest, hvilket betyder, at der er markante forskelle på de ældres behandlings- og plejeforløb i det sidste leveår på tværs af landet. Disse forskelle i den akutte sygehusaktivitet på tværs af landet peger på variation i praksis, hvilket indikerer behov for øget opmærksomhed og dialog omkring, hvordan behandlingsforløb og indsatser tilrettelægges og koordineres bedst muligt.

Det er især i de par sidste måneder og uger, de ældre har mange akutte sygehusophold.

Selvom kontakten med sygehuset allerede er næsten dobbelt så høj et år før død end blandt ældre, der ikke er i deres sidste leveår, så er det særligt i de sidste måneder og uger, at vi ser en stor stigning i sygehusaktiviteten. Det skyldes især flere akutte sygehusophold i de sidste levemåned, og særligt at niveauet af indlæggelser mangedobles i den allersidste tid.

I områder, hvor ældre har meget planlagt sygehusaktivitet, der har de ældre også en tendens til flere akutte sygehusophold i den sidste tid.

Simple sammenhængsanalyser viser, at der er en tendens til, at områder hvor ældre generelt har meget planlagt sygehuskontakt i det sidste leveår, også er områder, hvor de har mange akutte sygehusophold. Det kan tale ind i, at i de områder, hvor man generelt bruger sygehusene meget i den planlagte behandling, der bruger man dem også oftere til akutte problemstillinger. Sammenhængen er der også, når vi tager højde for socioøkonomiske forskelle på tværs af landet¹².

I den sidste tid handler den planlagte kontakt ofte om alvorlige diagnoser som kræft og demens, samt palliation, mens diagnoserne på de akutte sygehusophold kan synes mere usikre.

Både for den planlagte og akutte kontakt på sygehuset er *Kontakt mhp. radiologisk undersøgelse* den hyppigste diagnose. Der er dog derudover forskel på, hvilke diagnoser de ældre kommer akut henholdsvis planlagt på sygehuset med i det sidste leveår. Overordnet ser de akutte sygehusophold i højere grad ud til at være præget af udredning og usikre diagnoser end meget af den planlagte kontakt,

¹⁰ Der er ingen indikationer på, at det er forskelle i socioøkonomi og den generelle helbredstilstand hos den ældre, der kan forklare forskellene. Se også kapitel 3, kapitel 5 og Bilag 7: Metode.

¹¹ I Region Hovedstaden er der ingen vagtlægeordning, men derimod 1813 i hospitalsregi. Denne aktivitet er en del af den samlede akutte sygehusaktivitet, og derfor kan man forestille sig, at det højere kontaktniveau i Region Hovedstaden kan tilskrives denne forskel i organiseringen på tværs af regionerne. I gennem rapporten laver vi følsomhedsanalyser for at undersøge, om der er indikationer på, om den højere aktivitet i Region Hovedstaden ser ud til at skyldes 1813. Vi finder ikke sådanne tendenser.

¹² Socioøkonomiske forskelle er operationaliseret ved socioøkonomisk indeks.

som udover røntgenundersøgelser især handler om kræft, alvorlig nyresygdom og demens. Fx er *Observation pga. mistanke om sygdom eller tilstand UNS (uspecificeret)* den næsthøypigste akutte diagnose ved et akut sygehusophold. I den sidste levemåned er *Kontakt mhp. palliativ behandling* den næsthøypigste diagnose blandt de planlagte sygehusophold. Det indikerer, at der i den allersidste tid generelt kommer et større fokus på palliation, da denne diagnose også er den høypigste diagnose på udekontakter og de virtuelle kontakter, som forekommer høypigere og høypigere i de sidste uger.

I det sidste leveår er hver femte akutte sygehusophold med en forebyggelig diagnose.

Godt hver femte akutte sygehusophold er med en forebyggelig diagnose i det sidste leveår (470 forebyggelige sygehusophold pr. 1.000 ældre). 40 pct. af disse finder sted i den sidste levemåned. Det er særligt *nedre luftvejssygdom* (som fx lungebetændelse), der fylder blandt disse ophold, men også *dehydrering* og *blærebetændelse* er høypige diagnoser.

De forebyggelige sygehusophold er særligt interessante i forhold til ældre – både i et forebyggelsesperspektiv, men også i forhold til, om det er hensigtsmæssigt for den ældre i den allersidste del af livet at blive indlagt¹³. Forekomsten af forebyggelige sygehusophold kan derfor være særligt interessant at fokusere på i en dialog om, hvordan samarbejdet med primærsektoren og sygehuset omkring den ældres behandlingsforløb fungerer. Vi ser da også en stor variation i forekomsten af forebyggelige sygehusophold. Fx er antallet af forebyggelige sygehusophold omkring 50 pct. høiere i Region Hovedstaden end i Region Nordjylland i det sidste leveår.

28 pct. af de ældre får en radiologisk undersøgelse i den sidste leveuge

Som nævnt er *Kontakt mhp. radiologisk undersøgelse* både for den planlagte og akutte kontakt på sygehuset den høypigste diagnose. Vi ser da også, at 21 pct. af de ældre bliver røntgenundersøgt, 13 pct. får en CT-skanning og 7 pct. en ultralydsundersøgelse i den sidste leveuge. Alt i alt betyder det, at mere end hver 4. ældre (28 pct.) får en radiologisk undersøgelse i den sidste leveuge. Denne andel varierer noget på tværs af landet, fra at det er 24 pct. af de ældre i Region Midtjylland, der får en radiologisk undersøgelse i den sidste leveuge, til at det er 31 pct. i Region Hovedstaden. Det kan være nødvendigt at foretage radiologiske undersøgelser som en del af diagnosticeringen af den ældre, men det er en relativ høj andel af de ældre, hvor vi ser denne type indsatser, og de geografiske forskelle i andelen, der fx bliver CT-skannet i sidste leveuge, kan tale ind i, at praksis er forskellig.

Langt de fleste ældres sidste leveår er præget af indsatser i både kommune, almen praksis og sygehusregi.

Mere end 4 ud af 5 ældre (83 pct.) modtager indsatser i både kommune, almen praksis og sygehusregi i det sidste leveår, mens det kun er godt hver 39 pct. blandt andre ældre (der ikke er i deres sidste leveår). Den største forskel på de to grupper er kontakten til kommunen: Næsten alle ældre får en indsats i kommunen i det sidste leveår, mens det kun er omkring halvdelen blandt ældre, der ikke er i det sidste leveår¹⁴.

Ligesom for sygehuskontakten, ser vi også, at flere ældre er i kontakt med kommune og almen praksis i det sidste leveår end blandt ældre, der ikke er i det sidste leveår. Vi ser dog også her en stigning i kontakten henover det sidste leveår, således at langt de fleste ældre er i kontakt med almen praksis og modtager indsatser i kommunen i den sidste levemåned.

¹³ I "Dødsfald blandt ældre – hvor mange ældre ender med at dø på sygehuset?" (2024) så vi på diagnoserne i den kontekst, at det kan være diagnoser som dehydrering, lungebetændelse, blærebetændelse mv., hvor det er særligt interessant at forholde sig til, om den ældre skal på sygehuset, i lyset af at de fleste ønsker at dø hjemme i kendte omgivelser.

¹⁴ Der er i sammenligningen af de to grupper taget højde for forskelle i køn og alder i gruppen af ældre i det sidste leveår og ældre, der ikke er i deres sidste leveår.

Særligt kontakten til hjemmesygeplejen og udekontakterne i almen praksis stiger i den allersidste tid.

Særligt kontakten til hjemmesygeplejen stiger i den allersidste tid, og i den sidste levemåned er det næsten 3 ud af 4 ældre (74 pct.), der har kontakt til hjemmesygeplejen. I den sidste levemåned ser vi også en stor stigning i andelen af ældre, der har udekontakter i almen praksis (fx hjemmebesøg), således at det faktisk er over halvdelen af de ældre, der har en udekontakt i denne periode, hvilket betyder, at der er flere ældre, der får besøg af lægen i den sidste levemåned, end der kommer ind til lægen i dennes praksis. Disse stigninger kan ses som et udtryk for, at de ældres skrantende helbredstilstand i den allersidste tid nødvendiggør mere behandling og pleje, samt fleksibilitet i forhold til at kunne imødekomme disse behov.

Flest har kontakt til primærsektoren i Vestdanmark og færrest i Østdanmark i den sidste tid.

Der er en betydelig variation i kontakten til primærsektoren i den sidste tid. Fx varierer andelen af ældre, der har et udebesøg af den praktiserende læge fra knap 35 pct. i kommunen, hvor andelen er lavest til 70 pct., hvor den er højest. Udebesøg forekommer især hyppigt i kommuner i Region Midtjylland og Region Nordjylland, mens det særligt er i kommuner i Region Hovedstaden, at andelen af ældre, der har mindst ét udebesøg af den praktiserende læge i den sidste levemåned, er lav. Overordnet ser vi tilsvarende øst-vest-tendenser, når vi ser på andre kontaktformer i almen praksis, og andelen af ældre, der modtager en indsats i kommunen i den allersidste tid.

De områder, hvor mange ældre modtager indsatser i primærsektoren i den sidste tid, er også de områder, hvor ældre har færre akutte sygehusophold.

Der er indikationer på, at de kommuner, hvor flest ældre har kontakt til den praktiserende læge eller modtager en indsats i kommunen i den sidste tid, også er de kommuner, hvor ældre ender med at komme akut på sygehuset færrest gange. Selvom det ikke er muligt på baggrund af sammenhængsanalyserne at udtale sig om kausalitet, så kan det tale ind i, at de områder, hvor primærsektoren spiller en rolle i mange ældres behandlings- og plejeforløb i den sidste tid, også er områder, hvor man i højere grad undgår de akutte - ofte belastende - sygehusophold i den sidste del af de ældres liv.

Der er indikation på en palliativ indsats i primærsektoren og/eller specialiseret palliation for flere ældre i Vestdanmark end for ældre i Østdanmark.

Vi kan ikke entydigt identificere, hvorvidt en person har modtaget en palliativ indsats, men på baggrund af oplysninger i Landspatientregistret, Lægemedelstatistikregistret og data for sygehusmedicin, kan vi se på indikationer på en palliativ indsats. Baseret på disse opgørelser er det overordnet 3 ud af 4 ældre (76 pct.), hvor vi finder indikation på en palliativ indsats i det sidste leveår¹⁵. Vi ser ikke noget entydigt geografisk mønster i forhold til palliation generelt, men vi ser en tendens til, at i de områder hvor en stor andel af de ældre, har indikation på palliation i primærsektoren og/eller specialiseret palliation, der har de ældre færre akutte sygehusophold i det sidste leveår. Tilsvarende finder vi en stærk tendens til, at i de områder, hvor andelen af de ældre, hvor vi alene ser indikation på basal palliation i sygehusregi, er høj, der har de ældre også flere akutte sygehusophold i det sidste leveår, ligesom flere ender med at dø på sygehuset. Det er særligt i Vestdanmark, at vi ser en høj andel af ældre med palliation i primærsektoren og/eller specialiseret palliation og en lav andel alene med basal palliation på sygehuset¹⁶.

¹⁵ Denne opgørelse er ikke komplet. Dels er den baseret på indikationer på palliativ indsats, hvor det ikke kan siges med sikkerhed, at der er foretaget palliation, og dels er disse indikationer ikke komplette i forhold til at opgøre den palliative indsats. Endelig er indikationerne i nogle tilfælde baseret på nyt data som formodes ikke at være komplet. Læs mere i kapitel 8 og Bilag 7: Metode.

¹⁶ Indikation alene på basal palliation på sygehuset er estimeret ved at trække andelen med indikation på palliation (ekskl. sygehusmedicin) fra andelen med indikation på palliation (inkl. sygehusmedicin).

Antallet af lægemidler er stigende over det sidste leveår, og vi ser kun mindre tendenser til, at når forbruget af palliative lægemidler stiger, så falder forbruget af andre lægemidler.

Henover det sidste leveår er antallet af lægemidler, ældre bruger, stigende, og i det sidste kvartal er det over 80 pct. af de ældre, der bruger 5+ lægemidler (polyfarmaci) og 38 pct., der bruger 10+ lægemidler (hyperpolyfarmaci). Stigningen skyldes især smertestillende medicin og psykoleptika, som bl.a. ved palliation, men samtidig ser vi ikke umiddelbart nogen væsentlig reduktion i brugen af andre lægemidler. Fx er det stadig 19 pct. af de ældre, der indløser recept på statiner (kolesterolsænkende lægemiddel til forebyggelse af blodpropper), som er et af de hyppigst anvendte lægemidler til forebyggende behandling, i de sidste tre levemåneder mod 24 pct. 10-12 måneder før død.

Med afsæt i analysen og tilhørende bilag, kan det være relevant at sætte fokus på, hvilke overvejelser analysens resultater giver anledning til lokalt. Derfor har vi udarbejdet syv refleksionsspørgsmål. Disse spørgsmål kan sammen med analysens hovedresultater og de tilhørende bilag bruges som afsæt for lokal dialog fx i regi af de nye sundhedsråd, om hvordan indsatsbilledet i ældres sidste tid ser ud i området. Refleksionsspørgsmålene fremgår af boks 1.1.

Boks 1.1

Refleksionsspørgsmål

- Hvor mange ældre hos os har 4+ akutte sygehusophold i deres sidste leveår, og hvordan ser det ud i sammenligning med andre? Hvilke overvejelser giver det anledning til?
- Hvor mange forebyggelige sygehusophold har de ældre i vores område i det sidste leveår, og har vi tilstrækkelig fokus på opsporing, forebyggelse og alternative tilbud i primærsektoren til at undgå forebyggelige sygehusophold i den sidste tid?
- Hvor mange ældre i vores område får en radiologisk undersøgelse i den allersidste tid? Er det som forventet, eller giver det anledning til at genoverveje brugen af radiologiske undersøgelser i den sidste tid?
- Hvor mange ældre har indikation på en palliativ indsats i vores område, og hvordan arbejder vi med snittet mellem kurative og palliative indsatser i forhold til den ældre i den sidste del af livet?
- Hvor mange ældre er hyperpolyfarmacipatienter i vores område, og er vi gode nok til at lave medicingennemgang og seponere medicin?
- Hvilke kontaktmønstre i kommune og almen praksis er der i vores område i ældres sidste tid? Adskiller det sig fra andre steder?
- Hvilken tværsektoriel dialog er der i vores område mellem kommune, almen praksis og sygehus om behandling og pleje til de ældre i den sidste tid? Og er der behov for at styrke denne dialog?