

Indsatser i ældres sidste tid

September 2025



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 Ledelsesresumé	3
2 Indledning.....	8
3 Metode	10
3.1 Begreber og definitioner	10
3.2 Data og afgrænsning.....	10
3.3 Analyseperiode	12
4 Det overordnede indsatsmønster i kommune, almen praksis og sygehus i den sidste tid....	14
4.1 Variation på tværs af landet	16
5 Sygehusaktivitet del 1: Kontakt med sygehuset i det sidste leveår	18
5.1 Variation på tværs af landet	25
6 Sygehusaktivitet del 2: Diagnoser, undersøgelser og behandlinger i den sidste tid	32
6.1 Variation på tværs af landet	37
7 Kontakt med primærsektoren i det sidste leveår.....	39
7.1 Variation på tværs af landet	42
8 Medicinforbrug og palliation.....	46
8.1 Variation på tværs af landet	55
9 Tværsektorielle indsatsmønstre.....	60
10 Refleksionsspørgsmål	65

1 Ledelsesresumé

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.

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

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

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, som udover røntgenundersøgelser især handler om kræft, alvorlig

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. Igennem 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.

nyresygdom og demens. Fx er *Observation pga. mistanke om sygdom eller tilstand UNS (uspecificeret)* den næsthyppest akutte diagnose ved et akut sygehusophold. I den sidste levemåned er *Kontakt mhp. palliativ behandling* den næsthyppest 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 hyppigste diagnose på udekontakter og de virtuelle kontakter, som forekommer hyppigere og hyppigere 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 hyppige 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. højere 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 hyppigste 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

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.

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.

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, Lægemiddelstatistikregistret 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 færre akutte sygehusophold i det sidste leveår, ligesom færre ender med at dø på sygehuset. Det er

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 opføre 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.

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.

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 (kolesterolssænkende 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?

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).

2 Indledning

I en tidligere analyse har vi i Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarkingenhed set, at næsten hver tredje ældre (80+ årige) ender med at dø på sygehuset. I denne anden analyse indenfor temaet "ældres sidste tid" ser vi nærmere på ældres sidste leveår, og hvilke indsatser den ældre modtager. Ældre har generelt et højt forbrug af sundheds- og plejeydelser i de sidste leveår¹⁷, hvilket gør, at det ud fra et ressourcemæssigt og samfundsøkonomisk perspektiv er relevant at se på indsatsmønstrene. Afdækningen af indsatsmønstrene i det sidste leveår taler dog også ind i den dagsorden, der handler om, at kvaliteten og værdigheden i ældres sidste tid er så høj som mulig. Herunder at behandlingen og plejen af den ældre så vidt muligt foregår i trygge og kendte rammer.

Formålet med nærværende analyse er at give mere viden om ældres sidste tid og afdække, hvilke sundheds- og plejeindsatser den ældre modtager. I denne analyse vil vi derfor se på, i hvor høj grad ældre er i kontakt med sygehussektoren, den kommunale sektor og almen praksis i det sidste leveår, samt hvad kontakten består i. Nogle af de spørgsmål, vi stiller i denne sammenhæng, er: I hvor høj grad modtager den ældre indsatser i kommunen, hos den praktiserende læge og på sygehuset i den sidste tid? Hvordan udvikler indsatsmønstrene sig over det sidste leveår? Og er der nogle geografiske tendenser i forhold til forskellige kontaktmønstre?

I analysen har vi særligt fokus på, i hvor høj grad den ældre har akutte sygehusophold i det sidste leveår. For den ældre kan gentagne overgange mellem hjem og sygehus i den sidste del af livet være en belastning, ligesom de færreste af os ønsker at tilbringe den sidste tid på og dø på sygehuset¹⁸. Begge dele taler ind i, at det fra et borgerspektiv ofte er hensigtsmæssigt, at ældre, der er tæt på livets afslutning, tilbringer så lidt tid på sygehuset som muligt, ligesom det heller ikke er hensigtsmæssigt i et ressourcemæssigt perspektiv, at den ældre er indlagt på sygehuset, hvis behandling og pleje kan varetages af primærsektoren. I denne analyse kommer vi derfor særligt til at se på kontakten med sygehuset – udover et særligt fokus på de akutte sygehusophold, ser vi også på, hvilke diagnoser kontakten handler om og hvilken behandling og undersøgelser, den ældre modtager.

Selvom vi har særligt fokus på kontakten i sygehusregi, så ser vi altså også på, hvilke indsatser den ældre modtager i kommunen i det sidste leveår, samt hvordan kontakten med almen praksis ser ud. I den forbindelse er det også en del af analysen at undersøge, om kontaktmønstrene i sygehusvæsenet varierer på tværs af, hvilke forskellige indsatser og kontaktmønstre vi ser i den kommunale sektor og almen praksis.

Endelig har vi i den sidste del af rapporten fokus på den palliative indsats og medicinforbruget i den sidste tid. Palliation kan være afgørende for at sikre en god sidste tid, og det er derfor en vigtig del af indsatsbilledet, når vi ser på ældres sidste leveår. Det kan dog være svært at identificere palliation, der ikke er specialiseret, i registerdata, men vi forsøger bl.a. igennem data fra Lægemiddelstatistikregistret at komme lidt tættere på den palliative indsats i forhold til den ældre.

Når vi ser på kontakt- og indsatsmønstrene i den sidste tid, vil vi udover at fokusere på det overordnede billede også se på forskelle i forhold til, hvad den enkelte ældre dør af. Der kan fx sagtens være, at indsatsmønstrene i den sidste tid varierer i forhold til, om den ældre dør af kræft

¹⁷ "Geografiske forskelle i ældres forbrug af sundheds- og plejeydelser", Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarkingenhed (2023)

¹⁸ "Danskernes holdning til at tale om sin egen og sine næres sidste tid og død", Ældre Sagen (2018)

eller demens, da mulighederne, samt behovet for behandling kan variere noget på tværs af de forskellige sygdomme. Opgørelserne kan dog også være med til at sætte fokus på, om der indenfor de enkelte sygdomsgrupper kan være forskel på, hvor opmærksom man er på fx rettidig palliation.

Mange af analysens opgørelser vil være nye, og dermed har vi i rapporten et stort fokus på det overordnede billede på landsplan. En del af historien er dog også, at mange af de overordnede tendenser kan dække over betydelig variation på tværs af landet. Vi vil derfor også løbende vise resultater på regions-, sundhedsråds- og/eller kommuneniveau. Derudover vil der i bilagene være resultater for hver enkelt kommune, region og kommende sundhedsråd, således at eksempelvis den enkelte kommune kan se, hvordan indsatsmønstrene er hos dem sammenlignet med det generelle billede og evt. billedet i kommunens sundhedsråd og region. Det er altså et underliggende formål 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.

Analysen er som nævnt ovenfor anden del af Benchmarkingenhedens analysetema om Ældres sidste tid. Hvor vi i den første analyse så på hvor de ældre dør henne, og i særlig grad hvor stor en del, der dør på sygehuset, samt hvad der kendetegner den sidste kontakt på sygehuset for de ældre, der ender med at dø på sygehuset, kommer vi altså nu til at fokusere på indsatserne i hele det sidste leveår. Den første analyse finder du på www.benchmark.dk.

Læsevejledning

I kapitel 3 redegøres for population, metode, samt de vigtigste afgrænsninger og definitioner.

I kapitel 4 ser vi nærmere på det overordnede overlap mellem kommune, almen praksis og sygehus i forhold til indsatser til den ældre i den sidste tid.

I kapitel 5, som er det første kapitel om sygehusaktivitet i det sidste leveår, er fokus på udviklingen i kontakten med sygehuset henover det sidste leveår, samt de akutte sygehuseophold.

I kapitel 6, der er det andet kapitel med fokus på sygehusaktiviteten, er der fokus på diagnoser, undersøgelser og behandlinger, der kendetegner kontakten med sygehuset i den sidste tid. Herunder forekomsten af akutte sygehuseophold med forebyggelige diagnoser.

I kapitel 7 ser vi nærmere på indsatsmønstrene i primærsektoren i det sidste leveår og levemåned.

Der er i kapitel 8 fokus på medicinforbruget, og hvorvidt der er indikationer på palliativ indsats i det sidste leveår.

I kapitel 9 ser vi på, hvorvidt der er nogle mønstre i de tværsektorielle indsatser i ældres sidste tid på kommuneniveau.

Og endelig opstiller vi i kapitel 10 en række refleksionsspørgsmål, man kan stille sig selv i den enkelte kommune, region og sundhedsråd, når man arbejder med egne tal i bilagene.

3 Metode

I dette kapitel kan du læse kort om de metodiske afgrænsninger samt de til- og fravalg, vi har i analysen. Læs mere uddybende herom i Bilag 7: Metode

3.1 Begreber og definitioner

I dette afsnit beskrives begreber og definitioner, der benyttes i rapporten. Begreber m.m. lægger sig generelt op af allerede eksisterende begreber og definitioner benyttet af fx Sundhedsdatastyrelsen.

Ældre: I denne analyse er populationen af ældre afgrænset til 80+ årige primo dødsåret. Det gør vi, fordi vi ønsker at se på den gruppe, der er i den allersidste del af livet, hvor døden kommer tættere på, og samtalen omkring, hvordan man ønsker den sidste tid skal være, bliver mere og mere relevant. I rapporten bruges "ældre" og "80+ årige" som synonymer. Hvis det er en anden aldersgruppe, der er tale om, gør vi eksplicit opmærksom på det.

Regioner, kommuner og sundhedsråd: Når vi refererer til den ældres kommune, region og sundhedsråd, så refererer vi til der, hvor deres bopæl er registreret. En person kan godt have modtaget behandling i andre områder, men det er bopælsregionen, -kommunen og – sundhedsrådet, vi opgør data for her.

Dødsårsag: Dødsårsagen er den tilgrundliggende dødsårsag, som er den lidelse eller hændelse, der starter det forløb af lidelser, der i sidste ende medfører døden. Dvs. dødsårsagen er ikke nødvendigvis den lidelse, der i sidste ende gør, at den ældre dør (fx lungebetændelse), men den bagvedliggende årsag (fx cancer eller hjertesygdom), der er afgørende for, at den ældre afgår ved døden. Det er lægen, der udfylder dødsattesten, og som vurderer og registrerer, hvad dødsårsagen er¹⁹.

3.2 Data og afgrænsning

I analysen ser vi på indsatser i ældres sidste leveår. Vi ser på indsatser i kommunen, almen praksis og i sygehusregi. I boks 3.1 kan du se, hvilke indsatser vi har fokus på.

¹⁹ Se også [Dødsårsager](#)

Boks 3.1

Indsatser i ældres sidste tid

Nedenfor kan du læse, hvilke indsatser vi har fokus på i analysen:

Sygehus:

- Akutte sygehusophold (akut fysisk fremmøde på sygehuset). Nogle gange opdelt i korte besøg (0-4 timer), lægerevarende besøg (4-12 timer) og indlæggelser (12+ timer)
- Planlagte sygehusophold (planlagt fysisk fremmøde på sygehuset). Nogle gange opdelt i korte besøg (0-4 timer), lægerevarende besøg (4-12 timer) og indlæggelser (12+ timer)
- Udekontakter (fx hjemmebesøg, besøg på midlertidige pladser i kommunen osv.)
- Virtuelle kontakter (telefonkontakter, videokonference)
- Forebyggelige sygehusophold (en delmængde af akutte sygehusophold)
- Undersøgelser og behandlinger i den sidste tid (særligt radiologiske undersøgelser)

Almen praksis:

- Besøg hos lægen (fysisk fremmøde hos lægen)
- Udebesøg (fx hjemmebesøg, besøg på plejehjem osv.)
- Virtuel kontakt (fx telefonkontakter, videokonference)

Kommune:

- Hjemmepleje (visiteret hjemmepleje)
- Plejehjem (hvis den ældre bor på plejehjem)
- Hjemmesygepleje (kontakt i hjemmesygeplejen)

Medicinforbrug:

- Antallet af lægemidler, der er indløst recept på, samt hvilke lægemidler der er indløst recept på.

Indikation på palliation:

- Specialiseret palliativ behandling
- Indløst recept med terminaltilskud
- Indløst recept på injektionsvæske midazolam og/eller injektionsvæske opioider.
- Medicinering med injektionsvæske midazolam og/eller injektionsvæske opioider på sygehuset.
- Indikation på palliation (inkl. opioider/midazolam, sygehus): Indikation på palliation findes hvis én af de fire ovenstående kriterier er opfyldt i det sidste leveår.
- Indikation på palliation (ekskl. opioider/midazolam, sygehus): Hvis der er indløst recept med terminaltilskud eller indløst recept på injektionsvæske Midazolam og/eller injektionsvæske opioider (indikation på palliation i primærsektoren) eller der er indikation på specialiseret palliativ behandling.
- Alene indikation på basal palliation på sygehuset: Indikation på palliation (inkl. opioider/midazolam, sygehus) fratrukket Indikation på palliation (ekskl. opioider/midazolam, sygehus)

Du kan læse mere om afgrænsning og datakilder i Bilag 7: Metode

Anm.: Afgrænsning af specialiserede palliative afdelinger er foretaget med udgangspunkt i et arbejde foretaget i Videnscenter for Rehabilitering og Palliation (REHPA) i forhold til at identificere enheder og afdelinger der arbejder med specialiseret palliation, som benyttes i kriteriet for indikation på specialiseret palliativ behandling.

I analysen laver vi opgørelser med udgangspunkt i registerdata. Opgørelserne tager altså udgangspunkt i de registreringer, der laves lokalt. Det kan altså ikke udelukkes, at nogle af de forskelle vi ser på tværs af landet skyldes forskellig registreringspraksis.

I Bilag 7: Metode finder du en oversigt over, hvilke registre der er benyttet, samt hvordan sygehusophold, forebyggelige indlæggelser m.m. afgrænses.

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 Akuttelefonen 1813, mens de tidligere vagtlægeklivikker er blevet fuldt integreret og bemanded 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 valgt i denne analyse at sammenligne Region Hovedstaden (inkl. sundhedsrådene og kommunerne i regionen) med de andre regioner (og sundhedsråd og kommuner), selvom vi ikke kan "rense" data for 1813-aktivitet. Det gør vi af følgende årsager:

- Langt de fleste af de akutte sygehusophold i ældres sidste leveår er indlæggelser (12+ timer), og dermed må det formodes, at de akutte sygehusophold i Region Hovedstaden, der i andre regioner varetages af vagtlægen, i mindre grad spiller ind her, da vagtlægen i andre regioner vil henvise patienter, der har brug for indlæggelse, videre til sygehuset.
- Vi har gennemført en kort analyse af aktiviteten i ældres sidste leveår for at se, om Region Hovedstaden skiller sig ud i forhold til den akutte aktivitet. Det finder vi ikke nogen tendens til. Se Bilag 7: Metode for disse opgørelser.
- Når vi viser variation i den akutte sygehusaktivitet på tværs af geografi, laver vi ofte en følsomhedsanalyse, der alene fokuserer på de akutte *indlæggelser* (for at mindske påvirkningen af 1813-aktiviteten). Vi finder generelt i analyserne stor sammenhæng mellem resultaterne, når vi ser på alle de akutte sygehusophold og resultaterne, når vi alene ser på de akutte indlæggelser.

3.3 Analyseperiode

I analysen er der fokus på indsatserne blandt ældre i det sidste leveår. Vi ser på afdøde i årene 2022-2024, der var 80+ år primo dødsåret. Analysen er baseret på de afdøde ældre i 93 kommuner. Kommunerne Fanø, Læsø, Samsø, Vallsenbæk og Ærø indgår ikke i analysen, da der er for få afdøde ældre i perioden.

Når vi ser på indsatserne i det sidste leveår, tager vi udgangspunkt i dødsdatoen og går et år tilbage derfra og ser på, hvilke og hvor mange indsatser den ældre modtog i det sidste leveår.

På opgørelsestidspunktet var der kun data for dødsårsager til og med 2022. Det betyder, at de opgørelser på dødsårsagsniveau, der er i rapporten, alene baserer sig på afdøde i 2022. 2022 var et "usædvanligt" år i den forstand, at samfundet og sygdomsbilledet fortsat var påvirket af COVID-19. Resultaterne skal læses i denne sammenhæng.

Tilsvarende var der på opgørelsestidspunktet ikke data for Lægemedelstatistikregistret for 2024, hvilket betyder, at opgørelserne i kapitel 8 alene baserer sig på afdøde ældre i 2022-2023.

Når vi ser på indsatser i almen praksis, ser vi alene på indsatser for ældre, der er døde i perioden 1.januar 2022 – 31.oktober 2024. Det gør vi, fordi det benyttede Sygesikringsdata ikke indeholder

data for december 2024 og kun meget få observationer for november 2024. Det har konsekvenser for opgørelserne i kapitel 1 og kapitel 7.

Standardisering for alder og køn

Når vi i rapporten sammenligner resultaterne på tværs af kommuner, regioner og de nye sundhedsråd, er resultaterne alders- og kønsstandardiserede. Når andelen alders- og kønsstandardiseres, tages der højde for, at alders- og kønssammensætningen kan være forskellig fx på tværs af kommuner. Læs mere i Bilag 7: Metode om, hvordan vi gør det i denne analyse²⁰.

Indikator for akut aktivitet

Vi ser på den akutte aktivitet i den sidste tid på flere måder, men i kapitel 5, og når vi i kapitel 9 ser på sammenhæng mellem tværsektorielle indsatser, måler vi den akutte aktivitet som antallet af sygehusophold pr. 1.000 ældre opgjort som:

$$\text{Indikator} = \frac{\text{Antallet af akutte sygehusophold i det sidste leveår blandt 80 + årige}}{\text{Antallet af afdøde 80 + årige}} \times 1.000$$

²⁰ 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 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. Se Bilag 7: Metode for yderligere om dette.

4 Det overordnede indsatsmønster i kommune, almen praksis og sygehus i den sidste tid

I denne første del af analysen ser vi helt overordnet på ældres kontakt i det sidste leveår: I hvor høj grad modtager de ældre indsatser i sygehussektoren, almen praksis og kommunalt regi, og hvordan udvikler det sig i den sidste tid? Formålet med denne del er at give et overblik over, i hvor meget de forskellige sektorer er i spil i den sidste levetid, samt vise forskelle i dette mønster på tværs af landet. Hver gang den ældre modtager indsatser i mere end én sektor, er der en udfordring i forhold til at sikre den tværsektorielle dialog i den ældres behandlingsforløb. Denne del af analysen skal derfor tjene til synliggørelse af kompleksiteten af den ofte skrøbelige ældres forløb i de sidste tid, samt relevansen af en tæt dialog mellem kommune, praktiserende læge og sygehus – både overordnet for det sidste leveår, men også jo tættere den ældre kommer på døden.

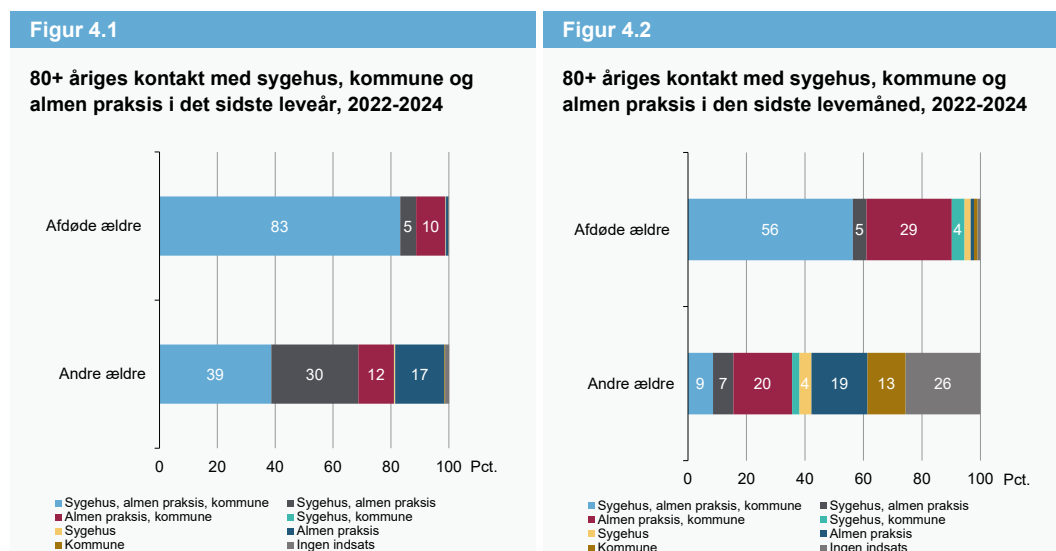
Kapitlet er baseret på data for de 74 kommuner, hvor data for hjemmepleje og hjemmesygepleje lever op til validerings- og komplethedskriterierne beskrevet i Bilag 7: Metode.

3 CENTRALE KONKLUSIONER FRA KAPITLET

- Mere end 83 pct. af ældre (80+ årige) modtager indsatser både i almen praksis, kommune og sygehusregi i løbet af det sidste leveår, hvor det kun er 39 pct. blandt ældre (80+ årige), der ikke er i deres sidste leveår. Den største forskel mellem ældre i det sidste leveår og andre ældre er, hvorvidt de er i kontakt med kommunen: 93 pct. af ældre, der er i det sidste leveår, modtager indsatser i kommunen, mens det kun er 51 pct. blandt andre ældre.
- Antallet af sektorer (sygehus, kommune og almen praksis), den ældre får indsatser i, er stigende henover det sidste leveår: 1 år før død er det 1 ud af 30 (3 pct.), der modtager indsatser i 3 sektorer indenfor en uge, mens det ugen før død er hver fjerde (25 pct.). Ser vi på hele den sidste levemåned er det et godt stykke over halvdelen (56 pct.), der modtager indsatser i alle tre sektorer. Det understreger behovet for en grundig tværsektoriel dialog og systematiserede arbejdsgange omkring behandling, pleje og tværsektoriel kommunikation i den sidste tid.
- Ser vi på billedet på tværs af landet, så er der en del variation i, hvor mange der er i kontakt med alle 3 sektorer i den sidste tid på tværs af kommuner og regioner. Fx varierer andelen, der modtager indsatser i både almen praksis, kommune og sygehussektoren i den sidste levemåned fra 46 pct. til 64 pct. på kommuneniveau. Der er samtidig indikationer på, at variationen i andelen af ældre, der er i kontakt med alle tre sektorer især handler om, at der er forskel på andelen, der er i kontakt med sygehusvæsenet på tværs af kommunerne.

I ældres sidste tid ser vi, at mange ældre modtager indsatser både i kommunen, hos almen praksis og på sygehuset: Langt de fleste ældre – mere end 4 ud af 5 (83 pct.) – modtager indsatser i alle tre sektorer i løbet af det sidste leveår, jf. figur 4.1. Alene i den sidste levemåned er det over

halvdelen (56 pct.), hvor der er kontakt med alle tre sektorer²¹, jf. figur 4.2. Det understreger, at der i det sidste leveår er et ærligt opmærksomhedspunkt i forhold til at få sikret en grundig tværsektoriel dialog og systematiserede arbejdsgange omkring behandling, pleje og tværsektoriel kommunikation.



Anm.: "Andre ældre" består af de resterende ældre, der ikke dør indenfor det næste år. For dem er der valgt en tilfældig data som sidestilles med dødsdatoen for de afdøde ældre og benyttes som udgangspunkt for beregning af aktiviteten i det sidste leveår/levemåned. Da en større andel af de afdøde ældre har en meget høj alder end blandt de "Andre ældre", er andelen for "Andre ældre" alders- og kønsstandardiserede. Opgørelserne er lavet pba. data for 74 kommuner, da ikke alle kommuner har data for hjemmesygepleje og hjemmepleje, der lever op til valideringskriterierne. Læs mere i Bilag 7: Metode. I opgørelserne for afdøde 80+ årige, er det kun personer der døde i perioden fra d.1.1.2022 til og med d.31.10.2024, der er medtaget. Det skyldes, at Sundhedsdatastyrelsen er ved at omlægge deres registre, og i det data, der var til rådighed for 2024, var der ikke aktivitet for december 2024 og kun meget lidt for november 2024.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Der er en langt højere andel, der modtager indsatser i alle tre sektorer i det sidste leveår, end blandt ældre generelt, se figur 4.1²². Blandt andre ældre er det 39 pct., der i et givent år (der dog ikke er det sidste leveår) modtager indsatser i alle tre sektorer. Ser vi på kontaktmønstrene i en tilfældig måned (der dog ikke er den sidste levemåned) blandt andre ældre, er andelen 9 pct., der modtager indsatser i alle tre sektorer, jf. figur 4.2.

Den største forskel – når vi ser på ældre i det sidste leveår og andre ældre – ser vi i forhold til, hvor mange ældre der er i kontakt med kommunen: I det sidste leveår er det tæt på alle ældre (93 pct.), der modtager indsatser i kommunen (hjemmesygepleje, hjemmepleje og/eller bor på plejehjem), mens det er omkring hveranden for ældre, der ikke er i det sidste leveår (51 pct.). Kontakten til almen praksis og sygehus er mere ens på tværs af de to grupper (næsten alle er i kontakt med den praktiserende læge, mens færre modtager indsatser i sygehusregi).

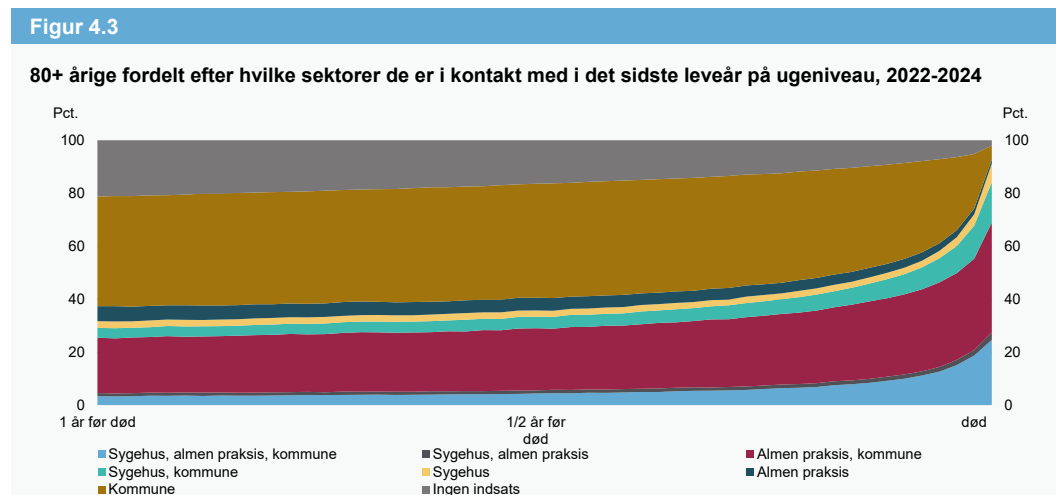
Udviklingen i den tværsektorielle kontakt i det sidste leveår

Følger vi kontakten til de tre sektorer på ugeniveau i det sidste leveår, så ser vi over tid en stigende tendens: Ugen et år før død er det omkring 1 ud af 30 ældre (3 pct.), der modtager indsatser i alle 3

²¹ Andelen er naturligvis mindre end for hele det sidste leveår, da vi her kigger på en enkelt måned og ikke et helt år. Til sammenligning viser en baggrundsanalyse, at i måneden inden den sidste levemåned er det kun omkring 30 pct., der modtager indsatser i alle tre sektorer. Der er altså en klart stigende tendens i indsatsniveauet frem mod død.

²² Tallene er alders- og kønsstandardiserede, så forskellene mellem de to populationer ikke kan tilskrives forskelle i køn- og aldersfordelingen.

sektorer. I den sidste leveuge er det hver fjerde (25 pct.), jf. figur 4.3. Det understreger, at der selv på meget kort sigt er behov for klare aftaler omkring arbejds gange og kommunikation mellem sektorerne og det personale, der er i berøring med den ældre.



Anm: Opgørelserne er lavet pba. data for 74 kommuner, da ikke alle kommuner har data for hjemmesygepleje og hjemmepleje, der lever op til valideringskriterierne. Læs mere i Bilag 7: Metode. I opgørelserne for afdøde 80+ årige, er det kun personer der døde i perioden fra d.1.1.2022 til og med d.31.10.2024, der er medtaget. Det skyldes, at Sundhedsdatastyrelsen er ved at omlægge deres registre, og i det data, der var til rådighed for 2024, var der ikke aktivitet for december 2024 og kun meget lidt for november 2024.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

En del, af det høje tværsektorielle kontaktniveau, kan være knyttet direkte til, at arbejdsdelingen, i forhold til hvem der varetager hvilken behandling, nødvendiggør indsatser i flere sektorer, men den kan også være udtryk for, at der kan være udfordringer i den tværsektorielle koordinering ved overgang fra behandling i en sektor til en anden. Fx viser et forskningsprojekt, at der er store udfordringer med medicin, når en patient udskrives fra sygehuset til en midlertidig plads i kommunen, som nødvendiggør "ekstra" kontakt på tværs af sektorer i form af fx telefonopkald til almen praksis og sygehus²³.

I en baggrundsanalyse har vi alene set på overlappet i den sidste uge i form af fysisk kontakt (dvs. hvor telefonkontakt og anden virtuel kontakt ikke medregnes). Her er det "kun" 14 pct. af ældre, der modtager indsatser i alle tre sektorer. Især i forhold til almen praksis mindskes andelen af de ældre, der har kontakt, når man ikke medregner den virtuelle kontakt.

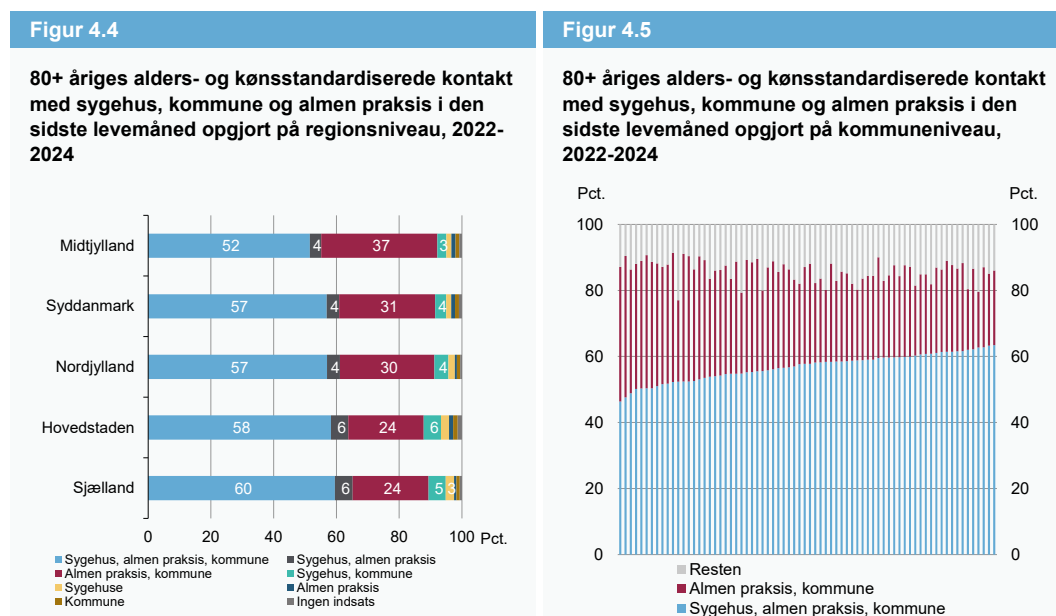
Den høje grad af virtuel kontakt på tværs af sektorer kan dog ikke alene ses som et udtryk for fx mangelfuld overlevering mellem sektorer, men kan også være udtryk for, at der netop foregår en løbende koordinering og sparring mellem fx den praktiserende læge og hjemmesygeplejen i den sidste tid. Dette kan være et godt alternativ til, at den ældre skal besøge den praktiserende læge, eller den praktiserende læge skal ud til den ældre.

4.1 Variation på tværs af landet

Ser vi på variationen på tværs af landet finder vi nogle betydelige forskelle. På regionsniveau ser vi, at der er forskel på kontaktmønstret på tværs af sektorerne almen praksis, kommune og sygehus i

²³ "Medicinproblemer afdækket: Medarbejdere på midlertidige pladser efterlades med »et stort oprydningsarbejde«", Seniormonitor, 11.12.2024

den sidste tid. Andelen af ældre, der modtager indsatser i alle tre sektorer er højest i Region Sjælland med 60 pct. og lavest i Region Midtjylland med 52 pct., mens andelen af ældre, der i den sidste levemåned modtager indsatser i kommune og almen praksis, men ikke på sygehuset varierer fra 24 pct. i Region Hovedstaden til 37 pct. i Region Midtjylland, jf. figur 4.4.



Anm.: I figur 4.5 består "Resten" af de yderligere kategorier, der optræder i figur 4.1-4.4. Andelen er opgjort på data for de 74 kommuner, hvor hjemmepleje- og hjemmesygeplejedata lever op til validerings- og kompletthedskriterierne beskrevet i Bilag 7: Metode. Opgørelserne er baseret på 80+ årige, der er døde i perioden 1.januar 2022 til og med 31.oktober 2024.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

På kommuneniveau er variationen endnu højere. Andelen, der modtager indsatser både i almen praksis, kommune og i sygehusregi i den sidste levemåned, varierer fra 46 pct. i kommunen, hvor andelen er lavest til 64 pct. i kommunen med den højeste andel. Der er en klar tendens til, at i de kommuner, hvor andelen, der modtager indsatser både på sygehus, i kommune og almen praksis i den sidste levemåned er høj, der er andelen, der "kun" modtager indsatser i almen praksis og kommune lav²⁴. Det indikerer altså, at det, der virkelig driver forskellen i kontaktmønstrene på kommuneniveau, er, hvorvidt den ældre modtager en indsats i sygehusregi eller ej.

Du kan også se opgørelser på sundhedsrådsniveau i bilagene.

²⁴ På kommuneniveau er der en korrelation mellem de to andele -0,87 med en P-værdi < 0,01.

5 Sygehusaktivitet del 1: Kontakt med sygehuset i det sidste leveår

I kapitel 4 så vi, at ældre i det sidste leveår i højere grad modtager indsatser i kommunen, almen praksis og på sygehuset, sammenlignet med andre ældre. I denne del af rapporten fokuserer vi på kontakten med sygehuset. Vi ser på det generelle kontaktmønster i sygehusregi i det sidste leveår, men har særlig fokus på de akutte sygehusophold, da det især er her, man bør overveje, om indsatser og behovet for behandling i nogle tilfælde kunne være forebygget eller alternativt foregå i primærsektoren. Kapitlet er derfor særligt relevant i forhold til se på, i hvor høj grad ældre har et sidste leveår præget af tilbagevendende, akutte sygehusophold udenfor det planlagte behandlingsforløb.

3 CENTRALE KONKLUSIONER FRA KAPITLET

- 4 ud af 5 ældre (81 pct.) har mindst ét akut sygehusophold i det sidste leveår, og 1 ud af 5 (20 pct.) har 4 eller flere akutte sygehusophold. Langt de fleste af disse sygehusophold er indlæggelser, og en betydelig del af ældre har derfor et sidste leveår, der er præget af hyppige akutte sygehusophold. Der er dog forskel på tværs af landet i forhold til, hvor meget akut aktivitet ældre har i det sidste leveår. Her ser vi et tydeligt øst-vest-mønster, hvor ældre i Østdanmark oftere kommer akut på sygehuset i det sidste leveår sammenlignet med ældre i Vestdanmark.
- 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 uger og måneder, 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. Også antallet af udekontakter og virtuelle kontakter stiger i løbet af det sidste leveår, men der er dog betydelig variation i brugen af denne type sygehuskontakt, hvor den ældre ikke har fysisk fremmøde på sygehuset, på tværs af landet i det sidste leveår.
- Der kan være en lille tendens til, at ældre i kommuner, der er mere socioøkonomisk udfordrede, har flere akutte sygehusophold i det sidste leveår, end ældre i mere velstillede kommuner. Socioøkonomi ser dog kun ud til at forklare en lille del af variationen i antallet af akutte sygehusophold på kommuneniveau, og dermed er det andre ting, der spiller ind i forhold til den store geografiske variation.

Gentagne akutte sygehusophold bør så vidt muligt forebygges og begrænses – også i det sidste leveår^{25,26}. Alligevel har 4 ud af 5 80+ årige (81 pct.) mindst ét akut sygehusophold i det sidste leveår, over halvdelen har flere akutte sygehusophold, og hver femte har 4 eller flere akutte sygehusophold, jf. figur 5.1. Det er væsensforskelligt fra gruppen af 80+ årige, der ikke er i deres sidste leveår. I en baggrundsanalyse finder vi, at i denne gruppe er det under hver tredje (31 pct.),

²⁵ "Sammenhængende palliativ indsats i sundhedsvæsenet", Ugeskrift for Læger (2011)

²⁶ "En værdig død kræver en velforberedt indsats", Sygeplejersken – Fag og Forskning (2020)

der har et akut sygehusophold i løbet af et år, lidt over hver 10. (12 pct.) har flere akutte sygehusophold, og kun godt 2 pct. har 4 eller flere akutte sygehusophold i et givent år²⁷.

Figur 5.1

80+ årige afgang ved døden i 2022-2024 inddelt efter kontakt i sygehusvæsenet i det sidste leveår



Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Det er ikke overraskende, at ældre i deres sidste leveår har behov for behandling og pleje. Nogle af disse sygehuskontakter skyldes et komplekst sygdomsbillede, hvor det kan være afgørende med observation og diagnosticering i hospitalsregi og i sidste ende være livsforlængende for den ældre. Noget af det, der dog også kan spille ind, er manglende alternativer i primærsektoren samt behov for en mere målrettet palliativ indsats i den ældres sidste tid, herunder dialog med den ældre og de pårørende, om hvordan den sidste tid bedst forløber^{28,29,30}.

Over tid har vi set en stigning i andelen af ældre, der i deres sidste leveår er i kontakt med sygehuset, jf. figur 5.2. Særligt andelen af ældre, der har flere akutte sygehusophold, er vokset, hvilket betyder, at der er en tendens til, at flere ældre har hyppig akut sygehuskontakt i deres sidste leveår. Vi lever længere også med alvorlige sygdomme, og derfor kan det i nogen grad være naturligt, at vi ser en stigning i andelen af ældre med hyppig akut kontakt³¹. Tendensen ser vi da også samtidig med, at der ses en stigning i sygehuskontakten blandt andre ældre³². Det er altså

²⁷ Disse tal er alders- og kønsstandardiserede, så der tages højde for, at alders- og kønsfordelingen blandt de 80+ årige, der ikke er i deres sidste leveår ikke er den samme som blandt de 80+ årige, der er i deres sidste leveår.

²⁸ "Sammenhængende palliativ indsats i sundhedsvæsenet", Ugeskrift for Læger (2011)

²⁹ "En værdig død kræver en velforberedt indsats", Sygeplejersken – Fag og Forskning (2020)

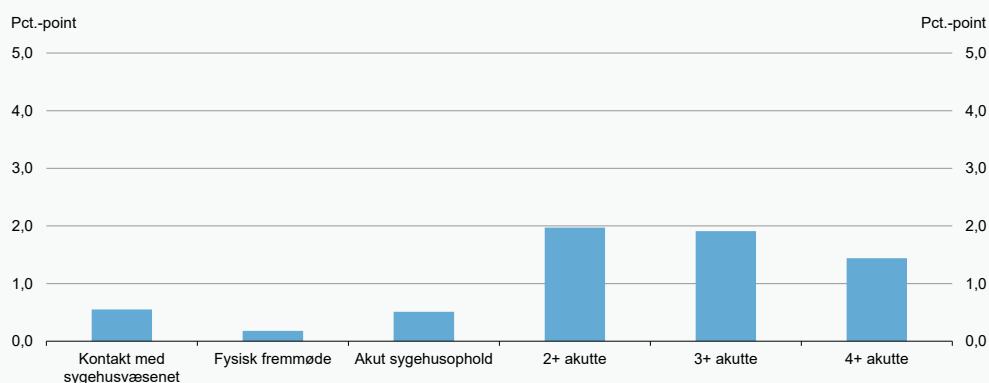
³⁰ "Forebyggelse af indlæggelser", Vinge, S. et al., DSI (2011)

³¹ "Sundheds- og Ældreøkonomisk analyse - Kontaktmønstre på tværs af sektorer blandt befolkningen, kronikere og ældre medicinske patienter", Sundheds- og Ældreministeriet (2018)

ikke kun blandt ældre i den allersidste del af livet, vi ser flere med (akut) sygehuskontakt. Tendensen er dog mere markant blandt ældre i det sidste leveår – især når vi ser på andelen, der har mange akutte sygehusophold.

Figur 5.2

Udviklingen i andelen af 80+ årige i kontakt med sygehusvæsenet i det sidste leveår opgjort for udvalgte kontakttyper fra 2015-2017 til 2022-2024, køns- og aldersstandardiseret



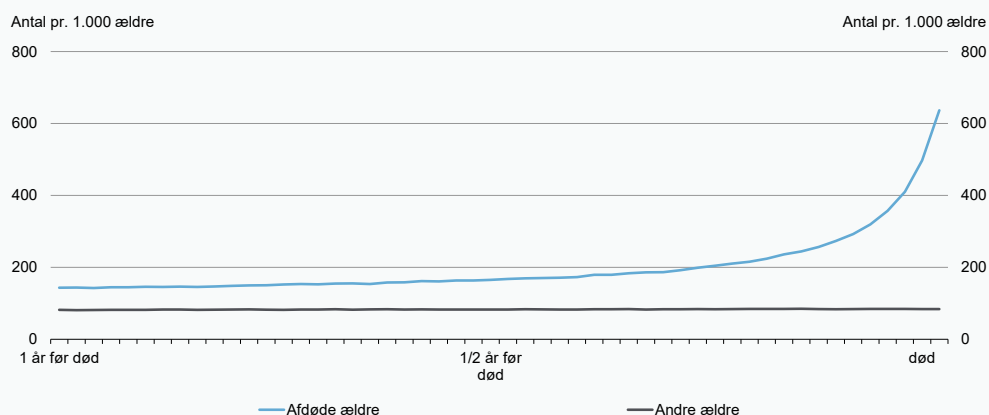
Anm.: Udviklingen fra 2015-2017 til 2022-2024 er baseret på køns- og aldersstandardiserede opgørelser, hvor der er taget udgangspunkt i populationsfordelingen i 2022-2024.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Udviklingen i kontakten til sygehuset over det sidste leveår

Ser vi på udviklingen i det ugentlige antal kontakter med sygehuset over det sidste leveår, er det ikke bare næsten dobbelt så højt et år før død som blandt andre ældre, det er også kraftigt stigende i den allersidste del af livet, jf. figur 5.3. Et år før død er der ugentligt omkring 140 kontakter med sygehuset pr. 1.000 ældre. Dette antal mere end 4-dobles fra ét år før død til den sidste leveuge. Meget af stigningen sker i den allersidste tid: Fra ugen to måneder før død til den sidste leveuge sker der næsten en 3-dobling af antallet af kontakter. Blandt andre ældre ser vi kun en meget svag stigning i det ugentlige antal kontakter i takt med, at gruppen bliver ældre.

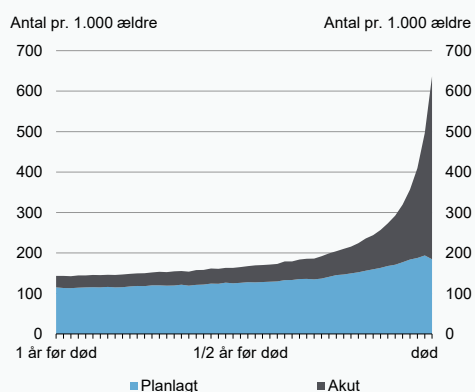
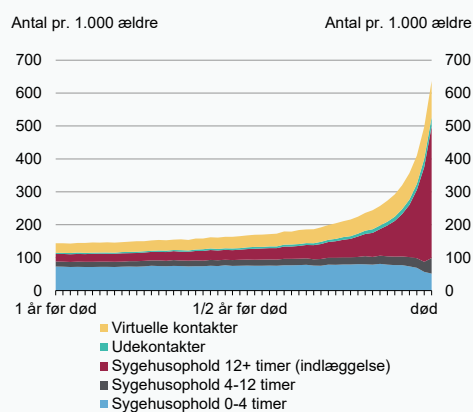
³² En baggrundsanalyse viser, at der også er flere af de ældre, der ikke er i deres sidste leveår, der er i kontakt med sygehuset – også når vi tager højde for ændringer i alders- og kønssammensætningen over tid,

Figur 5.3**Antallet af ugentlige kontakter med sygehuset pr. 1.000 80+ årige i det sidste leveår, 2022-2024**

Anm.: Kurverne viser antallet af kontakter der er i gang i en given uge. Det betyder, at kontakter der forekommer i flere uger (særligt indlæggelser) går igen i alle de uger, de ældre har kontakten. Den sorte kurve viser det køns- og aldersstandardiserede antal ugentlige kontakter pr. 1.000 ældre for de øvrige ældre (80+ årige der ikke er i deres sidste leveår) genereret ud fra en tilfældig dato i stedet for "død".

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Ikke bare stiger antallet af kontakter over det sidste leveår, men også kontaktsammensætningen ændrer sig. I begyndelsen af det sidste leveår er det i høj grad den planlagte aktivitet, der fylder i kontakten til sygehuset – kun hver femte kontakt er akut i denne periode, jf. figur 5.4. I den sidste leveuge det næsten 3 ud af 4 kontakter (71 pct.), der er akutte.

Figur 5.4**Antallet af ugentlige kontakter med sygehuset pr. 1.000 80+ årige i det sidste leveår – opgjort for akut/planlagt kontakt, 2022-2024****Figur 5.5****Antallet af ugentlige kontakter med sygehuset pr. 1.000 80+ årige i det sidste leveår – opgjort på kontakttyper, 2022-2024**

Anm.: Kurverne viser antallet af kontakter der er i gang i en given uge. Det betyder, at kontakter der forekommer i flere uger (særligt indlæggelser) går igen i alle de uger, kontakten "er i gang".

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

I takt med at vi ser mere og mere akut aktivitet, ser vi også en stigning i antallet af indlæggelser henover det sidste leveår, jf. figur 5.5. For hele perioden gælder det da også, at størstedelen af de akutte kontakter udgøres af indlæggelser (over hele året er andelen omkring 71 pct.) .

Størstedelen af de planlagte kontakter består i starten af perioden i høj grad af korte ambulante besøg af under 4 timers varighed, som ofte planlægges i forbindelse med strukturerede behandlingsforløb af kendt sygdom. De lidt længere sygehusophold (4-12 timer), udekontakter og virtuelle kontakter udgør over tid en større og større andel frem mod den allersidste leveage, hvor næsten halvdelen af de planlagte kontakter er virtuelle, og hver fjerde kontakt er en udekontakt, mens kun omkring hver 10. planlagte kontakt er et kort ambulant besøg af under 4 timers varighed.

Det betyder altså, at den planlagte kontakt går fra i høj grad at foregå ved, at den ældre møder op på sygehuset til mere og mere at være indsatser, der foregår udenfor sygehuset eller virtuelt. Det kan skyldes, at i takt med at flere og flere ældre går fra kurative (helbredende) til palliative indsatser flyttes den planlagte behandling til i højere grad til fx at foregå i den ældres hjem eller virtuelt fx som dialog om behandlingsforløbet med hjemmesygeplejen eller den praktiserende læge.

Vi ser mere på, hvilke diagnoser og undersøgelser der fylder i den sidste tid i kapitel 6.

Et kig på kontaktmønstret i det sidste leveår for udvalgte dødsårsager

I denne del ser vi på udviklingen i sygehuskontakten over det sidste leveår på tværs af de hyppigste dødsårsager blandt 80+ årige. Det er vigtigt her at understrege, at opgørelserne baserer sig på indsatsbilledet i 2022 alene. 2022 var et "usædvanligt" år i den forstand, at samfundet og sundhedsvæsenet fortsat var påvirket af COVID-19. Resultaterne skal læses i denne sammenhæng.

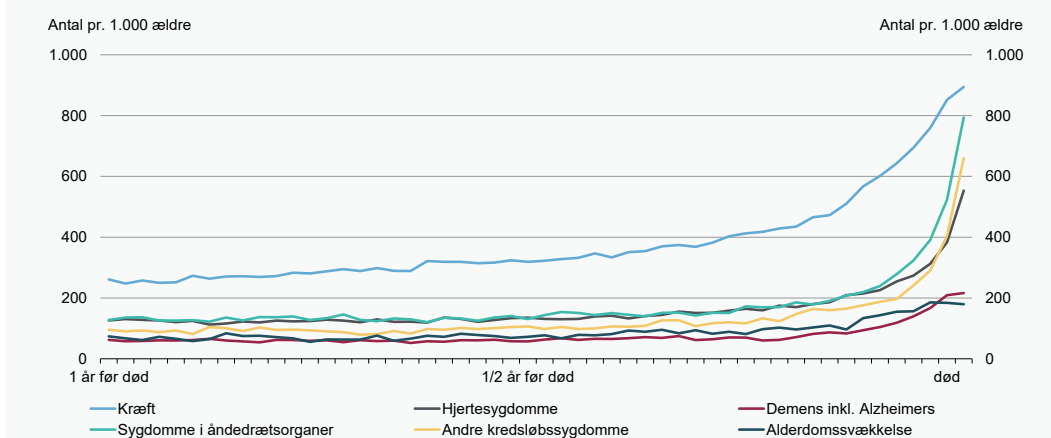
Helt overordnet genfinder vi den samme tendens i kontaktmønstret i det sidste leveår på tværs af dødsårsager, som vi så for gruppen generelt: Et stigende antal kontakter på sygehuset henover det sidste leveår med den største stigning i den allersidste tid, jf. figur 5.6.

Der er dog visse forskelle. Ældre, der dør af kræft, har et højere antal af ugentlige kontakter over det sidste leveår sammenlignet med ældre, der dør af andre dødsårsager. Også i den allersidste tid er antallet af kontakter højere for ældre, der dør af kræft: Antallet af kontakter i den sidste leveage blandt ældre, der dør af kræft, er 40 pct. højere end blandt alle ældre i den sidste leveage, jf. figur 5.6.

Blandt ældre der dør af kræft er det omkring hver anden kontakt i det sidste leveår, der er planlagt, mens det for de andre dødsårsager kun er omkring hver fjerde eller hver tredje. En del af forklaringen bag det høje antal kontakter for ældre der dør af kræft, skyldes altså til dels mere planlagt behandling, men vi ser også at denne gruppe har et stort antal akutte kontakter sammenlignet med billedet generelt. Den hyppigere forekomst af planlagt behandling for denne gruppe kan altså ikke alene forklare det højere niveau af kontakter blandt kræftramte.

Figur 5.6

Antallet af ugentlige kontakter med sygehuset pr. 1.000 80+ årige i det sidste leveår – opgjort for de seks hyppigste dødsårsager blandt 80+ årige, 2022



Anm.: Kurverne viser antallet af kontakter der er i gang i en given uge. Det betyder, at kontakter der forekommer i flere uger (særligt indlæggelser) går igen i alle de uger, de ældre har kontakten. Opgørelserne for dødsårsager er foretaget på data for 2022, da der ikke var oplysninger tilgængelige omkring dødsårsager for 2023 og 2024 på opgørelsestidspunktet.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Omvendt er kontakten med sygehuset meget mindre for ældre der dør af demens inkl. Alzheimers og alderdomssvækkelse, og selvom vi ser en stigning i antallet af kontakter i den allersidste tid, er den ikke lige så voldsom som for andre dødsårsager. Det indikerer altså, at indsatser i den allersidste tid i forhold til disse grupper i mindre grad finder sted i sygehusregi, end for ældre der dør af kræft eller andre dødsårsager som hjertesygdomme og sygdomme i åndedrætsorganer.

Kort om det gennemsnitlige billede af kontakten med sygehuset i det sidste leveår

I figur 5.3-5.5 så vi, hvordan antallet af kontakter udvikler sig i det sidste leveår – både for den akutte/planlagte kontakt, samt opgjort på kontaktttype. Her ser vi på antallet af kontakter pr. ældre for hele det sidste leveår samlet og opgjort på kontaktttype, samt hvorvidt kontakterne var planlagte/akutte for at få et billede af den gennemsnitlige kontakt med sygehuset i det sidste leveår. Overordnet viser tabel 5.1 følgende billede af kontaktmønstret for den gennemsnitlige 80+ årige i det sidste leveår:

- Den ældre har i gennemsnit godt 9 kontakter i sygehusregi i det sidste leveår. 6,6 af disse er med fysisk fremmøde på sygehuset (sygehusophold), mens 2,6 er uden fysisk fremmøde (udekontakt og virtuel kontakt).
- I gennemsnit har den ældre 2,2 akutte sygehusophold i det sidste leveår og langt de fleste af disse er indlæggelser (71 pct.). Det betyder, at selvom der generelt er flere planlagte end akutte sygehusophold i det sidste leveår, så er den akutte kontakt af meget længere varighed end den planlagte – en baggrundsanalyse viser, at de planlagte sygehusophold i gennemsnit varer godt 7 timer, mens de akutte sygehusophold varer knap 4,5 døgn.
- I gennemsnit er der 2,3 virtuelle kontakter i det sidste leveår, mens der er knap en halv udekontakt – langt størstedelen af kontakten udenfor sygehuset er planlagt, og som vi så i figur 5.5 benyttes disse kontaktformer især i den allersidste del af livet. Det kan evt. være

fordi, man for flere af de ældre er klar over, at der er tale om den allersidste tid, og man derfor gerne vil imødekomme et ønske om at dø hjemme.

Tabel 5.1

Den gennemsnitlige sygehusaktivitet for en 80+ årig i det sidste leveår (2022-2024)

	Antal sygehusophold				Antal kontakter uden fysisk fremmøde			I alt
	0-4 timer	4-12 timer	12+ timer (indlæggelse)	I alt	Ude-kontakt	Virtuel kontakt	I alt	
Planlagt kontakt	3,6	0,6	0,1	4,4	0,4	1,9	2,2	6,5
Akut kontakt	0,2	0,4	1,6	2,2	<0,1	0,4	0,4	2,6
<i>I alt</i>	3,9	1,0	1,7	6,6	0,4	2,3	2,6	9,2

Anm.: I tabellen er tallene afrundet, hvilket betyder, at der kan være mindre forskelle mellem værdien i "i alt"-kolonner og -rækker, og summen af de afrundede værdier i de enkelte felter.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Akutte sygehusophold i det sidste leveår

Ovenfor har vi set på den samlede kontakt med sygehuset i det sidste leveår. I denne del sætter vi alene fokus på de akutte sygehusophold. Som beskrevet tidligere bør akut sygehusaktivitet så vidt muligt forsøges forebygget og begrænset – også i det sidste leveår. Det kan som nævnt være nødvendigt med akut diagnosticering og behandling på sygehuset, men en del af den akutte sygehusaktivitet i ældres sidste tid kan også skyldes manglende alternativer i primærsektoren og behov for en mere målrettet palliativ indsats i den ældres sidste tid³³.

I tabel 5.1 så vi, at den ældre i gennemsnit har 2,2 akutte sygehusophold i det sidste leveår (svarende til 2.189 akutte sygehusophold pr. 1.000 ældre). Det varierer *på tværs* af køn, aldersgrupper og dødsårsager, hvor meget aktivitet de ældre har på sygehuset i det sidste leveår, men også *indenfor* de enkelte dødsårsager, aldersgrupper og køn ser vi meget forskellige behandlingsforløb, når det kommer til den akutte kontakt på sygehuset.

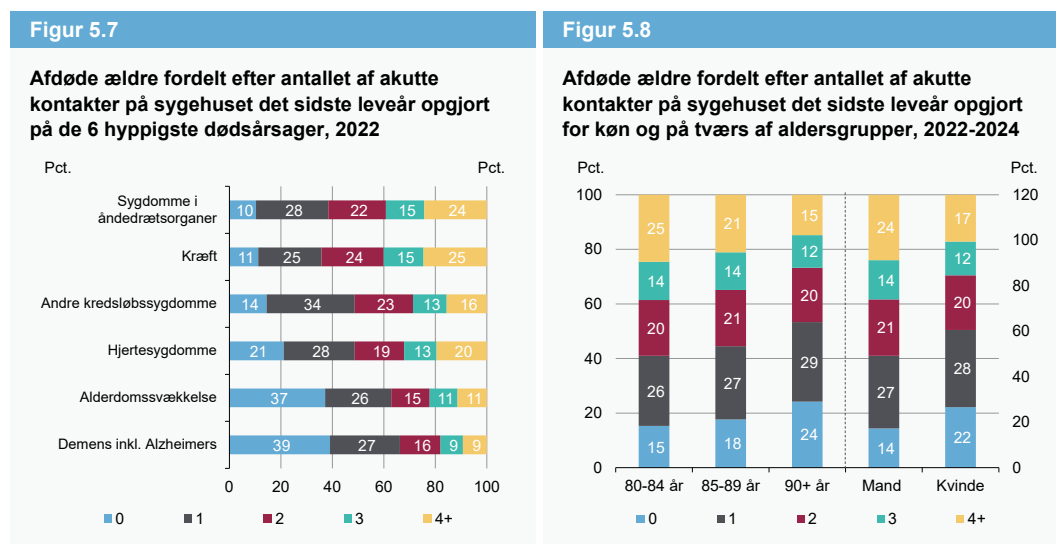
Hvis vi starter med at se på variationen *indenfor* den enkelte dødsårsag, køn og aldersgruppe, så gælder det, at der for hver dødsårsag, køn og aldersgruppe både er ældre, der har et sidste leveår uden akutte sygehusophold, og ældre der har et sidste leveår præget af mange akutte sygehusophold, jf. figur 5.7 og 5.8. Fx har 21 pct. af ældre, der dør af hjertesygdomme, ingen akutte sygehusophold i det sidste leveår, mens 20 pct. har 4 eller flere akutte sygehusophold.

Det betyder altså, at der er en del variation indenfor det enkelte segment i forhold til, hvordan det sidste leveår forløber, og hvorvidt det er præget af tilbagevendende akutte sygehusophold eller ej.

Ser vi derefter på variationen mellem de forskellige dødsårsager, aldersgrupper og køn, så er der dog også nogle tendenser, der er værd at lægge mærke til. Eksempelvis ser vi, at blandt ældre der dør af kræft og sygdomme i åndedrætsorganer er der relativt mange, der har et sidste leveår præget af, at de ældre ofte kommer akut på sygehuset. Fx er det hver fjerde ældre, der dør af kræft eller sygdomme i åndedrætsorganer, der har 4 eller flere akutte sygehusophold i det sidste leveår, jf. figur 5.7.

³³ "Forskere opfordrer til mere viden og tid til palliation i almen praksis", medicinsktidsskrift.dk (2024)

Omvendt er det blandt ældre, der dør af demens inkl. Alzheimers og alderdomssvækkelse, kun omkring hver 10., der har 4 eller flere akutte sygehusophold i det sidste leveår. Det kan give god mening, at vi finder variation på tværs af dødsårsager, da forskellige sygdomme kræver forskellige behandlingsforløb.



Tilsvarende ser vi også en klar tendens til, at der blandt de yngste aldersgrupper og mænd er en større andel, der ofte kommer akut på sygehuset i det sidste leveår, end der er blandt ældre, der er 90+ år primo dødsåret, og kvinder, jf. figur 5.8. Disse forskelle skal også ses i lyset af, at det er meget forskelligt på tværs af aldersgrupper, hvad de ældre dør af. Fx dør de yngste ældre (80-84 år) langt oftere af kræft end de ældste ældre (90+ år)³⁴.

Når vi i det næste afsnit ser på variationen i antallet af akutte sygehusophold i det sidste leveår på tværs af landet, har vi derfor også valgt at alders- og kønsstandardisere resultaterne, således at det ikke er forskelle i populationssammensætningen i forhold til køn og alder, der ligger til grund for forskellene på tværs af landet³⁵.

5.1 Variation på tværs af landet

På tværs af landet er der betydelige forskelle i, hvor meget de ældre er ind og ud af sygehuset i det sidste leveår. I denne del viser vi på regions- og sundhedsrådsniveau, hvor meget kontakten med sygehuset varierer på tværs af landet i det sidste leveår. Vores hovedfokus i denne del er variationen i antallet af akutte sygehusophold blandt ældre i det sidste leveår på tværs af landet. Vi kommer dog også til at se kort på udviklingen i kontakten med sygehuset generelt over det sidste

³⁴ "Dødsfald blandt ældre – hvor mange ældre ender med at dø på sygehuset?", Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarkingenhed (2024)

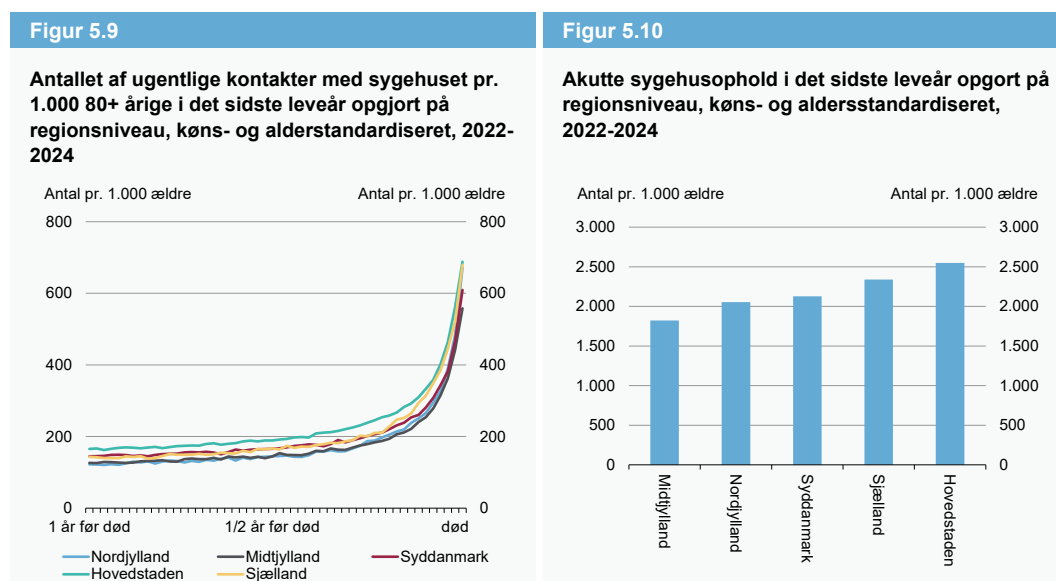
³⁵ Vi har valgt ikke at standardisere resultaterne i forhold til dødsårsager og kun bruge dødsårsagerne i opgørelser på landsplan, da der ikke findes tilgængeligt dødsårsagsdata tilgængeligt for 2023 og 2024. Det betyder, dels kan være problemer med antallet af observationer på dødsårsagsniveau indenfor den enkelte kommune og det enkelte sundhedsrå. Dels kan der være usikkerhed omkring registreringen af dødsårsager, det ikke kan udelukkes varierer på tværs af landet (se fx "Coding ill-defined and unknown cause of death is 13 times more frequent in Denmark than in Finland", Seija Ylijoki-Sørensen et al., Forensic Science International (2014) og "Potential misclassification of causes of death from COPD", H. H. Jensen et al., European Respiratory Journal (2006)). Endelig er 2022 i særligt år i den forstand, at det er i slutningen af den periode, hvor sygdomsmønstre og sundhedsvæsenet var særligt præget af COVID19, hvilket er endnu en årsag til at fortolke resultaterne med varsomhed.

leveår på regionsniveau, samt variationen i kontakten med sygehuset opgjort på kontaktttype-niveau på tværs af de 17 sundhedsråd.

Når vi ser på udviklingen i ældres kontakt til sygehuset henover det sidste leveår, ser vi det samme mønster på tværs af de fem regioner, som vi ser på landsplan: Over hele perioden er der en stigning i antallet af ugentlige kontakter med sygehuset, men især i de sidste to levemåneder sker der store stigninger i antallet af kontakter, jf. figur 5.9.

Der er dog også variation på tværs af regionerne i forhold til, hvor meget den ældre er i kontakt med sygehuset over det sidste leveår. I ugen et år før død er antallet af kontakter i Region Hovedstaden 35 pct. højere end i Region Nordjylland og Region Midtjylland, hvor de ældre er mindst i kontakt med sygehuset (den procentvise forskel imellem Hovedstadens kurve og Midtjyllands og Nordjyllands kurver ved værdien "1 år før død" i figur 5.9).

Gennem hele perioden har de ældre i Region Hovedstaden mere kontakt med sygehuset end i de andre regioner. I de sidste måneder ser vi dog nogle større stigninger i aktiviteten i de andre regioner end i Region Hovedstaden, og i den sidste leveuge er forskellen mellem sygehusaktiviteten i Region Hovedstaden og Region Nordjylland og Region Midtjylland reduceret, så der er henholdsvis 3 pct. og 23 pct. mere aktivitet i Region Hovedstaden end i de to andre regioner³⁶ (den procentvise forskel imellem Hovedstadens kurve henholdsvis Nordjyllands og Midtjyllands kurve ved værdien "død" i figur 5.9).



Anm.: Kurverne i figur 5.9 viser antallet af kontakter der er i gang i en given uge. Det betyder, at kontakter der forekommer i flere uger (særligt indlæggelser) går igen i alle de uger, de ældre har kontakten.
Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Der er en klar tendens til, at ældre i Østdanmark (Hovedstaden og Sjælland) oftere er akut ind og ud af sygehuset i det sidste leveår end ældre i Vestdanmark (Nordjylland, Midtjylland og

³⁶ 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 frygte, at det højere kontaktniveau i Region Hovedstaden kan tilskrives denne forskel i organiseringen på tværs af regionerne. Men selv når vi kun ser på planlagt aktivitet, ser vi også denne tendens til, at de ældre i Region Hovedstaden generelt har flere ugentlige kontakter end i de andre regioner, hvilket indikerer, at forskellene i hvet fald ikke alene skyldes forskelle i organiseringen af vagtlægeordning/1813 på tværs af regionerne.

Syddanmark), jf. figur 5.10. Forskellene mellem regionerne er betragtelige: Antallet af akutte sygehusophold i det sidste leveår er 40 pct. højere i Region Hovedstaden end i Region Midtjylland, hvor de ældre har mindst akut kontakt på sygehuset i det sidste leveår³⁷.

På sundhedsrådsniveau er øst-vest-mønstret også tydeligt: Ældre i sundhedsrådene i Region Hovedstaden er oftere akut på sygehuset i det sidste leveår, og dernæst kommer ældre i sundhedsrådene i Region Sjælland, mens ældre i sundhedsrådene i Region Midtjylland har færrest akutte sygehusophold i det sidste leveår, jf. figur 5.11³⁸. I sundhedsrådet, hvor de ældre har flest akutte sygehusophold i det sidste leveår, har de ældre 53 pct. flere akutte sygehusophold end i sundhedsrådet, hvor de ældre har færrest.

Selvom vi har valgt alene, at alders- og kønsstandardiserede resultaterne, betyder det ikke, at socioøkonomi ikke betyder noget i forhold til det generelle billede. Fx så finder vi, at en enlig mand på 80-84 år med alvorlig sygdom og ingen eller mindre formue i gennemsnit har 2,8 akutte sygehusophold i det sidste leveår, mens en kvinde på 85+ år uden alvorlig sygdom og en relativ stor formue har 1,9 akutte sygehusophold i det sidste leveår.

Indenfor de forskellige segmenter er der dog stor forskel på tværs af landet i forhold til, hvor mange akutte sygehusophold de ældre har, og der er generelt stor sammenhæng mellem det geografiske billede for alle ældre i det sidste leveår og billedet indenfor segmenterne. Ser vi igen på de samme to segmenter, så er det gennemsnitlige antal akutte sygehusophold for den socioøkonomisk udfordrede 80-84-årige mand med dårligt helbred 3,3 i sundhedsrådet, hvor de ældre generelt har mange akutte sygehusophold i det sidste leveår og 2,4 i sundhedsrådet, hvor de har færrest. Ser vi på den 85+-årige kvinde med god socioøkonomi og godt helbred, så er det gennemsnitlige antal akutte sygehusophold i det sidste leveår 2,2 i sundhedsrådet, hvor antallet af akutte sygehusophold i det sidste leveår for alle ældre er størst, og 1,4 i sundhedsrådet, hvor det er lavest. Det ser altså ikke ud til at være forskelle i den socioøkonomiske sammensætning, der kan forklare forskellene på tværs af landet.

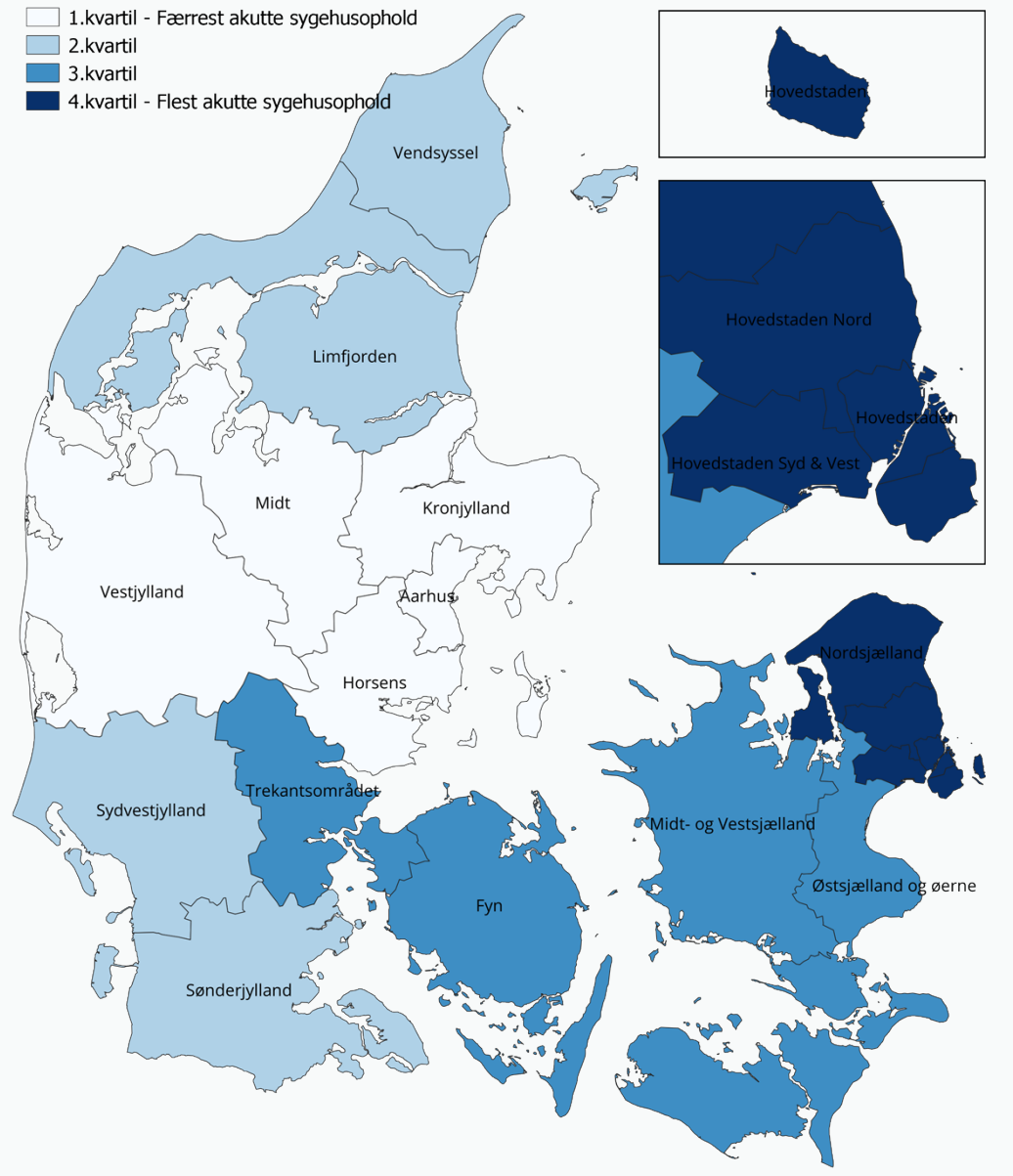
³⁷ I Region Hovedstaden er der ingen vagtlægeordning, men derimod 1813 i hospitalsregi, og derfor kan en potentiel forklaring på det højere antal akutte sygehusophold i Region Hovedstaden tilskrives forskelle i organisering. Vi ser dog samme mønster, når vi kun ser på akutte indlæggelser – antallet af akutte indlæggelser pr. 1.000 ældre i det sidste leveår er også højere i Region Hovedstaden end i de andre regioner, og derfor vurderes det høje antal akutte sygehusophold ikke udelukkende at kunne tilskrives organiseringsforskelle.

³⁸ På sundhedsrådsniveau ser vi også en stor sammenhæng mellem resultaterne baseret på alle akutte sygehusophold i det sidste leveår og resultaterne, når vi alene ser på akutte indlæggelser. Korrelationen mellem de to resultater er 0,94*** (P <0,01). Det betyder, at det ikke ser ud til, at være Region Hovedstadens 1813-ordning, der ligger til grund for, at ældre i Region Hovedstaden har mange akutte sygehusophold i det sidste leveår sammenlignet med ældre i Vestdanmark.

Figur 5.11

Akutte sygehusophold pr. 1.000 ældre i det sidste leveår opgjort for sundhedsrådene, køns- og aldersstandardiseret, 2022-2024

- 1.kvartil - Færrest akutte sygehusophold
- 2.kvartil
- 3.kvartil
- 4.kvartil - Flest akutte sygehusophold



Anm.: 1.kvartil viser den fjerdedel af sundhedsrådene, hvor der er færrest akutte sygehusophold pr. 1.000 ældre i det sidste leveår.

4.kvartil viser den fjerdedel af sundhedsrådene, hvor der er flest akutte sygehusophold pr. 1.000 ældre i det sidste leveår.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

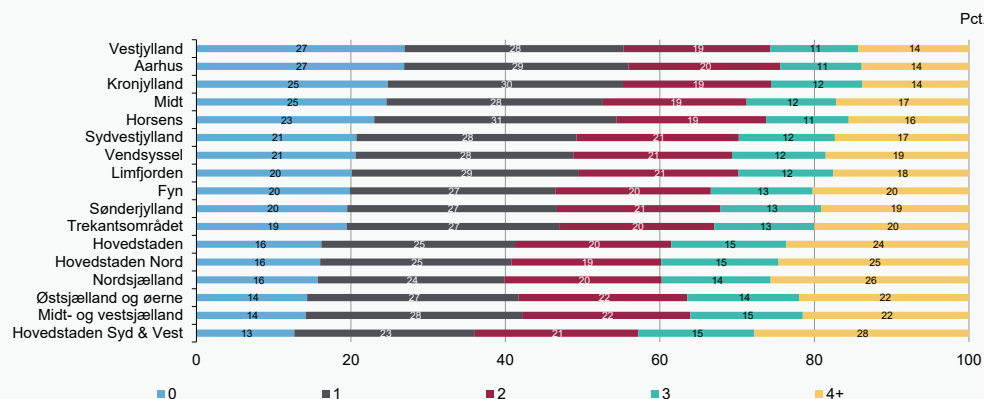
En anden måde at opgøre de ældres forløb i det sidste leveår er at se på, hvor stor en andel af de ældre, der har ingen henholdsvis gentagne akutte sygehusophold. På denne måde får vi en fornemmelse af, hvor mange ældre der har et sidste år præget af gentagne akutte sygehusophold på tværs af landet.

I sundhedsrådene Vestjylland, Aarhus og Kronjylland er det fx 14 pct. af de ældre, der har 4+ akutte sygehusophold i det sidste leveår, mens andelen er dobbelt så høj i Hovedstaden Syd og Vest (28 pct.), jf. figur 5.12. Omvendt er det 27 pct. af de ældre i Vestjylland og Aarhus, der ikke har

et eneste akut sygehusophold i det sidste leveår, mens det kun gælder 13 pct. i Hovedstaden Syd & Vest. Konsekvensen af dette er, at der er betydelige forskelle i, hvor stor risikoen er for at have et sidste leveår med gentagne akutte sygehusophold på tværs af landet, og det er særligt i Østdanmark, at vi relativt ofte ser forløb med hyppige akutte sygehusophold³⁹.

Figur 5.12

Afdøde ældre fordelt efter antallet af akutte sygehusophold i det sidste leveår opgjort for sundhedsrådene, alders- og kønsstandardiseret, 2022-2024



Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Der tegner sig et klart og konsistent mønster: I Østdanmark er ældres sidste levetid oftere præget af akutte sygehusophold sammenlignet med Vestdanmark. Ud over at gentagne overgange mellem hjem og hospital kan skabe uro og utryghed for den enkelte, rejser det også spørgsmål om, hvordan den specialiserede sygehuskapacitet anvendes bedst muligt. De markante forskelle i akutte sygehusforløb på tværs af landet peger på variation i praksis. Det kan være udtryk for, at der i nogle områder er lettere adgang til specialiseret behandling i sygehusregi end i andre dele af landet. Det kan dog også være udtryk for behov for øget opmærksomhed og dialog omkring, hvordan behandlingsforløb og indsatser tilrettelægges og koordineres bedst muligt for den ældre.

Et kig på variationen i kontakten med sygehuset i ældres sidste leveår på tværs af landet.

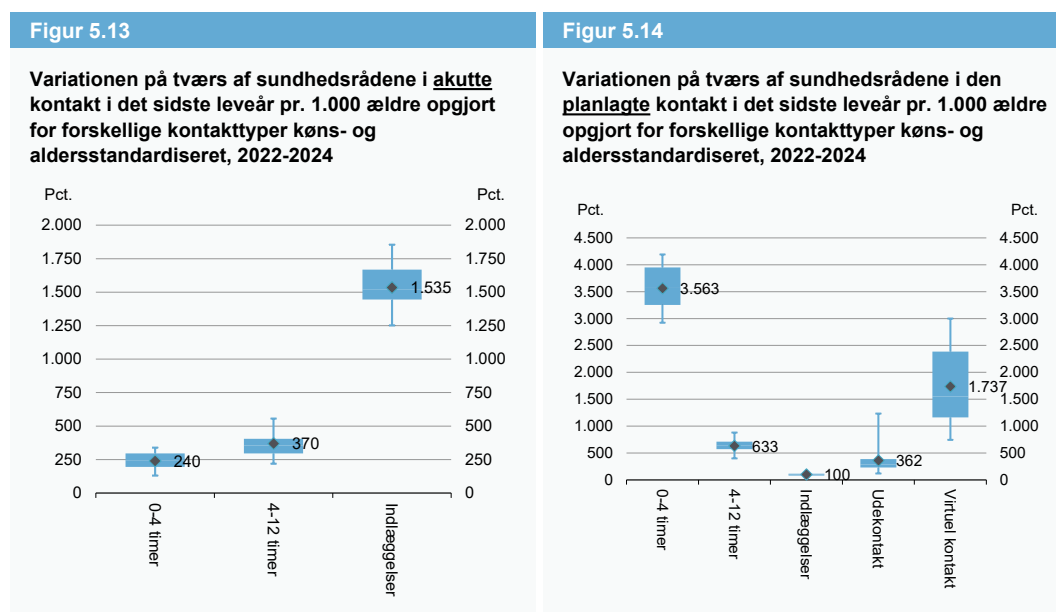
Vi har nu haft fokus specifikt på variationen i antallet af akutte sygehusophold i ældres sidste leveår – som er vores hovedfokus i analysen. I denne del ser vi mere generelt på kontakten til sygehuset i det sidste leveår og variationen på tværs af de nye sundhedsråd i, hvilken type af kontakt den ældre har med sygehuset. Det gør vi for at få en fornemmelse af ikke bare, hvor meget variation, der er i de akutte sygehusophold, men i kontakten generelt til sygehuset i den sidste tid.

Helt overordnet er det tydeligt, at der er betydelig variation i kontakten til sygehuset og dermed også i de ældres behandlingsforløb i det sidste leveår. Som vi så ovenfor er der stor variation i antallet af akutte sygehusophold. De akutte sygehusophold kan underopdeles i korte akutte besøg (0-4 timer), lidt længerevarende akutte besøg (4-12 timer) og akutte indlæggelser (12+ timer). Også indenfor de forskellige sygehusopholds-kategorier er der betydelig variation. Fx er der stor variation i antallet af akutte indlæggelser pr. 1.000 ældre i det sidste leveår – i sundhedsrådet, hvor de ældre

³⁹ I Region Hovedstaden er der ingen vagtlægeordning, men derimod 1813 i hospitalsregi, og derfor kan en potentiel forklaring på den større andel af ældre med mange akutte sygehusophold i det sidste leveår til dels skyldes aktiviteten i 1813-regi. Fokuserer vi udelukkende på indlæggelser – dvs. sygehusophold på 12 timer eller mere – så ser vi dog stadig en stor sammenhæng mellem andelen af ældre med 4+ akutte indlæggelser og andelen, når vi tager alle de akutte sygehusophold med, på sundhedsrådsniveau. Korrelationen er her 0,89 (P-værdi < 0,01).

har færrest akutte indlæggelser pr. 1.000 ældre, har de ældre næsten 50 pct. færre akutte indlæggelser end i sundhedsrådet, hvor de ældre har flest, jf. figur 5.13.

Også i den planlagte kontakt er der betydelige forskelle på tværs af landet – særligt i indsatserne uden fysisk fremmøde. Fokuserer vi på forekomsten af udekontakter, så har de ældre 10 gange så mange udekontakter i sundhedsrådet, hvor de ældre har flest udekontakter i det sidste leveår sammenlignet med sundhedsrådet, hvor der er færrest.



Anm.: Der er så få akutte udekontakter, at vi ikke har medtaget dem i denne opgørelse. De akutte virtuelle kontakter indgår heller ikke i denne opgørelse, da der er så stor variation på tværs af sundhedsrådene, at det er svært at afvise, at forskellene kan skyldes registreringsforskelle.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Opgørelserne tager udgangspunkt i de registreringer, der laves lokalt. Det kan ikke udelukkes, at nogle af de forskelle vi ser på tværs af landet skyldes forskellig registreringspraksis.

I bilagene kan du finde opgørelser af aktiviteten på sygehuset i ældres sidste leveår på regions-, sundhedsråds- og kommuneniveau.

Sammenhæng til socioøkonomi

I denne del af analysen ser vi på, om der er tendenser eller mønstre på kommuneniveau i forhold til ældres kontakter i sygehusregi i det sidste leveår og det socioøkonomiske udfordringsniveau i kommunen. Det, vi i bund og grund spørger om i denne del, er, om det ser ud til at være forskelle i socioøkonomi, der kan ligge bag de variationer, vi ser på tværs af landet.

Det skal dog indledningsvis understreges, at der ikke er tale om analyser af årsagssammenhænge, men udelukkende simple sammenhængsanalyser i forhold til, om der er mønstre i ældres sygehusaktivitet i det sidste leveår på kommuneniveau og de forskelle i socioøkonomi, vi ser på tværs af kommunerne.

Helt overordnet finder vi ingen eller kun mindre sammenhænge mellem socioøkonomi og aktivitetsmønstrene i sygehusregi (se resultaterne i Bilag 7: Metode).

I forhold til den planlagte aktivitet i sygehusregi, ser vi ingen tendens. Fokuserer vi på de akutte sygehusophold, kan der være en mindre tendens til, at ældre bosiddende i kommuner, der er mere socioøkonomisk udfordrede, har flere akutte sygehusophold i det sidste leveår end ældre i mindre i udfordrede kommuner. Der er dog tale om mindre sammenhænge. Således kan variationen i socioøkonomisk indeks alene forklare omkring 5 pct. af variationen i de akutte sygehusophold i ældres sidste tid på kommuneniveau, og selv for de akutte indlæggelser, hvor tendensen er stærkest, er det kun omkring 7 pct. af variationen på kommuneniveau, der kan forklares af forskelle i socioøkonomi (socioøkonomisk indeks) på tværs af kommunerne.

6 Sygehusaktivitet del 2: Diagnoser, undersøgelser og behandlinger i den sidste tid

I denne del af analysen går vi lidt dybere ned i sygehuskontakten i det sidste leveår og ser på, hvilke diagnoser, undersøgelser og behandlinger, de ældre får i den sidste tid, ligesom vi også her har fokus på, hvor mange ældre, der kommer akut på sygehuset med forebyggelige diagnoser som lungebetændelse, dehydrering, knoglebrud m.m.

Formålet med denne del er at blive klogere på, hvad det er for nogle specifikke indsatser og kontakter, den ældre har i sygehusregi i det sidste leveår, og hvor meget billedet varierer på tværs af landet. Sådanne opgørelser kan tjene som udgangspunkt for dialog fx i regi af de nye sundhedsråd, om i hvor høj grad de akutte sygehusophold kan forebygges, og om hvorvidt behandlings- og plejealternativerne i primærsektoren er tilstrækkelige.

Her kan det være særligt relevant at understrege, at opgørelserne er lavet med udgangspunkt i viden (dødstidspunkt m.m.), som man ikke står med i kommune, almen praksis og på sygehuset, når man har foretaget indsats- og behandlingsvalg. Opgørelserne er dog stadig relevante, især på et aggregeret niveau og for et relativt højt antal individer, så de geografiske variationer må antages at afspejle nogle generelle forskelle i praksis.

3 CENTRALE KONKLUSIONER FRA KAPITLET

- Der er 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 (fx er *Observation pga. mistanke om sygdom eller tilstand UNS* den næsthyppest diagnose), end den planlagte kontakt. I den sidste levemåned er *Kontakt mhp. palliativ behandling* den næsthyppest 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 hyppigste diagnose på udekontakter og de virtuelle kontakter, som forekommer hyppigere og hyppigere i de sidste uger.
- Der er 470 såkaldt forebyggelige sygehusophold pr. 1.000 ældre i det sidste leveår⁴⁰ – knap 40 pct. af dem finder sted i den sidste levemåned. Disse diagnoser er udover ofte at være forebyggelige også diagnoser, hvor man i den allersidste tid, kan overveje, hvorvidt det er hensigtsmæssigt, at den ældre, der ikke ønsker at tilbringe den sidste tid på sygehuset, bliver indlagt. Eller om det i virkeligheden er bedre, at den ældre modtager den nødvendige behandling og pleje i regi af primærsektoren. På tværs af landet er der stor variation i omfanget af forebyggelige sygehusophold blandt ældre i det sidste leveår. Fx har ældre i sundhedsrådet med flest forebyggelige ophold i den sidste tid 73 pct. flere end i sundhedsrådet, hvor de ældre har færrest.
- I den sidste leveuge bliver 21 pct. af de ældre røntgenundersøgt, mens 13 pct. bliver CT-skannet (begge radiologiske undersøgelser). I takt med at den kurative (helbredende)

⁴⁰ De forebyggelige sygehusophold er akutte ophold af mere end 4 timers varighed med en forebyggelig diagnose indenfor de første 48 timer af opholdet. De forebyggelige sygehusophold er altså en delmængde af alle de akutte sygehusophold.

behandling aftager, og fokus i højere og højere grad retter sig imod palliative indsatser, er det relevant at forholde sig til det nuværende niveau af radiologiske undersøgelser⁴¹. Igen ser vi en del variation på tværs af landet. I Region Midtjylland, hvor andelen er lavest, er det omkring 24 pct. af de ældre der får en radiologisk undersøgelse i den sidste leveage, mens andelen er 31 pct. i Region Hovedstaden. Variationen er endnu højere på tværs af sundhedsrådene.

I det følgende ser vi på, hvilke diagnoser kontakten med sygehuset bærer præg af i den sidste del af ældres liv, og om der er forskel på, hvad den akutte heholdsvis den planlagte kontakt handler som, samt hvilke tilstande der ofte behandles uden fysisk fremmøde på sygehuset (udekontakt og virtuel kontakt).

De hyppigste diagnoser på de akutte sygehusophold er diagnoser som *Kontakt mhp. radiologisk undersøgelse*, *Observation pga. mistanke om sygdom* og *Pneumoni UNS (uspecificeret lungebetændelse)*. Det afspejler, at de hyppigste akutte sygehusophold i den sidste tid er præget af udredning og usikre diagnoser, snarere end målrettet behandling af kendt sygdom. Når vi ser på den sidste levemåned er mere end hver 10. akutte sygehusophold med uspecificeret lungebetændelse, jf. tabel 6.1.

Selvom den hyppigste diagnose på de planlagte sygehusophold i det sidste leveår også er *kontakt mhp. radiologisk undersøgelse*, jf. tabel 6.1, så handler de øvrige diagnoser om alvorlige sygdomme som kræft og kronisk nyreinsufficiens. Denne – helt overordnede – opgørelse efterlader indtryk af, at de planlagte sygehusophold – udover de radiologiske undersøgelseskontakter – i højere grad handler om behandling og udredning af specifikke, alvorlige tilstande end de akutte.

I den sidste levemåned er den næsthyppigste diagnose på de planlagte sygehusophold *Kontakt mhp. palliativ behandling*. Det afspejler, at der overordnet ses en ændring mod en mere palliativ tilgang i den allersidste del af livet. Denne tendens bekræftes af, at næsten hver tredje udekontakt – som særligt forekommer i den allersidste tid, jf. figur 5.5 – er med diagnosen *Kontakt mhp. palliativ behandling*. Denne diagnose er også den hyppigste i den virtuelle kontakt, der også forekommer hyppigst i den allersidste tid. I kapitel 8 ser vi nærmere på palliative indsatser i ældres sidste leveår.

Afslutningsvis er det også værd at bemærke, at den næsthyppigste diagnose i den akutte virtuelle kontakt er *Rådgivning UNS*, jf. tabel 6.1. Hvilket kan være en indikation på, at den akutte virtuelle kontakt bruges til at hjælpe fx primærsektoren i plejen og behandlingen af den ældre i den sidste tid.

⁴¹ Det er en samlet betegnelse for røntgenundersøgelser, angiografier, ultralydsundersøgelser, samt CT- og MR-skanninger.

Tabel 6.1

De hyppigste diagnoser opgjort for forskellige kontakttyper ved ældres sygehuskontakt, 2022-2024

	Akut sygehusophold (sidste år)	Akut sygehusophold (sidste måned)	Planlagt sygehusophold (sidste år)	Planlagt sygehusophold (sidste måned)	Akut virtuel kontakt (sidste år)	Planlagt virtuel kontakt (sidste år)	Planlagt udekontakt (sidste år)
Hyppigste diagnose	Kontakt mhp. Radiologisk undersøgelse (8,8 %)	Pneumoni UNS (lungebetændelse) (10,3 %)	Kontakt mhp. Radiologisk undersøgelse (17,5 %)	Kontakt mhp. Radiologisk undersøgelse (18,1 %)	Kontakt mhp. palliativ behandling (7,6 %)	Kontakt mhp. palliativ behandling (15,9 %)	Kontakt mhp. palliativ behandling (29,9 %)
Næsthypigste diagnose	Observation pga. mistanke om sygdom eller tilstand UNS (8,2 %)	Observation pga. mistanke om sygdom eller tilstand UNS (8,5 %)	Observation pga. mistanke om kræft (4,2 %)	Kontakt mhp. palliativ behandling (6,4 %)	Rådgivning UNS (3,8 %)	Observation pga. mistanke om kræft (3,3 %)	Demens ved Alzheimers sygdom ved sen debut (5,3 %)
3. hyppigste diagnose	Pneumoni UNS (lungebetændelse) (7,6 %)	Kontakt mhp. Radiologisk undersøgelse (8,0 %)	Degeneration af makula og posterior pol af nethinden (4,1 %)	Observation pga. mistanke om kræft (5,3 %)	Observation pga. mistanke om kræft (3,4 %)	Prostatakræft (3,2 %)	Kronisk obstruktiv lungesygdom UNS (4,0 %)
4. hyppigste diagnose	Dyspnø (åndenød) (6,1 %)	Dyspnø (åndenød) (6,4 %)	Kronisk nyreinsufficiens UNS (3,8 %)	Kronisk nyreinsufficiens terminal stadie 5 (3,3 %)	Kræft i lunge UNS (3,2 %)	Kræft i lunge UNS (2,1 %)	Pneumoni UNS (2,9 %)
5. hyppigste diagnose	Bakteriel infektion (3,5 %)	Bakteriel infektion (4,1 %)	Kronisk nyreinsufficiens terminal stadie 5 (3,4 %)	Kronisk nyreinsufficiens UNS (3,3 %)	Prostatakræft (2,5 %)	Brystkræft UNS (1,8 %)	Demens UNS (2,6 %)

Anm.: Opgørelsen tager udgangspunkt i de registrerede aktionsdiagnoser.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

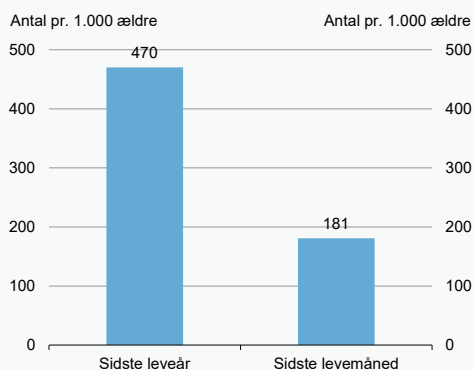
Forekomsten af forebyggelige sygehusophold i ældres sidste leveår

Som vi så ovenfor så, er lungebetændelse en hyppig diagnose ved de akutte sygehusophold i den sidste tid. Den er en del af en gruppe af diagnoser, der er særligt interessante i forhold til ældre i et forebyggelsesperspektiv. Dvs. det er en gruppe af diagnoser, hvor det er vurderingen, at man ofte kan forebygge opholdene på sygehuset ved rettidig opsporing og behandling i primærsektoren. Det er dog også en diagnosegruppe, som vi i en tidligere analyse har haft særligt fokus på, i forhold til om det er hensigtsmæssigt for den ældre i den allersidste del af livet at blive indlagt med en sådan diagnose⁴². I denne del af analysen ser vi på, hvor mange akutte forebyggelige sygehusophold, der er med denne type af diagnoser. I det sidste leveår er der 470 akutte forebyggelige sygehusophold pr. 1.000 ældre, jf. figur 6.1. Det svarer til, at godt hver femte akutte sygehusophold i det sidste leveår er med en forebyggelig diagnose.

Ser vi alene på den sidste levemåned er der 181 forebyggelige sygehusophold pr. 1.000 ældre. Det betyder, at knap 40 pct. af de forebyggelige sygehusophold i det sidste leveår ligger i den sidste levemåned. Det kan være svært at vurdere, hvorvidt behandling er udsigtsløs eller ej, når den ældre kommer på sygehuset med en forebyggelig diagnose. Det er dog værd at bemærke, at for den ældre, der ønsker en sidste tid hjemme, der kan det være særligt vigtigt at overveje, om det er mest hensigtsmæssigt for den ældre at blive indlagt til behandling på sygehuset – især når vi ved, at en stor del af sygehusopholdene med forebyggelige diagnoser ligger i den allersidste tid.

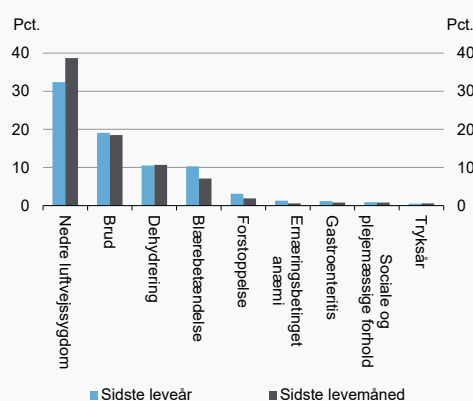
Figur 6.1

Antallet af forebyggelige sygehusophold pr. 1.000 ældre i ældres sidste leveår og sidste levemåned, 2022-2024



Figur 6.2

De forebyggelige sygehusophold i det sidste leveår og sidste levemåned fordelt på diagnoser, 2022-2024



Anm.: De forebyggelige sygehusophold er dannet ved at koble tidsmæssigt sammenhængende fysiske fremmøder på sygehuse sammen, hvor der er højst 4 timer mellem to fremmøder, og hvor opholdet kan betegnes som akut, varer minimum 4 timer og indenfor 48 timer har en forebyggelig aktionsdiagnose. De forebyggelige diagnoser kan ses i Bilag 7: Metode.
Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Ser vi så på hvilke af de forebyggelige diagnoser, der især ses i den sidste tid, så er *Nedre luftvejs sygdom*, som lungebetændelse er en del af, den hyppigste diagnose blandt de forebyggelige diagnoser i det sidste leveår. Hver tredje forebyggelige sygehusophold i det sidste leveår er med

⁴² I "Dødsfald blandt ældre – hvor mange ældre ender med at dø på sygehuset?", Indenrigs- og Sundhedministeriet (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 i den allersidste del af livet skulle have været på sygehuset, i lyset af at de fleste ønsker at dø hjemme i kendte omgivelser.

denne diagnose – i den sidste levemåned er andelen endnu større. De næsthøypigste diagnoser er *brud, dehydrering og blærebetændelse*.

Et kig på de hyppigste undersøgelser og behandlinger i den allersidste tid

Det er ikke kun relevant at se på, hvilke diagnoser den ældre kommer på sygehuset med i den sidste tid, men også hvilke undersøgelser og behandlinger, de ældre får. For netop at sætte fokus på den allersidste tid, snævrer vi tidshorisonten ind og ser på, hvad de ældre modtager i den sidste *leveuge*. Det gør vi, fordi vi må forvente, at der blandt en stor del af de 80+ årige her er kliniske tegn på, at den ældre er i den allersidste del af livet, hvor kurativ behandling ofte vil være mindre relevant end palliativ behandling og pleje.

Ser vi på hvilke procedurer, de ældre hyppigst modtager i sygehusregi i den sidste tid, så ser vi, at en stor del af de ældre får en radiologisk undersøgelse: 21 pct. af de ældre bliver røntgenfotograferet i den sidste leveuge, 13 pct. bliver CT-skannet og 7 pct. bliver ultralydsundersøgt i den sidste leveuge, jf. figur 6.3. Disse tre undersøgelser er alle radiologiske undersøgelser⁴³. Overordnet er det 28 pct. af de ældre, der får en radiologisk undersøgelse i den sidste uge.

Denne type undersøgelser kan være nødvendige som led i at afdække, hvad den ældre fejler, eller for at vurdere, om sygdommen er så fremskreden, at aktiv behandling er udsigtsløs. Andre gange kan det allerede inden de radiologiske undersøgelser være værd at overveje, om det er hensigtsmæssigt, at den ældre tæt på døden skal igennem yderligere undersøgelser, som kan skabe uro hos den ældre, eller om der i virkeligheden i stedet bør være fokus på palliativ behandling.

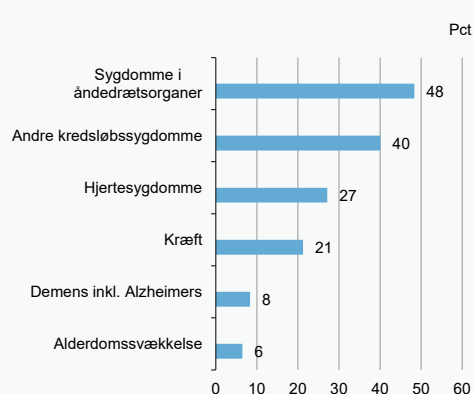
Figur 6.3

Andelen af de ældre, der modtog én af de 10 hyppigste procedurer i den sidste leveuge, 2022-2024



Figur 6.4

Andelen af de ældre, der fik en radiologisk procedure i den sidste leveuge, opgjort for de seks hyppigste dødsårsager, 2022



Anm.: Opgørelserne for dødsårsager er foretaget på data for 2022, da der ikke var oplysninger tilgængelige omkring dødsårsager for 2023 og 2024 på opgørelsestidspunktet.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

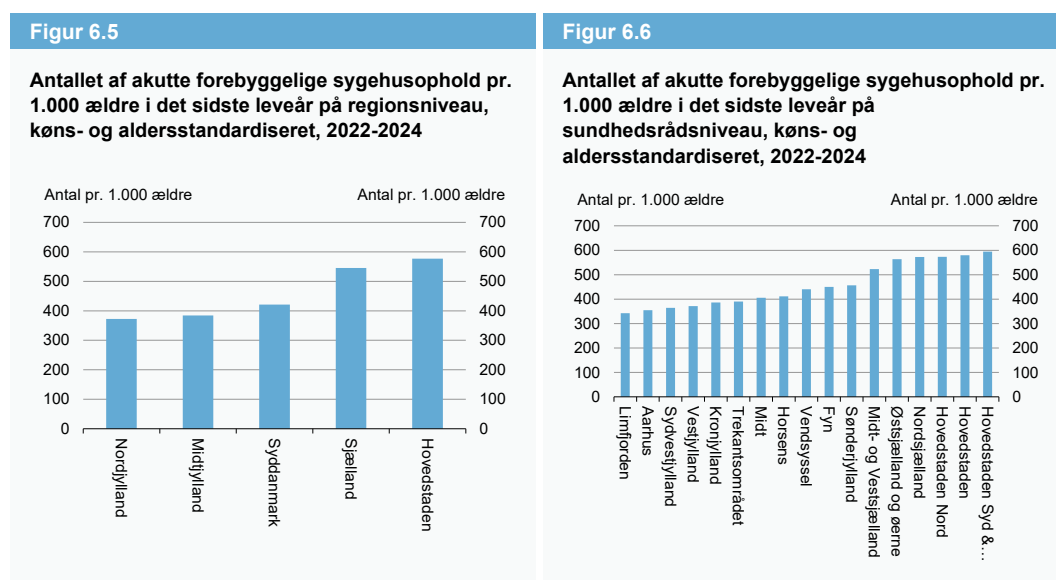
Ser vi på for hvilke af de seks hyppigste dødsårsager, vi ofte ser radiologiske undersøgelser i den sidste leveuge, så ser vi den største andel blandt ældre, der dør af sygdomme i åndedrætsorganer

⁴³ Radiologiske undersøgelser er en samlet betegnelse for røntgenundersøgelser, angiografier, ultralydsundersøgelser, samt CT- og MR-skanninger.

(fx KOL og lungebetændelse), jf. figur 6.4. Her er det næsten halvdelen (48 pct.) af de ældre, der i den sidste leveage får en radiologisk undersøgelse, mens der er færrest blandt dem, der dør af demens inkl. Alzheimers og alderdomssvækkelse, hvor det er under hver 10. (henholdsvis 8 pct. og 6 pct.) der får en radiologisk undersøgelse.

6.1 Variation på tværs af landet

På tværs af landet ser vi en del variation i ældres sygehusaktivitet i det sidste leveår. Når vi fokuserer på variationen i antallet af forebyggelige sygehusophold i det sidste leveår, bliver dette endnu mere tydeligt: I Region Hovedstaden har de ældre mere end 50 pct. flere forebyggelige sygehusophold i det sidste leveår end i Region Nordjylland, hvor antallet er lavest, jf. figur 6.5.



Anm.: De forebyggelige sygehusophold er dannet ved at koble tidsmæssigt sammenhængende fysiske fremmøder på sygehusene sammen, hvor der er højst 4 timer mellem to fremmøder, og hvor opholdet kan betegnes som akut, varer minimum 4 timer og indenfor 48 timer har en forebyggelig aktionsdiagnose. De forebyggelige diagnoser kan ses i Bilag 7: Metode.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Også på tværs af de nye sundhedsråd er der markante forskelle i antallet af forebyggelige sygehusophold i ældres sidste leveår – her ser vi, at ældre i sundhedsrådet Hovedstaden Syd & Vest har 73 pct. flere forebyggelige sygehusophold i det sidste leveår end ældre i sundhedsrådet Limfjorden, hvor de ældre har færrest forebyggelige sygehusophold⁴⁴. Også i forhold til de forebyggelige sygehusophold i ældres sidste leveår, er der en tendens til, at ældre i Østdanmark har flere sygehusophold i det sidste leveår, end ældre i Vestdanmark⁴⁵.

⁴⁴ Opgørelserne tager udgangspunkt i de registreringer, der laves lokalt. Det kan ikke udelukkes, at nogle af de forskelle vi ser på tværs af landet skyldes forskellig registreringspraksis.

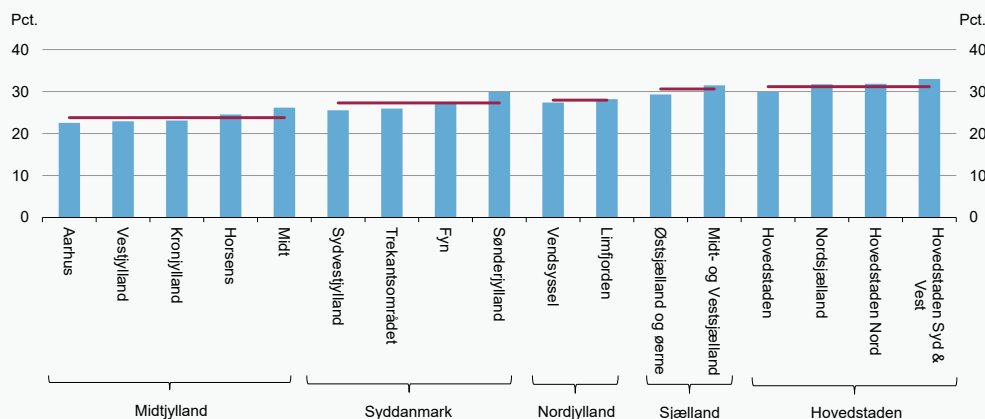
⁴⁵ I Region Hovedstaden er der ingen vagtlægeordning, men derimod 1813 i hospitalsregi, og derfor kan en potentiel forklaring på det større antal forebyggelige sygehusophold i ældres sidste tid i Region Hovedstaden til dels skyldes aktiviteten i 1813-regi. Fokuserer vi udelukkende på indlæggelser med forebyggelige diagnoser – dvs. forebyggelige sygehusophold på 12 timer eller mere – så ser vi dog stadig en stor sammenhæng mellem antallet af forebyggelige sygehusophold pr. 1.000 ældre i det sidste leveår og antallet af forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 ældre i det sidste leveår på sundhedsrådsniveau er meget stærk. Korrelationen er her 0,99 (P-værdi < 0,01) med en forklaringsgrad på 0,98.

Variation i andelen af ældre, der får en radiologisk undersøgelse i den sidste leveage.

På regionsniveau varierer andelen af ældre, der fik en radiologisk undersøgelse i den sidste leveage fra knap hver fjerde i Region Midtjylland (24 pct.) til næsten hver tredje i Region Hovedstaden (31 pct.), jf. figur 6.7. På sundhedsrådsniveau varierer andelen endnu mere fra 23 pct. i sundhedsrådet Aarhus til 33 pct. i Hovedstaden Syd & Vest.

Figur 6.7

Andelen af de ældre, der får en radiologisk undersøgelse i den sidste leveage opgjort op sundhedsrådsniveau, alders- og kønsstandardiseret, 2022-2024



Anm.: De røde linjer viser andelen af de ældre, der får en radiologisk undersøgelse i den sidste leveage i den enkelte region
Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Der er en tendens til, at sundhedsråd, hvor de ældre ofte er akut på sygehuset, også er de sundhedsråd, hvor de ældre i højst grad får en radiologisk undersøgelse i den sidste leveage. Det er ikke overraskende, da ældre i disse sundhedsråd derfor også oftere er eksponerede for at få en sådan undersøgelse.

Vi finder dog også en betydelig tendens til, at i de sundhedsråd, hvor de ældre har meget akut kontakt på sygehuset i det sidste leveår, der er der også en større *andel*, som får en radiologisk undersøgelse, *når* de kommer akut på sygehuset⁴⁶. Det er altså ikke bare fordi de ældre oftere er på sygehuset, at de oftere får en radiologisk undersøgelse. Det ser også ud til at skyldes, at *når* ældre er akut på sygehuset i den sidste leveage i disse områder, så er der også en større andel, der får en radiologisk undersøgelse.

⁴⁶ Ser vi på sammenhængen mellem den alders- og kønsstandardiserede andel af ældre med akutte sygehusophold i den sidste leveage, der får en røntgenundersøgelse og det alders- og kønsstandardiserede antal af akutte sygehusophold pr. 1.000 ældre i det sidste leveår er korrelationen 0,75 med en forklaringsgraden 0,45 (P-værdi < 0,01).

7 Kontakt med primærsektoren i det sidste leveår

I denne del af rapporten ser vi på ældres kontakt til primærsektoren i det sidste leveår. Når den ældre nærmer sig den sidste tid, er der ofte et øget behov på pleje og omsorg. Det er derfor interessant at se på kontakten med den praktiserende læge og hjemmesygeplejen, samt i hvor høj grad de ældre modtager pleje i hjemmeplejen eller bor på plejebolig.

I dette kapitel ser vi derfor nærmere på kontaktmønstrene i primærsektoren i det sidste leveår, samt hvor meget kontakten til primærsektoren varierer på tværs af landet. I kapitel 9 vil vi se på de tværsektorielle kontaktmønstre og sammenhæng til den akutte sygehuskontakt på tværs af landet i ældres sidste leveår.

3 CENTRALE KONKLUSIONER FRA KAPITLET

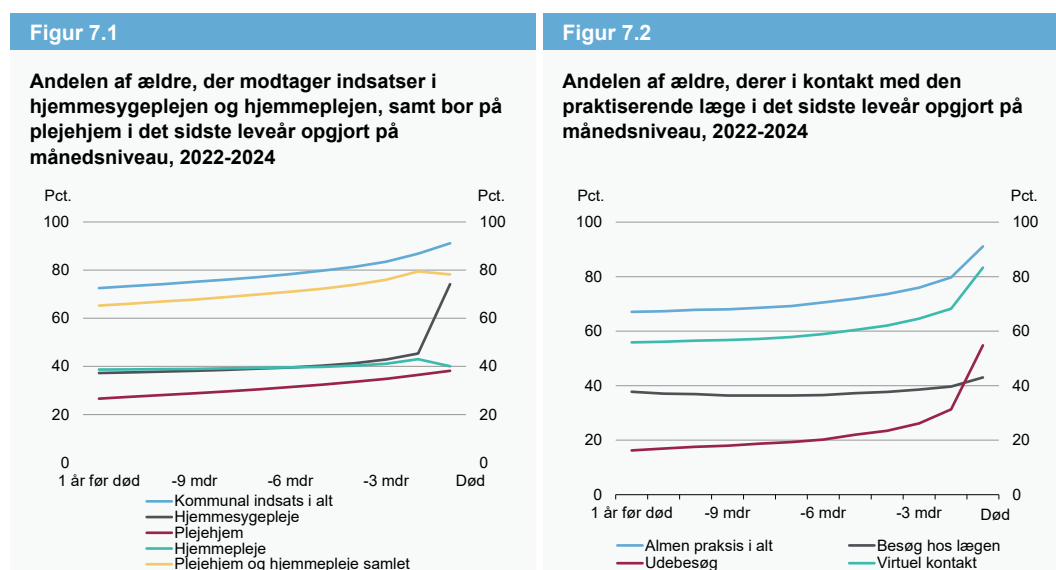
- Andelen af ældre, der modtager kommunale sundheds- og plejeindsatser, er stigende over det sidste leveår, og i den sidste levemåned modtager 9 ud af 10 ældre (91 pct.) enten hjemmepleje, hjemmesygepleje eller bor i plejebolig. Særligt ser vi en stor stigning i andelen af ældre, der modtager hjemmesygepleje, og i den sidste levemåned er det næsten 3 ud af 4 ældre (74 pct.), der modtager en kommunal sygeplejeindsats. På tværs af kommunerne varierer denne andel dog noget, og det er særligt i kommunerne i Region Midtjylland, at hjemmesygeplejen er en del af mange ældres behandlings- og plejeforløb i den sidste levemåned.
- Ligesom kontakten til kommunen er kontakten med den praktiserende læge også stigende over det sidste leveår, og i den sidste levemåned er 9 ud af 10 (91 pct.) i kontakt med almen praksis. 4 ud af 5 ældre (83 pct.) har virtuel kontakt (telefonkontakt og videokontakt) med den praktiserende læge i den sidste levemåned. Der er dog stor variation i andelen, der har et besøg hos lægen, og andelen der får et udebesøg (fx i hjemmet). Der er dog ingen indikation på substitution mellem de to besøgstyper – snarere tværtimod. Andelen af ældre der har besøg hos lægen og udebesøg er for begge besøgstyper lavest i Region Hovedstaden og højest i kommuner i Vestdanmark.
- I simple sammenhængsanalyser mellem kommunernes socioøkonomiske udfordringsniveau (opgjort ved socioøkonomisk indeks) og ældres kontakt til primærsektoren i den sidste tid, finder vi kun mindre socioøkonomiske tendenser i kontaktmønstrene i primærsektoren. Den store variation i kontaktmønstrene i kommune og almen praksis på tværs af landet ser derfor på ingen måde ud til alene at kunne forklares af forskelle i kommunernes socioøkonomi. Der ser altså ud til også at være andre ting på spil som fx forskelle i organisering og arbejdsdeling på tværs af landet.

En stor del af ældre modtager allerede kommunale indsatser (hjemmesygepleje, plejehjem og/eller hjemmepleje) et år før død, men vi ser alligevel en stigning i denne andel frem mod den ældres død: Månedet et år før død er det omkring 3 ud af 4 af de ældre (72 pct.), der modtager indsatser i kommunen – i den sidste levemåned er dette antal steget til 9 ud af 10 (91 pct.), jf. figur 7.1.

Henover det sidste leveår er der en stigning i både kontakten til hjemmepleje, hjemmesygepleje og ældre der bor på plejehjem/plejebolig. Fx er det i måneden et år før død omkring 27 pct. af de ældre, der bor på plejehjem, mens det i den sidste levemåned er 38 pct., jf. figur 7.1. Indsatser i hjemmeplejen kan også være med til at støtte den ældre i at klare hverdagen og forebygge yderligere svækkelse, samt bevare livskvaliteten. I den sidste levemåned er det da også omkring 40 pct. af de ældre, der modtager hjemmepleje. Dermed er det 78 pct. af de ældre, der i den sidste levemåned, enten bor på plejehjem eller modtager hjemmepleje.

Henover det sidste leveår, ser vi den største stigning i andelen af ældre, der modtager hjemmesygepleje, og især i den sidste levemåned ser vi en stor stigning i denne andel, således at det er 74 pct. af de ældre, der er modtager indsatser i hjemmesygeplejen i den sidste levemåned – det er dog undtaget de ældre, der bor på plejehjem eller i plejebolig⁴⁷.

I kommunerne er der også midlertidige pladser og akutpladser m.m., hvor ældre med et særligt behov for omsorg, pleje og sygeplejefaglige indsatser kan have midlertidigt ophold. Vi har desværre ikke data tilgængeligt for denne aktivitet. KL har i 2024 lavet en analyse baseret på Fællessprog III-data fra 11 kommuner⁴⁸. Her er det tydeligt, at der er store forskelle i antallet af midlertidige ophold blandt ældre på tværs af kommunerne, og analysen finder også, at gennemsnitligt 7 pct. af 67+ åriges ophold på disse pladser afsluttes med død.



Anm.: I figur 7.1 indgår kun data for de 74 kommuner, hvor det kommunale data for hjemmepleje og hjemmesygepleje er vurderet komplet nok til at indgå i analysen. Læs mere i Bilag 7: Metode. I figur 7.2 er det kun 80+ årige, der døde i perioden fra d.1.1.2022 til og med d.31.10.2024, der er medtaget. Det skyldes, at Sundhedsdatastyrelsen er ved at omlægge deres registre, og i det data, der var til rådighed for 2024, var der ikke aktivitet for december 2024 og kun meget lidt for november 2024.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

⁴⁷ Vi benytter data fra Danmarks Statistiks register for hjemmesygepleje i eget hjem. Kommunerne indberetter forskelligt. Nogle kommuner indberetter både hjemmesygeplejeydelser i eget hjem, på plejehjem/almen bolig, psykiatriske botilbud mv. Andre kommuner indberetter dog udelukkende

hjemmesygeplejeydelser i eget hjem. Danmarks Statistik sorterer derfor ældre, for hvem der er indberettet visiteret hjemmehjælp i plejebolig fra (se "Statistikdokumentation for Sociale ydelser til ældre 2024", Danmarks Statistik (2025)).

⁴⁸ "Borgere med midlertidigt ophold på kommunale pladser", KL (2024)

Det taler ind i, at kommunale midlertidige ophold er en relevant indsats i forhold til ældre i det sidste leveår. Som sagt har vi på nuværende tidspunkt desværre ikke tilgængeligt registerdata for denne indsats. Danmarks Statistik bør dog som udgangspunkt få data ind for alle borgere, der får sygepleje. Og dermed bør sygepleje på midlertidige pladser også indgå i opgørelsen, og i den grad, det er sket, ved vi, at kommunen har været i kontakt med den ældre⁴⁹.

Vi ser også en stigende tendens i kontakten til den praktiserende læge over det sidste leveår: Månedet et år før død er det 2 ud af 3 ældre (67 pct.), der er i kontakt med den praktiserende læge. I den sidste levemåned er det 9 ud af 10 (91 pct.), jf. figur 7.2.

Den hyppigste kontaktform med den praktiserende læge er virtuel (telefon eller video). I denne gruppe af ældre, hvor mange har indsatser i kommunen, vil en del af denne kontakt være med fx hjemmesygeplejen eller plejehjemmet, da den ældres ofte skrøbelige og komplicerede tilstand tit vil nødvendiggøre, at kommunen og den praktiserende læge samarbejder en del omkring den ældre⁵⁰. Vi ser da også en stigning i andelen af ældre med månedlig virtuel kontakt til almen praksis fra 68 pct. to måneder før død til 83 pct. i den sidste levemåned, ligesom vi så en stigning i andelen af ældre, der modtog kommunale indsatser i den sidste levemåned – særligt hjemmesygepleje, jf. figur 7.1.

Andelen af ældre med besøg hos lægen er ret stabil i det sidste leveår, således at lige under 40 pct. af de ældre har minimum ét besøg hos den praktiserende læge i en given måned i det sidste leveår – i den sidste måned er andelen dog 43 pct., jf. figur 7.2.

Til gengæld er der en stor stigning i andelen med udebesøg (hvor lægen fx kommer hjem til den ældre). Fra at der i hele perioden frem til den sidste levemåned er flere ældre, der kommer ind til lægen, så er der i den sidste levemåned en større andel af de ældre, hvor lægen kommer ud på besøg – i den sidste levemåned er det 55 pct. af de ældre, der har et udebesøg.

Over hele det sidste leveår har de ældre i gennemsnit 19,7 virtuelle kontakter, samt 9,4 besøg hos lægen og 4,5 udebesøg.

Nogle analyseresultater tyder på, at der overordnet kan være lige så gode forløb ved virtuel kontakt som ved fysisk fremmøde^{51,52}. Ældres sygdomsforløb kan dog være komplicerede og præget af en høj grad af multisygdom, ligesom nogle er mere trygge ved den direkte kontakt til lægen⁵³. Ser vi derfor alene på besøg hos og af den praktiserende læge (besøg hos lægen + udebesøg), hvor lægen er i samme rum som den ældre (og ikke udelukkende konsulteres virtuelt fx af hjemmesygeplejen), er der årligt godt 13,9 kontakter med den praktiserende læge.

⁴⁹ Danmarks Statistik sorterer ikke hjemmesygepleje leveret på midlertidige ophold fra i hjemmesygeplejedata, og selvom nogle kommuner kun registrerer hjemmesygepleje i eget hjem, så er udgangspunktet, at al sygepleje skal registreres og indberettes til Danmarks Statistik.

⁵⁰ PLO finder i en analyse af den digitale kontakt til den praktiserende læge, at antallet af digitale ydelser pr. borger stiger efter 80 år, og at især E-konsultationer med kommunen stiger meget, når vi ser på borgere over 80 år. Se "De digitale klinikker", PLO (2023)

⁵¹ "Virtual visits versus face-to-face: Diagnostic accuracy in primary care", Sept, L. et al., CFPC Learn (2020)

⁵² "Diagnostic accuracy and management concordance of otorhinolaryngological diseases through telehealth or remote visits: A systematic review & meta-analysis", Shah, S.R. et al., Journal of Telemedicine and Telecare

⁵³ "Patients' perspectives and preferences toward telemedicine versus in-person visits: a mixed-methods study on 1 226 patients", Moulaei, K. et al. BMC Medical Informatics and Decision Making (2023)

7.1 Variation på tværs af landet

I denne del ser vi på variationen i ældres kontakt med primærsektoren i det sidste leveår på tværs af landet. Opgørelserne kan være et godt udgangspunkt for lokal dialog mellem sygehus og primærsektor omkring ældres sygdoms- og plejeforløb i den sidste tid og kan være med til at synliggøre nogle af de forskelle, der er i primærsektorens indsatser i forhold til den ældre på tværs af landet.

Vi fokuserer i denne del primært på andelen af de ældre med kontakt til primærsektoren i den sidste levemåned. Det gør vi, dels fordi det er i den allersidste tid, det kan være særligt relevant med indsatser i primærsektoren for at sikre, at den ældre har mulighed for at tilbringe den sidste tid i kendte og trygge rammer hjemme. Dels gør vi det, fordi det er i den allersidste tid, at vi ser en markant stigning i antallet af akutte sygehusophold (jf. kapitel 5), og dermed også her, at kontakten til primærsektoren er særlig relevant i forhold til forebyggelse af og alternativer til akutte sygehusophold.

Det generelle billede er, at på tværs af kommunerne er det langt størstedelen af de ældre, der modtager indsatser i kommunen i den sidste levemåned, jf. figur 7.3. I kommunen, hvor færrest ældre er i kontakt med kommunen, er andelen 85 pct.

Den største variation ser vi i andelen af ældre, der er i kontakt med hjemmesygeplejen. Her varierer andelen fra omkring 35 pct. i kommunen, hvor færrest modtager indsatser i hjemmesygeplejen i den sidste levemåned til over 90 pct. i kommunen, hvor flest modtager indsatser i hjemmesygeplejen.

Særligt i Region Midtjylland er der en del kommuner, med en høj andel af ældre, der er i kontakt med hjemmesygeplejen i den sidste levemåned, mens der ikke er noget entydigt mønster, når man ser på, hvor i landet, der er færrest ældre i kontakt med hjemmesygeplejen i den sidste levemåned (se Danmarks-kortet i figur 7.5).

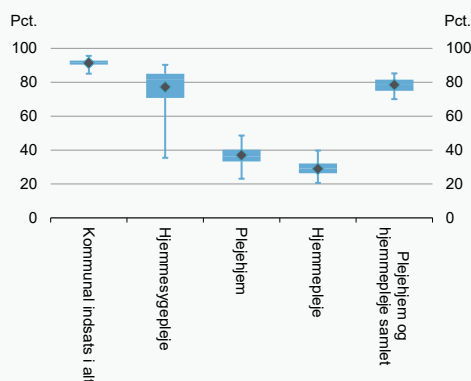
Det er vigtigt at være opmærksom på, at det ikke kan udelukkes, at der kan være registreringsforskelle, der spiller ind i forhold til noget af variationen i den kommunale hjemmesygeplejes indsatser til ældre i den sidste levemåned (se ovenfor).

Der er også noget variation i forhold til andelen af ældre, der bor på plejehjem i den allersidste del af livet (sidste levemåned) – fra knap hver fjerde i kommunen, hvor færrest ældre bor i plejebolig i den sidste levemåned til halvdelen i kommunen, hvor flest bor på plejehjem, jf. figur 7.3.

Det er særligt kommuner i Region Midtjylland, Region Nordjylland og Region Hovedstaden, hvor mange bor på plejehjem i den allersidste tid, mens langt de fleste kommuner i Region Sjælland er i den femtedel af kommunerne, hvor færrest ældre bor på plejehjem ved død (se Danmarks-kortet i figur 7.6).

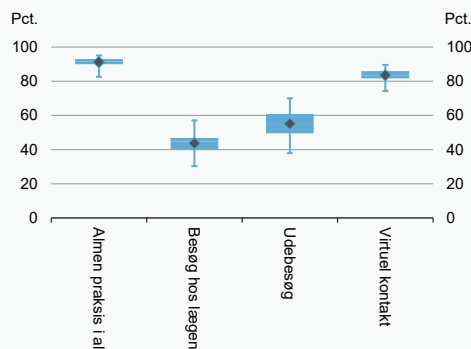
Figur 7.3

Spredning blandt kommunerne i andelen af de ældre, der modtager indsatser i hjemmesygeplejen og hjemmeplejen, samt bor på plejehjem i den sidste levemåned, alders- og kønsstandardiseret, 2022-2024



Figur 7.4

Spredning blandt kommunerne i andelen af de 80+ årige, der er i kontakt med den praktiserende læge i den sidste levemåned opgjort på kontaktttype, alders- og kønsstandardiseret, 2022-2024



Anm.: I figur 7.3 indgår kun data for de 74 kommuner, hvor det kommunale data for hjemmepleje og hjemmesygepleje er vurderet komplet nok til at indgå i analysen. Læs mere i Bilag 7: Metode. I figur 7.4 er det kun 80+ årige, der døde i perioden fra d.1.1.2022 til og med d.31.10.2024, der er medtaget. Det skyldes, at Sundhedsdatastyrelsen er ved at omlægge deres registre, og i det data, der var til rådighed for 2024, var der ikke aktivitet for december 2024 og kun meget lidt for november 2024.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Der er også en del variation i kontakten til den praktiserende læge i den sidste levemåned. Den største variation ses i andelen af ældre, der har besøg hos lægen og udebesøg i den sidste levemåned. Andelen af ældre, der har et udebesøg af den praktiserende læge varierer fra 38 pct. i kommunen, hvor andelen er lavest til 70 pct., hvor den er højest. Andelen, der har mindst ét besøg hos lægen i den sidste levemåned, varierer fra 30 pct. i kommunen med færrest til 57 pct. i kommunen med flest, jf. figur 7.4. Den store variation i andelen med besøg hos/af lægen, er dog ikke udtryk for, at man i nogle områder hyppigt er på besøg hos lægen, mens man i andre hyppigt får besøg af lægen. Det er snarere sådan, at i de kommuner, hvor mange ældre har et besøg hos lægen i den sidste levemåned, der er der også en større andel, der har et udebesøg⁵⁴.

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 (se Danmarkskortet i figur 7.7).

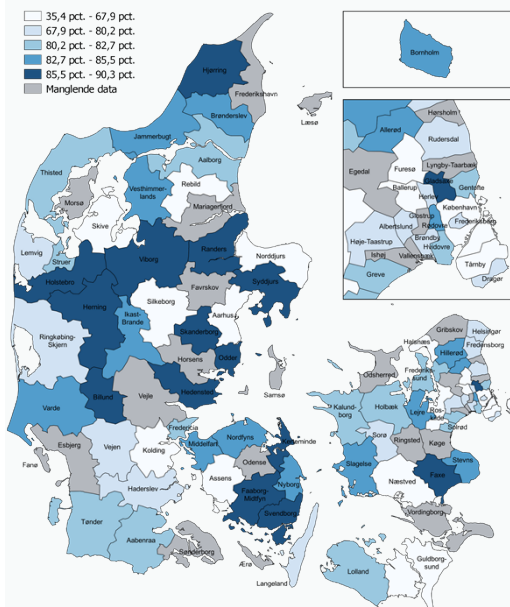
Ovenfor så vi, at ældre i gennemsnit har næsten 14 besøg hos/af den praktiserende læge (besøg hos lægen + udebesøg) på landsplan i det sidste leveår. Ser vi på det gennemsnitlige antal besøg hos/af lægen i det sidste leveår, så er der også en del variation her. I kommunen, hvor antallet er højest, er det næsten dobbelt så højt som i kommunen, hvor det er lavest. Det er især i kommunerne i Vestdanmark, at vi ser mange besøg, mens antallet er lavere i Østdanmark (se Danmarkskortet i figur 7.8).

Du kan finde tal for ældres kontakt til primærsektoren i den sidste tid frem mod død for den enkelte kommune, sundhedsråd og region i bilag 1-6.

⁵⁴ Forklaringsgraden af sammenhængen mellem andelen af ældre, der har et besøg hos lægen i den sidste levemåned, og andelen af ældre, der har et udebesøg af lægen, er 0,19 ($p < 0,01$) og korrelationen (opgjort ved Pearsons r) er 0,45, og kun marginalt mindre, når der tages højde for forskelle i socioøkonomi på tværs af kommuner (ved socioøkonomisk indeks).

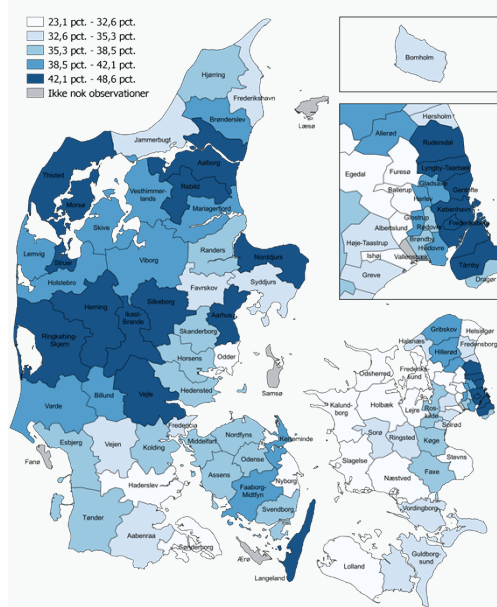
Figur 7.5

Andelen af ældre, der modtager indsatser i hjemmesygeplejen i den sidste levemåned, alders- og kønsstandardiseret, 2022-2024



Figur 7.6

Andelen af ældre, der bor på plejehjem i den sidste levemåned, alders- og kønsstandardiseret, 2022-2024

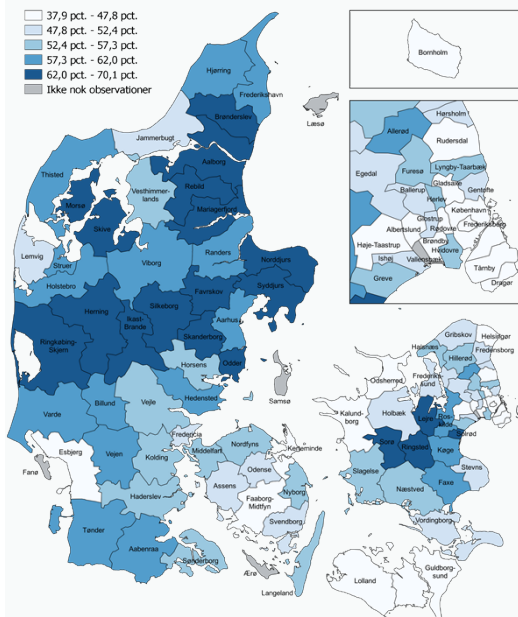


Anm.: Ikke alle kommuners hjemmesygeplejedata er vurderet komplet nok til at indgå i analysen. Du kan læse om kriterierne, der skal være opfyldt for at indgå i opgørelserne i figur 7.5 i Bilag 7: Metode.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

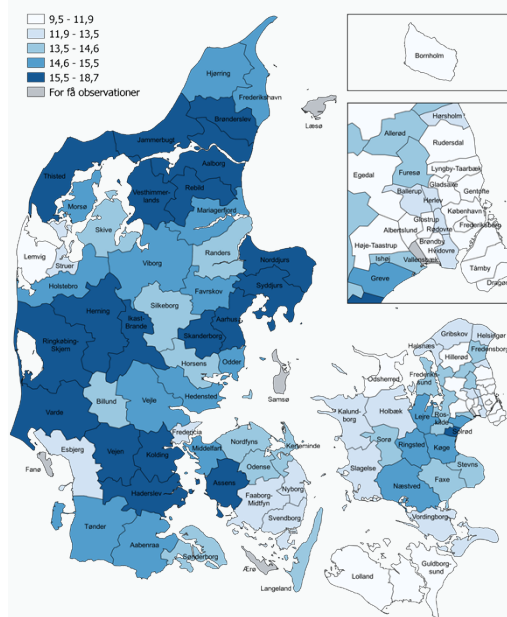
Figur 7.7

Andelen af ældre, der har mindst ét udebesøg af den praktiserende læge i den sidste levemåned, alders- og kønsstandardiseret, 2022-2024



Figur 7.8

Det gennemsnitlige antal besøg af/hos lægen i det sidste leveår, alders- og kønsstandardiseret, 2022-2024



Anm.: I figur 7.7 og 7.8 er det kun 80+ årige, der døde i perioden fra d.1.1.2022 til og med d.31.10.2024, der er medtaget. Det skyldes, at Sundhedsdatastyrelsen er ved at omlægge deres registre, og data for 2024 ikke er komplet. I figur 7.8 vises det gennemsnitlige antal af besøg i almen praksis (besøg hos lægen + udebesøg).

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Sammenhæng til socioøkonomi

I simple sammenhængsanalyser mellem kommunernes socioøkonomiske udfordringsniveau (opgjort ved socioøkonomisk indeks) og ældres kontakt til primærsektoren i den sidste tid, finder vi kun meget svage socioøkonomiske tendenser i kontaktmønstrene i primærsektoren.

På kommuneniveau er der hverken nogen sammenhæng mellem, hvor socioøkonomisk udfordrede kommunerne er og ældres kontakt til hjemmesygeplejen, eller hvorvidt de ældre får pleje (enten bor på plejehjem eller får hjemmepleje) i den sidste levemåned. Der kan være en mindre tendens til, at i socioøkonomisk mere udfordrede kommuner, er de ældre i mindre grad plejehjemsbeboere i den sidste levemåned, end i socioøkonomisk mere velstillede kommuner. Omvendt er der en lille tendens til, at ældre i socioøkonomisk mere udfordrede kommuner i højere grad modtager hjemmepleje.

Vi ser også kun meget mindre sammenhænge mellem kommunernes socioøkonomiske udfordringsniveau og kontakten til almen praksis. Tendensen er størst i forhold til andelen af ældre, der har et udebesøg af den praktiserende læge i den sidste levemåned. Her kan socioøkonomiske forskelle (opgjort ved socioøkonomisk indeks) alene forklare 11 pct. af den betydelige variation mellem kommunerne. Sammenhængen er, at der i socioøkonomisk mere udfordrede kommuner kan være en tendens til, at færre ældre har et udebesøg i den sidste levemåned.

Se Bilag 7: Metode for de enkelte korrelationskoefficienter.

8 Medicinforbrug og palliation

I denne del af analysen er der fokus på medicinforbruget og den palliative indsats i det sidste leveår. Disse opgørelser kan bruges som udgangspunkt for dialog om, hvorvidt der er nok fokus på ældres medicinforbrug i den sidste tid af livet. Blandt andet hvorvidt der i tilstrækkelig grad bliver ryddet ud i uhensigtsmæssig medicinering. Tilsvarende er det også en vigtig del af indsatsen i forhold til den ældre, at de palliative indsatser igangsættes, og at det sker rettidigt. Begge dele spiller en vigtig rolle i forhold til at sikre borgerens smertelindring, værdighed og livskvalitet i den sidste tid.

3 CENTRALE KONKLUSIONER FRA KAPITLET

- For 76 pct. af de ældre er der indikation på palliativ indsats i det sidste leveår – enten i regi af en specialiseret enhed eller afdeling, i forhold til de indløste recepter på apotekerne (primærsektor) eller den medicinering, der foregik under ophold på sygehuset. Der er stor forskel på, hvor stor en andel, der har indikation på palliation afhængigt af dødsårsag. For knap 90 pct. af de ældre, der dør af kræft, ser vi indikation på palliation, mens det er under 60 pct. af de ældre, der dør af hjertesygdomme.
- Vi finder en vis variation på tværs af landet i forhold til, for hvor stor en andel af de ældre, der er indikation på palliation i det sidste leveår: På sundhedsrådsniveau varierer andelen fra 69 pct. til 78 pct. Vi finder også en klar tendens til, at i de områder, hvor der er en relativt stor andel af de ældre, der har indikation på palliation i primærsektoren og/eller specialiseret palliation, der er der også færre, som dør på sygehuset. Det kan skyldes, at man i nogle områder i højere grad lykkes med at levere pleje og palliation i hjemmet, hvor den ældre i andre områder ender med at tilbringe den allersidste tid på sygehuset. Vi ser da også, at de sundhedsråd, hvor andelen af ældre, der alene har indikation på basal palliation i sygehusregi, er høj, i høj grad også er de sundhedsråd med en høj andel af ældre, der dør på sygehuset.
- I det sidste leveår, bruger de ældre flere og flere lægemidler – i de sidste tre levemåneder er det 38 pct. af de ældre, der indløser recept på 10+ lægemidler (hyperpolyfarmaci). Fra officielt hold betones det, at medicingennemgang og seponering (ophør) af fx forebyggende medicin i den sidste del af livet er vigtig^{55,56}. Omkring hver femte ældre, indløser recept på statiner (som er et af de hyppigst anvendte lægemidler til forebyggende behandling) i de sidste tre levemåneder. Det skal ses i lyset af, at det anbefales, at behandlingen stoppes ved kort forventet restlevetid⁵⁷.

Palliative indsatser

Palliation er lindrende behandling til mennesker med livstruende eller uhelbredelig sygdom. Det har til formål at fremme livskvaliteten hos patienter og pårørende, som står over for livstruende sygdom og de udfordringer, det medfører. Ofte tænker man på palliation som smertebehandling, men det

⁵⁵ "Palliation – klinisk vejledning for almen praksis", Dansk selskab for Almen Medicin (2024).

⁵⁶ "Seponeringslisten - anbefalinger til seponering af hyppigt anvendte lægemidler hos voksne", Sundhedsstyrelsen (2025).

⁵⁷ "Beslutningsstøtte vedrørende opstart, varighed og stop af statinbehandling", Sundhedsstyrelsen (2025)

kan også være lindring af angst og uro, samt psykisk støtte og samtale omkring etiske problemstillinger⁵⁸.

Palliation foregår på sygehuset, men i høj grad også i primærsektoren fx i almen praksis og hjemmesygeplejen. Palliation er relevant at se på, når vi ser på indsatser i ældres sidste tid. Særligt interessant er det at blive klogere på, i hvor høj grad ældre modtager palliation i den sidste tid, og hvordan varierer det på tværs af landet?

Helt overordnet kan man dele palliation op i to typer: *Specialiseret palliation* og *basal palliation*.

Specialiseret palliation er den indsats, der ydes af de dele af sundhedsvæsenet, der har palliation som hovedopgave (hospice, palliative teams og afdelinger på sygehusene) og retter sig imod patienter med komplekse, palliative behov. Behov der ikke kan varetages i andet regi⁵⁹.

Basal palliation er den palliation, der ydes i de dele af sygehuset, der ikke har palliation som sin hovedopgave, samt primærsektoren. Målgruppen for denne indsats er alle, der har udfordringer relateret til livstruende sygdom⁶⁰.

En udfordring i forhold til at afdække palliative indsatser på baggrund af registerdata er, at det kan være svært at identificere den basale palliation. Den basale palliation foregår både på sygehuset og i regi af almen praksis, samt kommunen. Der er ikke nogen entydig registrering af denne form for indsatser i aktivitetsdata i primærsektoren, ligesom det heller ikke er uproblematisk at identificere den basale palliation på sygehuset.

I denne del forsøger vi derfor at komme tættere på den palliative indsats i forhold til ældre på baggrund af forskellige opgørelser, der indikerer, at der er foretaget palliation, eller at der i hvert fald er indikation på, at døden er forudset i sundhedssystemet, og dermed at behovet for palliation i forhold til den ældre har været relevant at forholde sig til. Det betyder også, at vi ikke altid kan være sikre på, at der faktisk er foretaget palliation, men dog har en stærk indikation på, at døden ikke er uventet. Læs mere i Boks 8.1.

⁵⁸ "Anbefalinger for den palliative indsats", Sundhedsstyrelsen (2017).

⁵⁹ "Organisering af palliation", www.REHPA.dk

⁶⁰ "Organisering af palliation", www.REHPA.dk

Boks 8.1

Indikationer på palliative indsatser

Det er ikke muligt på baggrund af registerdata entydigt at afdække omfanget af palliative indsatser blandt ældre i det sidste leveår. Vi ved en del omkring aktiviteten i forhold til den specialiserede palliative behandling, men omfanget af basal palliativ behandling på sygehuset, samt i primærsektoren er det ikke muligt på nuværende tidspunkt at få et komplet billede af.

Vi har derfor på baggrund af registreringer i Landspatientregistret, Lægemiddelregistret og data for sygehusmedicin benyttet fire indikationer på palliativ indsats, der hver især kan indikere, at den ældre har modtaget palliative indsatser og/eller at døden er forudset, og det derfor har været relevant at forholde sig til behovet for palliative indsatser i forhold til den ældre. De fire indikationer på palliation er:

1. Den ældre har modtaget indsats i sygehusregi af et team eller en afdeling (herunder hospice), der udfører specialiseret palliativ behandling.
2. Den ældre har indløst recept med terminaltilskud. Døende har mulighed for at få 100 pct. tilskud til receptpligtige lægemidler i livets afslutning, som aktiveres af den behandlingsansvarlige læge (fx praktiserende læge) ved udfyldelse af en terminalerklæring eller gennem FMK-online.
3. Den ældre har indløst recept på opioider og/eller midazolam ved injektionsvæske. Begge lægemidler kan benyttes i den palliative fase til fx smertelindring eller lindring af angst og uro, og i den palliative fase er det ofte ikke hensigtsmæssigt med lægemidlerne i tabletform, derfor afgrænses på injektionsvæske⁶¹.
4. Den ældre har fået opioider og/eller midazolam ved injektionsvæske under et sygehushold. Indikationen er altså den samme som i 3) – dog baseret på medicinering på offentlige sygehuse. Denne indikation baserer sig på data for sygehusmedicin. Registret er forholdsvis nyt og ikke komplet. Resultaterne skal ses i det lys.

Det er vigtigt at holde sig for øje, at der er tale om indikationer, hvilket betyder, at der vil være tilfælde, hvor ældre, der modtager palliative indsatser, ikke bliver identificeret i disse opgørelser, eller hvor en betingelse kan være opfyldt, men hvor det ikke er ensbetydende med, at den ældre faktisk har modtaget palliation.

I forhold til tilfældet, hvor vi ikke lykkes med at identificere en palliativ indsats, så kan palliation fx være andet end smertelindring. Det kan også være samtaler omkring eksistentielle problemstillinger i forhold til døden og den sidste tid. Det kan både være relevant palliativ behandling i sygehusregi og i primærsektoren. Disse indsatser identificeres ikke ved disse kriterier, og der vil derfor være tilfælde, hvor denne type af palliation er udført, men hvor vi ikke finder indikation på palliation.

Omvendt vil der være tilfælde, hvor et kriterie er opfyldt, men hvor der alligevel ikke har været en palliativ indsats. Fx er det muligt, at vi identificerer ældre med terminaltilskud i løbet af det sidste leveår, men hvor det ikke er ensbetydende med, at der er foretaget besluttet palliation, men kan være indløst i forhold til brug af andre lægemidler end palliative.

Endeligt er den fjerde indikation (opioider og/eller midazolam ved injektionsvæske under et sygehushold) som nævnt ovenfor baseret på et forholdsvis nyt register (data for sygehusmedicin), som vi ved ikke er komplet, hvilket også kan have betydning for opgørelser af hvor mange, der har modtaget opioider og midazolam i sygehusregi.

Det er vigtigt, at resultaterne læses med ovenstående forbehold in mente.

Vi laver to samlede opgørelser for indikation for palliation: Den ene baserer sig alene på de tre første indikationer (indikation på palliation (ekskl. opioider/midazolam, sygehus)), mens den anden baserer sig på alle fire indikationer (indikation på palliation (inkl. opioider/midazolam, sygehus)).

Indikation på palliation (inkl. opioider/midazolam, sygehus) beskriver andelen, hvor vi finder én eller flere af de fire indikationer på palliation. Indikation på palliation (ekskl. opioider/midazolam, sygehus) beskriver andelen, hvor der er indikation på palliation i primærsektoren (identificeret pba. indløst recept på apoteket og medicinering udenfor sygehuset) og/eller specialiseret palliation. Det er altså indikation på palliation, hvor der ikke er tale om basal palliation i sygehusregi.

Vi vælger i analysen at referere til andelen med indikation på palliation (inkl. opioider/midazolam, sygehus) fratrukket andelen med indikation på palliation (ekskl. opioider/midazolam, sygehus) som andelen af ældre, hvor der alene er indikation på basal palliation på sygehuset. Det skyldes, at denne andel udgøres af de ældre, hvor vi pba. de anvendte lægemidler på sygehuset finder identifikation på palliation, men samtidig finder vi ikke indikation på palliation i primærsektoren eller specialiseret palliation.

⁶¹ I "Medicinsk behandling af den uafvendeligt døende patient", sundhed.dk, beskrives det således i forhold til, hvordan lægemidlenes administrationsvej "Al tabletbehandling seponeres..." og "Administrationsformen er fortrinsvis subkutan (sc.) og evt. transdermal". Efter dialog med fagpersoner, har vi afgrænset til, at der skal være tale om injektionsvæske.

Du kan læse mere om afgrænsningen af indikationer på palliative indsatser i Bilag 7: Metode.

Anm.: Det tredje kriterie omkring indløst recept på injektionsvæske midazolam eller opioider er udarbejdet på baggrund af dialog med fagpersoner. Afgrænsning af specialiserede palliative afdelinger er foretaget med udgangspunkt i et arbejde foretaget i REHPA i forhold til at identificere enheder og afdelinger der arbejder med specialiseret palliation.

Kilde: "Kortlægning af den basale palliative indsats på sygehuse i Danmark", REHPA (2023); "Medicinsk behandling af den uafvendeligt døende patient", sundhed.dk, "Anbefalinger for den palliative indsats", Sundhedsstyrelsen (2017)

De nedenstående opgørelser skal altså ses som et udgangspunkt for diskussion af, hvordan den palliative indsats i forhold til de ældre ser ud i den sidste tid, samt hvor der er potentiale for at øge den palliative indsats i forhold til den ældre.

Med udgangspunkt i de opgørelser beskrevet i boks 8.1, er det 76 pct. af de 80+ årige, hvor vi ser indikation på palliation i det sidste leveår, jf. figur 8.1. Der er en mindre andel af de ældre der modtager specialiseret palliativ behandling (6 pct.) i løbet af det sidste leveår, 23 pct. indløser recept på et lægemiddel med terminaltilskud, for 44 pct. kan vi se, at der er indløst recept på opioider og/eller midazolam ved injektionsvæske, og endelig viser opgørelserne, at 39 pct. er blevet medicineret med opioider og/eller midazolam ved injektionsvæske på sygehuset i det sidste leveår.

Ser vi på indikation på palliation opgjort alene ved specialiseret palliativ behandling, modtaget terminaltilskud og indløst recept på opioider og/eller midazolam ved injektionsvæske (dvs. ekskl. opioider/midazolam ved injektionsvæske i sygehusregi), så er det omkring halvdelen (51 pct.) af de ældre, hvor vi ser indikation på palliation.

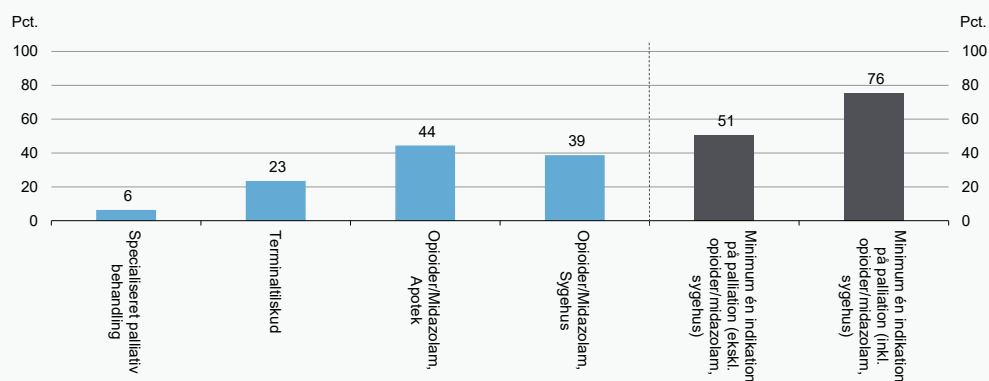
Har den ældre modtaget terminaltilskud eller indløst recept på opioider og/eller midazolam ved injektionsvæske er begge indikation på palliation, som foregår i primærsektoren (ikke under ophold på sygehuset). Derudover indgår der i indikation på palliation (ekskl. opioider/midazolam, sygehus) også specialiseret palliativ behandling, som sygehuse og hospices udfører. Det er dog værd at nævne, at en del af den specialiserede palliative behandling foregår uden fysisk fremmøde på sygehuset fx ved udekontakter (fx hjemmebesøg) og virtuel kontakt, som må formodes i høj grad at være indsatser i et behandlingssamarbejde med primærsektoren. Alt i alt afspejler indikation på palliation (ekskl. opioider/midazolam, sygehus) indikation på basale palliative indsatser udenfor sygehuset, samt den specialiserede palliation. Det er altså for omkring halvdelen af de ældre, hvor vi ser indikation på denne type af palliation.

Ser vi på forskellen mellem de to samlede indikationer på palliation, betyder det også, at det er omkring 25 pct. (76 pct. – 51 pct.) af de ældre, hvor vi ser indikation på palliation alene pba. medicinering på sygehuset. Dette tal kan derfor ses som et estimat på andelen af de ældre, der alene modtager basal palliation i sygehusregi. Igen er det dog vigtigt at holde sig for øje, at det er baseret på data, der vurderes ikke at være komplet⁶².

⁶² "Sygehusmedicinregistreret – Datadeklaration", Sundhedsdatastyrelsen (2023)

Figur 8.1

Andelen af ældre hvor der er indikation på palliative indsatser i det sidste leveår, 2022-2023



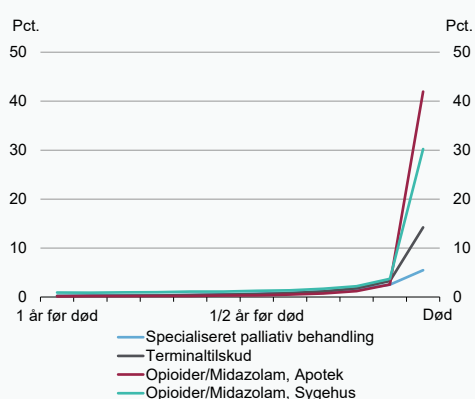
Anm.: Afgrænsning af specialiserede palliative afdelinger er foretaget med udgangspunkt i et arbejde foretaget i Videnscenter for Rehabilitering og Palliation (REHPA) i forhold til at identificere enheder og afdelinger der arbejder med specialiseret palliation. Kriteriet omkring indløst recept på injektionsvæske Midazolam eller opioider er udarbejdet på baggrund af dialog med fagpersoner. Der er lavet opgørelser pba. afdøde i 2022-2023, da der ikke var lægemiddeldata tilgængeligt for 2024 på opgørelsestidspunktet.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen, Videnscenter for Rehabilitering og Palliation (REHPA) og egne beregninger.

For alle fire af de enkelte indikationer på palliation (jf. boks 8.1) er det særligt i den sidste levemåned, at der er indikation på, at man er bevidst om, at døden nærmer sig for den ældre, og det derfor er i denne periode, de palliative indsatser i forhold til den ældre især kommer kommer i spil, jf. figur 8.2.

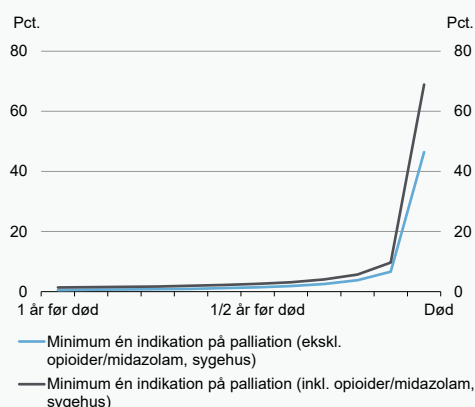
Figur 8.2

Andelen af ældre, der har modtaget specialiseret palliativ behandling, fået terminaltilskud, har indløst recept på opioider/midazolam ved injektionsvæske eller fået opioider/midazolam ved injektionsvæske i sygehusregi i det sidste leveår opgjort på månedsniveau, 2022-2023



Figur 8.3

Andelen af ældre hvor der er indikation på palliative indsatser i det sidste leveår opgjort på månedsniveau, 2022-2023



Anm.: Afgrænsning af specialiserede palliative afdelinger er foretaget med udgangspunkt i et arbejde foretaget i REHPA i forhold til at identificere enheder og afdelinger der arbejder med specialiseret palliation. Kriteriet omkring indløst recept på injektionsvæske Midazolam eller opioider er udarbejdet på baggrund af dialog med fagpersoner. Der er lavet opgørelser pba. afdøde i 2022-2023, da der ikke var lægemiddeldata tilgængeligt for 2024 på opgørelsestidspunktet.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen, Videnscenter for Rehabilitering og Palliation (REHPA) og egne beregninger.

Tilsvarende ser vi også en stor stigning i begge de to samlede indikationer på palliation, jf. figur 8.3. To måneder før død er det fx 10 pct. af de ældre, hvor vi ser indikation på palliation (inkl. opioider/midazolam ved injektionsvæske, sygehus), mens det i den sidste levemåned er godt 69 pct.

Et kig på tværs af dødsårsager

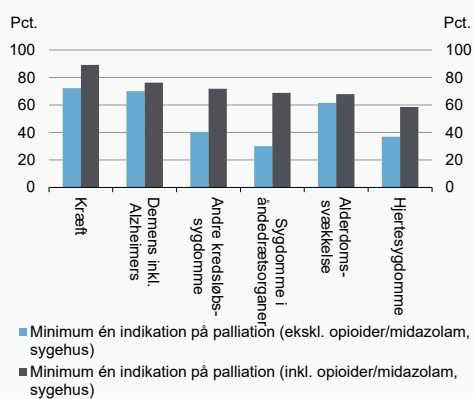
Andelen, der modtager palliation, er meget afhængig af, hvad de ældre dør af. Blandt ældre, der dør af kræft, er det næsten 90 pct., hvor der er indikation på palliation (inkl. opioider/midazolam, sygehus) i det sidste leveår, mens det er knap 60 pct. blandt ældre, der dør af hjertesygdomme, jf. figur 8.4.

Ser vi på forskellen mellem de to indikationer på palliation, så ser vi, at andelen af ældre, der alene modtager basal palliation i sygehusregi, er mindst for dødsårsagerne demens inkl. Alzheimers og alderdomssvækkelse, mens den er størst for sygdomme i åndedrætsorganer. Disse forskelle kan altså indikere, at selvom andelen, der modtager palliation opgjort på de 4 indikationer i boks 8.1 er nogenlunde lige stor på tværs af de tre dødsårsager (demens inkl. Alzheimers, sygdomme i åndedrætsorganer og alderdomssvækkelse), jf. figur 8.4, så er det meget forskelligt, hvilken indikation på palliation, der er tale om.

Her det også vigtigt at være opmærksom på, at der er forskel på, hvor mange ældre der ender med at dø på sygehuset. I en tidligere analyse, så vi at 52 pct. af ældre der dør af sygdomme i åndedrætsorganer ender med at dø på sygehuset, mens det blot er 5 pct. blandt ældre, der dør af demens inkl. Alzheimers⁶³.

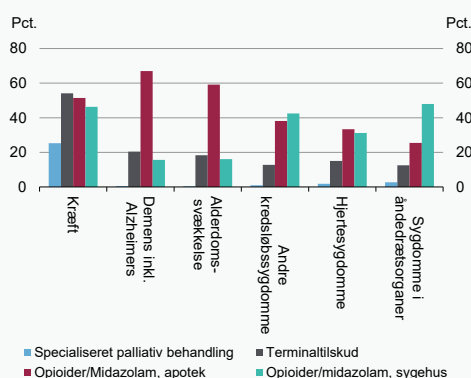
Figur 8.4

Andelen af ældre, hvor der er indikation på palliative indsatser i det sidste leveår opgjort på dødsårsager, 2022



Figur 8.5

Andelen af ældre der modtager specialiseret palliativ behandling, indløser recept med terminaltilskud eller indløser recept på Opioider og/eller Midazolam ved injektionsvæske i det sidste leveår opgjort på dødsårsager, 2022



Anm.: Afgrænsning af specialiserede palliative afdelinger er foretaget med udgangspunkt i et arbejde foretaget i REHPA i forhold til at identificere enheder og afdelinger, der arbejder med specialiseret palliation. Kriteriet omkring indløst recept på injektionsvæske Midazolam eller opioider er udarbejdet på baggrund af dialog med fagpersoner. Opgørelserne er lavet pba. afdøde ældre i 2022, da der ikke var dødsårsagsdata for 2023 og frem tilgængeligt på opgørelsestidspunktet.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen, Videnscenter for Rehabilitering og Palliation (REHPA) og egne beregninger.

⁶³ Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarkingenhed (2024)

Ser vi på de enkelte indikationer på palliation, så er der også stor forskel på, hvilket kriterie, der indikerer en palliativ indsats, der er opfyldt på tværs af de forskellige dødsårsager – særligt kræft skiller sig ud fra mønstret for de andre dødsårsager. Blandt ældre, der dør af kræft, er det hele 25 pct. der modtager specialiseret palliativ behandling i sygehusregi mod maksimum 3 pct. for de andre dødsårsager, jf. figur 8.5. Det er også blandt de kræftramte, at der er langt flest, hvor der er indløst recept med terminaltilskud, mens andelen er lavest blandt ældre, der dør af sygdomme i åndedrætsorganer.

Vi ser den største andel af ældre, der indløser recept på opioider og/eller midazolam ved injektionsvæske blandt ældre med demens inkl. Alzheimers, mens den er lavest blandt ældre, der dør af sygdomme i åndedrætsorganer. Til gengæld ser vi, at andelen der bliver medicineret med opioider og/eller midazolam ved injektionsvæske på sygehuset er højst blandt ældre, der dør af sygdomme i åndedrætsorganer, mens den er lavest for ældre, der dør af alderdomssvækkelse og demens inkl. Alzheimers.

Medicinforbrug

I dette afsnit ser vi på det medicinforbruget i ældres sidste leveår. Vi tager her udelukkende udgangspunkt i data fra Lægemiddelregistret og ikke registret for sygehusmedicin. Det gør vi, fordi opgørelserne i høj grad handler om udviklingen i de generelle forbrugsmønstre i forhold til lægemidler, den ældre benytter i det sidste leveår og ikke så meget om den medicin, den ældre får i forbindelse med en specifik behandling eller et afgrænset ophold på sygehuset.

En af de anbefalinger – i forhold til medicinforbruget i ældres sidste tid – der ofte går igen, er, at i takt med, at behandlingsforløbet ændres fra at have et kurativt sigte til at have et palliativt sigte, så bør der dels være fokus på ting som smertelindring, men samtidig også fokus på at stoppe med brugen af lægemidler (seponering), der ikke længere har et relevant behandlingssigte, fx lægemidler med et forebyggende sigte^{64,65}. I dette afsnit ser vi på, hvor mange lægemidler, den ældre bruger i det sidste leveår, hvilke lægemidler der er tale om, samt udviklingen i brugen af dem.

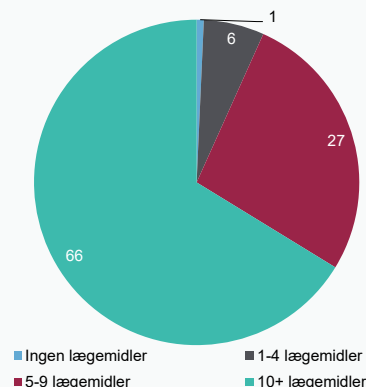
Mange ældre har et højt forbrug af lægemidler i det sidste år. 2 ud af 3 ældre (66 pct.) indløser recept på 10 eller flere lægemidler i løbet af det sidste leveår, mens kun 7 pct. (1 pct. + 6 pct.), der indløser recept på ingen eller op til 4 lægemidler i det sidste leveår, jf. figur 8.6.

⁶⁴ "Patienter med palliative behov", Jespersen, B.A., medicin.dk

⁶⁵ "Klinisk vejledning – Palliation", Dansk Selskab for Almen Medicin (2024)

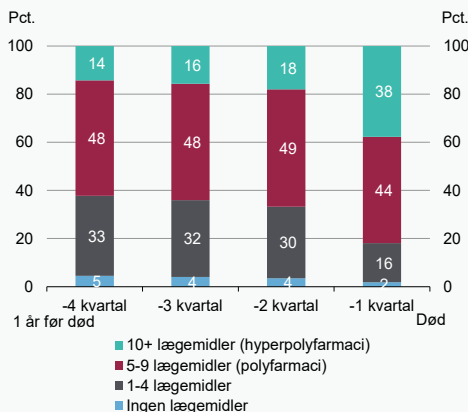
Figur 8.6

Afdøde ældre i 2022-2023 fordelt efter hvor mange forskellige lægemidler de brugte i det sidste leveår (pct.)



Figur 8.7

Afdøde ældre i 2022-2023 fordelt efter, hvor mange lægemidler de brugte på kvartalsniveau i det sidste leveår



Anm.: Opgørelserne er lavet for de afdøde i 2022-2023, da der ikke var data tilgængeligt for Lægemiddelstatistikregistret i 2024 på opgørelsestidspunktet. I begge figurer er antibiotika ikke medtaget, da afgrænsningen tager udgangspunkt i de lægemidler, der inkluderes i Sundhedsdatastyrelsens opgørelse af polyfarmaci. I opgørelsen i figur 8.7 har vi opdelt det sidste leveår i tre måneders perioder. -1 kvartal er det sidste tre levemåneder af den ældres liv, mens -2 kvartal er den 4., 5. og 6. sidste levemåned af den ældres liv osv.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Samtidig brug af 5 eller flere hjælpemidler bliver ofte refereret til som *polyfarmaci*⁶⁶ og brug af 10 eller flere lægemidler som *hyperpolyfarmaci*⁶⁷. Samtidig brug af flere lægemidler kan være nødvendigt, men det kan også være u hensigtsmæssigt, at den ældre får mange lægemidler. Fx har studier fundet, at polyfarmaci hos ældre er associeret med en højere risiko for fald, akutte sygehusbesøg og død^{68,69,70}.

I Dansk Selskab for Almen Medicins vejledning i forhold til behandling af den ældre skrøbelige patient anbefales da også medicingennemgang til den både lidt og meget skrøbelige patient⁷¹, ligesom der i vejledningen til palliation anbefales medicingennemgang ved angst, uro, søvnbesvær, samt diarré⁷². Når vi ser på ældres antal af lægemidler, der er indløst recept på over kortere perioder (tre måneders periode), er der en høj grad af polyfarmaci i det sidste leveår. Især i de sidste tre måneder er 4 ud af 5 ældre (44 pct. + 38 pct.) polyfarmacipatienter, mens over hver tredje (38 pct.) er hyperpolyfarmacipatienter, jf. figur 8.7⁷³.

For de 10 hyppigste lægemidler i den sidste tid ser vi da også en stigende tendens over det sidste leveår. I den sidste levemåned indløser 2 ud af 3 ældre (67 pct.) recept på smertelindrende midler (fx opioider), mens det er hver tredje (33 pct.) et år før død, jf. figur 8.8.

⁶⁶ "Andelen i behandling med polyfarmaci er stort set uændret i den samlede befolkning, men faldet blandt ældre siden 2010", Sundhedsdatastyrelsen (2022)

⁶⁷ "Polypharmacy in older adults: a narrative review of definitions, epidemiology and consequences", Farhad Parzan & Martin Wehling, European Geriatric Medicine (2021)

⁶⁸ "Association between polypharmacy and falls in older adults: a longitudinal study from England", N.N. Dhalwani et al., BMJ Open (2017)

⁶⁹ "Polyfarmaci ved multisygdom", Sundhedsstyrelsen ((2022).

⁷⁰ "Adverse drug events in the outpatient setting: an 11-year national analysis", Bourgeois, F.T. et al., Pharmacoepidemiol and Drug Safety (2010)

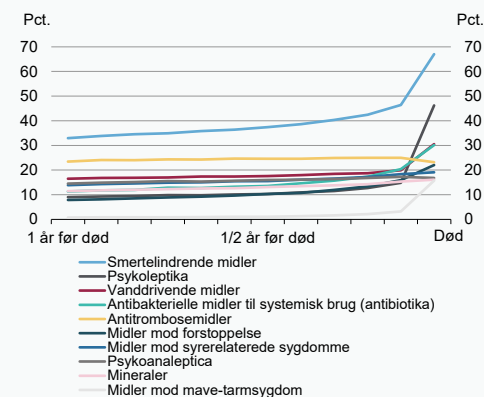
⁷¹ "Den ældre skrøbelige patient – Klinisk vejledning for almen praksis", Dansk Selskab for Almen Medicin ((2023)

⁷² "Palliation – klinisk vejledning for almen praksis", Dansk selskab for Almen Medicin (2024).

⁷³ I Sundhedsdatastyrelsens afgrænsning ser man på polyfarmaci, i forhold til om der er indløst recept på fem eller flere lægemidler mindst 4 gange i løbet af året. . Da vi ser på kvartalsniveau sætter vi kun krav om 1 indløst recept.

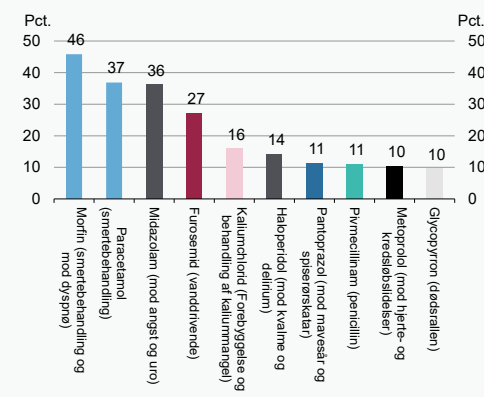
Figur 8.8

Andelen af de ældre, der indløste recept på de 10 hyppigste lægemiddelgrupper (ATC2-niveau) i det sidste leveår, opgjort på månedsniveau, 2022-2023



Figur 8.9

Andelen af ældre, der indløste recept på de 10 hyppigste lægemidler (ATC5-niveau) i den sidste levemåned, 2022-2023



Anm.: Farverne på søjlerne i figur 8.9 viser, hvilken lægemiddelgruppe lægemidlet placeres under i figur 8.8. Lægemiddelgruppen, Metoprolol hører til, er dog ikke én af de 10 hyppigste i den sidste levemåned, og derfor har den fået farven sort. Vær opmærksom på, at "antibakterielle midler til systemisk brug (antibiotika)" i figur 8.8 ikke indgår i opgørelserne i figur 8.6 og 8.7, da afgrænsningen af antallet af lægemidler her lægger sig op ad afgrænsningen i opgørelsen af polyfarmaci. Tilsvarende indgår Pivmecillinam i figur 8.9 heller ikke i opgørelserne i figur 8.6 og 8.7. Lægemiddelnavnene i de to figurer er hovedsageligt hentet på medicin.dk. Opgørelserne er lavet for de afdøde i 2022-2023, da der ikke var data tilgængeligt for Lægemiddelstatistikken i 2024 på opgørelsestidspunktet.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Det er især morfin og paracetamol, der fylder blandt de smertelindrende midler (morfin er også en del af gruppen af opioider, vi ser på i forhold til indikation på palliation ovenfor). Henholdsvis 46 pct. og 37 pct. indløser recept på disse to lægemidler i den sidste levemåned, jf. figur 8.9.

I den sidste måned ser vi også en markant stigning i psykoлеptika, så det er næsten halvdelen af de ældre, der indløser recept på et lægemiddel fra denne lægemiddelgruppe i den sidste levemåned. Det er især midazolam, der fylder i denne opgørelse, jf. figur 8.9. Ligesom morfin bruges midazolam ofte til palliative formål (ved angst og uro), som vi så nærmere på i sidste afsnit⁷⁴.

Helt overordnet gælder det, at der er stigninger eller et næsten uændret forbrug for alle lægemiddelgrupper i den sidste levemåned. Med forbehold for, at man jo aldrig kan vide præcis, hvornår den ældre dør, så kan det overordnede mønster tale ind i, at seponering af ikke længere relevant behandling (fx forebyggende behandling), ikke sker i tilstrækkelig grad i den palliative fase⁷⁵.

Et kig på ældres forbrug af statiner i det sidste leveår

Forebyggende behandling anbefales ofte stoppet ved kort forventet restlevetid^{76,77}. Statiner er et af de mest anvendte forebyggende lægemidler i Danmark. Det er et kolesterolsænkende præparat, som har vist sig at være god til at mindske risikoen for blodpropper hos personer med kendt hjertesygdom⁷⁸.

⁷⁴ "Palliation – klinisk vejledning for almen praksis", Dansk selskab for Almen Medicin (2024).

⁷⁵ "Patienter med palliative behov", Jespersen, B.A., medicin.dk

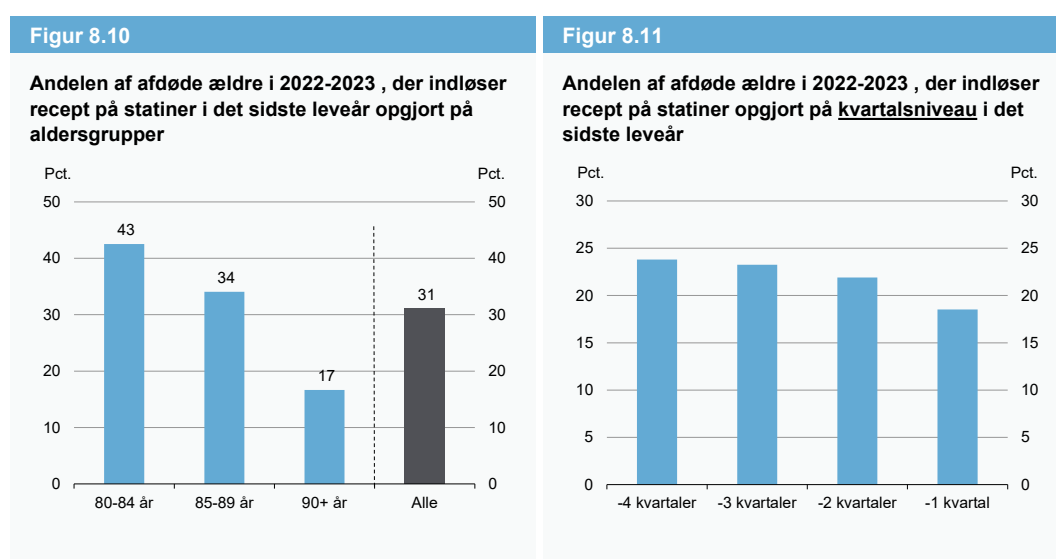
⁷⁶ "Medicinenemgang i praksis", Sundhedsstyrelsen og regionernes lægemiddelkonsulenter

⁷⁷ "Seponeringslisten - anbefalinger til seponering af hyppigt anvendte lægemidler hos voksne", Sundhedsstyrelsen (2025)

⁷⁸ "Beslutningsstøtte vedrørende opstart, varighed og stop af statinbehandling", Sundhedsstyrelsen (2025)

Det er dog også et af de lægemidler, som Sundhedsstyrelsen anbefaler, at man seponerer ved kort forventet restlevetid og/eller svær skrøbelighed⁷⁹. I denne del har vi derfor fokus på, i hvor høj grad de ældre behandles med statiner i det sidste leveår. Afsnittet er tænkt som et kig på, i hvor høj grad ét af de mest almindelige forebyggende lægemidler benyttes i ældres sidste leveår, og selvom det ikke er udtryk for den generelle brug af forebyggende lægemidler, så kan det tjene som et indspark til diskussionen af, i hvor høj grad man lykkes med at seponere den forebyggende behandling rettidigt.

I det sidste leveår er det knap hver tredje ældre (31 pct.), der indløser mindst én recept på statiner, jf. figur 8.10. Andelen er højst blandt de yngste ældre (80-84 år) og lavest blandt de ældste (90+ år): Knap halvdelen (43 pct.) af de ældre, der dør som 80-84-årige, har indløst recept på statiner i det sidste leveår, mens det er knap hver femte (17 pct.) af de 90+ årige.



Anm.: Statiner afgrænses på samme måde som i Sundhedsdatastyrelsens opgørelser på www.medstat.dk ved ATC-koderne C10AA, C10AB02 og C10AB05. I opgørelsen i figur 8.11 har vi opdelt det sidste leveår i tre måneders perioder. -1 kvartal er det sidste tre levmåneder af den ældres liv, mens -2 kvartal er den 4., 5. og 6. sidste levmåned af den ældres liv osv.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Ser vi på udviklingen i andelen af ældre, der indløser recept på statiner henover det sidste leveår, så er andelen faldende, således at det er omkring hver fjerde ældre (24 pct.), der indløser recept statiner 9-12 måneder før død, og knap hver femte (19 pct.) 0-3 måneder før død, jf. figur 8.11.

Vi ser altså en faldende tendens henover det sidste leveår: Baseret på kvartalsopgørelserne kan det altså se ud til, at andelen af ældre, der behandles med statiner primo det sidste leveår, reduceres med en 5. del (24 pct. – 19 pct.), og dermed seponeres behandlingen med statiner for et mindretal af de ældre, som behandles med statiner i starten af det sidste leveår.

8.1 Variation på tværs af landet

Også i forhold til medicinforbrug, og hvorvidt der er indikation på palliation, er der forskel på tværs af landet. Ser vi på variationen i hvor stor en andel af de ældre, vi kan se indikation på palliation i det sidste leveår på tværs af landet, så er der også her variation. For 78 pct. af de ældre i Region

⁷⁹ "Seponeringslisten - anbefalinger til seponering af hyppigt anvendte lægemidler hos voksne", Sundhedsstyrelsen (2025)

Midtjylland er der indikation på en palliativ indsats, mens det kun gælder 70 pct. i Region Syddanmark, jf. figur 8.9. Det skal dog igen ses i lyset af, at vi ved, at data for sygehusmedicin kan være ukomplet, og at graden af ukomplethed kan variere fra region til region og fra sygehus til sygehus.

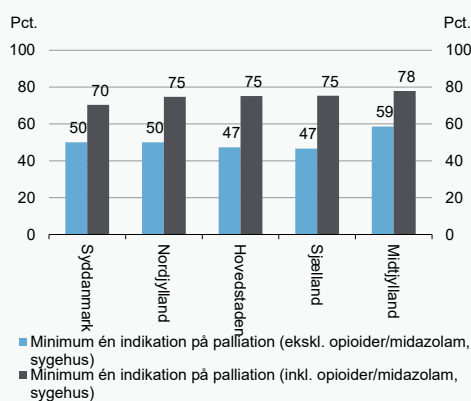
I Region Sjælland og Region Hovedstaden er andelen af ældre, hvor der er indikation på palliation i primærsektoren og/eller specialiseret palliativ behandling i sygehusregi (indikation på palliation (ekskl. opioider/midazolam, sygehus)), lavest, og forskellen mellem indikationen på palliation med og uden medicinering med opioider og/eller midazolam ved injektionsvæske på sygehuset størst (75 pct. – 47 pct. = 28 pct.). Baseret på disse opgørelser, indikerer det altså, at andelen af ældre, der alene modtager basal palliation på sygehuset, er højest i disse to regioner. Omvendt er den lavest i Region Midtjylland (78 pct. – 59 pct. = 19 pct.).

Disse resultater stemmer godt overens med, at ældre oftere dør på sygehuset i Region Hovedstaden og Region Sjælland end i Region Midtjylland⁸⁰. Det er altså i de regioner, hvor flest ældre ender med at dø på sygehuset, at andelen, der modtager basal palliation på sygehuset, ser ud til at være størst, og omvendt er andelen mindst i den region, hvor færrest ender med at dø på sygehuset.

Der er også forskel på, hvilke indikationer på palliation, vi finder på tværs af de fem regioner: I Region Midtjylland er det fx 53 pct. af de ældre, der indløser recept på opioider og/eller midazolam ved injektionsvæske i det sidste leveår mod knap 41 pct. i Region Hovedstaden. Også for de andre indikationer på palliativ indsats er der betydelige forskelle. Det kan du se mere om i bilagene, hvor vi har lavet opgørelser for indikation på palliation for den enkelte kommune, sundhedsråd og region.

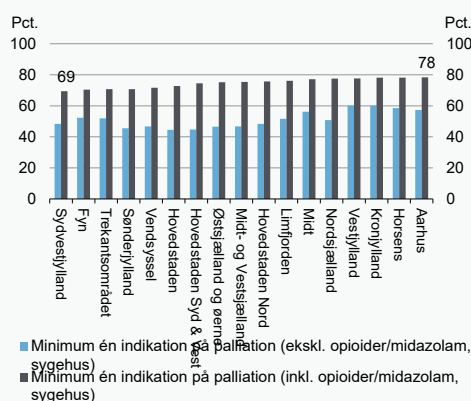
Figur 8.9

Andelen af ældre, hvor der er indikation på palliation i det sidste år opgjort på regionsniveau alders- og kønsstandardiseret, 2022-2023



Figur 8.10

Andelen af ældre, hvor der er indikation på palliation i det sidste år opgjort på sundhedsrådsniveau alders- og kønsstandardiseret, 2022-2023



Anm.: Afgrænsning af specialiserede palliative afdelinger er foretaget med udgangspunkt i et arbejde foretaget i REHPA i forhold til at identificere enheder og afdelinger der arbejder med specialiseret palliation.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen, Videnscenter for Rehabilitering og Palliation (REHPA) og egne beregninger.

På tværs af de nye sundhedsråd er forskellene i forhold til, om der er indikationer på palliation af tilsvarende størrelse: Her varierer andelen med indikation på palliation (inkl. opioider/midazolam,

⁸⁰ Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarkingenhed (2024)

sygehus) i det sidste leveår fra 69 pct. i sundhedsråd Sydvestjylland til 78 pct. i sundhedsråd Aarhus, jf. figur 8.10. Variationen er endnu større i andelen af ældre, hvor der er indikation på palliation i primærsektoren og/eller specialiseret palliation (indikation på palliation (ekskl. opioider/midazolam, sygehus)). Denne andel varierer fra 44 pct. i sundhedsråd Hovedstaden til 60 pct. i sundhedsrådene Vestjylland og Kronjylland. Forskellen mellem de to opgørelser af indikation på palliation og dermed andelen af de ældre, hvor der alene er indikation på basal palliation på sygehuset varierer fra 17 pct. i sundhedsråd Vestjylland til 30 pct. i Hovedstaden Syd & Vest.

En simpel sammenhængsanalyse på sundhedsrådsniveau mellem andelen af ældre, der ender med at dø på sygehuset⁸¹, og andelen af ældre, hvor der alene er indikation på basal palliation i sygehusregi, viser en stærk tendens til, at i sundhedsråd, hvor ældre oftere dør på sygehuset, der er der også en større andel af de ældre, der alene har indikation på basal palliation på sygehuset⁸².

Tilsvarende viser en sammenhængsanalyse mellem andelen af ældre, der dør på sygehuset og andelen, af de ældre, hvor der enten er indikation på palliation i primærsektoren og/eller specialiseret palliation i sygehusregi, en meget stærk tendens til, at jo flere ældre, hvor der er indikation på palliation i primærsektoren og/eller specialiseret palliation, des færre ældre ender med at dø på sygehuset⁸³.

Ovenstående mønstre kan tale ind i, at man i nogle områder i højere grad lykkes med at levere pleje og palliation i hjemmet, mens den ældre i andre områder ender med at tilbringe den sidste tid på sygehuset, og her få palliation på sygehuset.

Medicinforbrug

Ser vi på antallet af forskellige lægemidler, der er indløst recept på i sidste tre levemåneder, så er der på regionssniveau nogle forskelle – fx er det 33 pct. af de ældre i Region Sjælland, der har indløst recept på 10+ lægemidler (hyperpolyfarmaci) i de sidste tre levemåneder, mens andelen er 41 pct. i Region Midtjylland og Region Nordjylland, jf. figur 8.11. Det kan bl.a. hænge sammen med, at flere ældre i de to sidstnævnte regioner modtager palliation udenfor sygehuset end i Region Sjælland.

På sundhedsrådsniveau ser vi også store forskelle – det varierer fra, at det i sundhedsrådet, hvor der er færrest hyperpolyfarmacipatienter blandt de ældre, er 33 pct., der har indløst recept på 10+ lægemidler i løbet af de sidste tre levemåneder af livet, mens det er 45 pct. i sundhedsrådet, hvor der er flest, jf. figur 8.12.

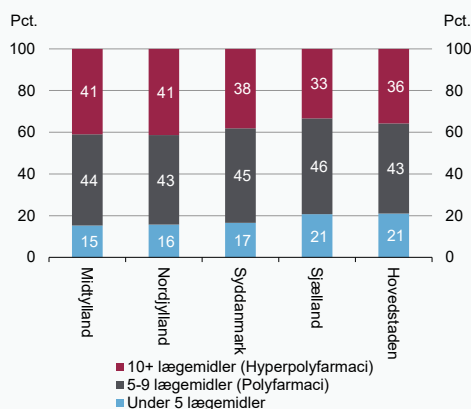
⁸¹ "Dødsfald blandt ældre – hvor stor en andel af ældre ender med at dø på sygehuset?", Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarkingenhed (2024).

⁸² Korrelationen (opgjort ved Pearsons r) mellem de to variable er 0,87*** og forklaringsgraden 0,75.

⁸³ Korrelationen (opgjort ved Pearsons r) mellem de to variable er -0,95*** og forklaringsgraden 0,89.

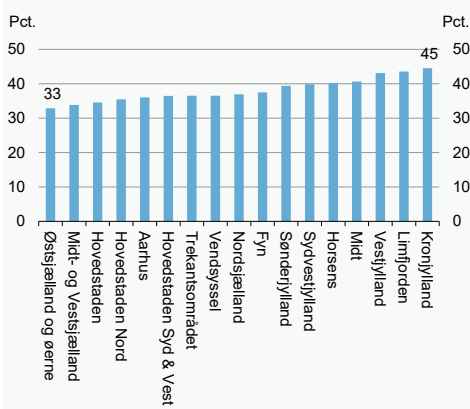
Figur 8.11

Afdøde ældre i 2022-2023 fordelt efter, hvor mange lægemidler de indløste recept på i de sidste tre levemåneder opgjort på regionsniveau, alders- og kønsstandardiseret



Figur 8.12

Andelen af ældre i 2022-2023 der indløste recept på mere end 10+ lægemidler (hyperpolyfarmaci) i de sidste tre levemåneder opgjort på sundhedsrådsniveau, alders- og kønsstandardiseret



Anm.: Opgørelserne er lavet for de afdøde i 2022-2023, da der ikke var data tilgængeligt for Lægemiddelstatistikken i 2024 på opgørelsestidspunktet. I begge figurer er antibiotika ikke medtaget, da afgrænsningen tager udgangspunkt i de lægemidler, der inkluderes i Sundhedsdatastyrelsens opgørelse af polyfarmaci.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Som vi så ovenfor er det naturligt, at man bruger (nye) lægemidler i den allersidste del af livet i forbindelse med palliation (fx opioider og midazolam), men det er også vigtigt at holde sig for øje, at det ved en kort forventet restlevetid er relevant med medicingennemgang for at begrænse antallet af lægemidler og særligt kan det være relevant at seponere brugen af lægemidler til forebyggende behandling⁸⁴.

I denne analyse har vi set på forbruget af statiner i det sidste leveår på tværs af landet. Billedet er relativt ens på tværs af regionerne. Andelen af ældre, der indløser recept på statiner i det sidste leveår varierer fra 30 pct. i Region Hovedstaden til 33 pct. i Region Nordjylland, jf. figur 8.12.

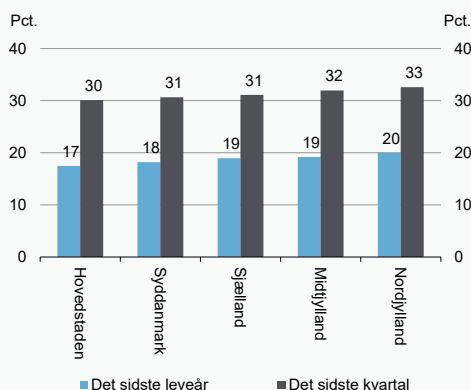
På sundhedsrådsniveau finder vi heller ikke store forskelle i andelen af de ældre, der indløser recept på statiner i det sidste leveår. Andelen varierer fra 29 pct. i sundhedsråd Fyn til 35 pct. i sundhedsråd Hovedstaden Syd & Vest, jf. figur 8.13.

Det indikerer altså, at på tværs af landet er det omkring hver tredje ældre, der indløser recept på statiner i det sidste leveår, og selvom andelen er mindre i den allersidste tid, så er det på tværs af alle fem regioner omkring hver femte ældre, der indløser recept på statiner i de sidste tre levemåneder (kvartal).

⁸⁴ "Medicigennemgang i praksis", Sundhedsstyrelsen og regionernes lægemiddelkonsulenter

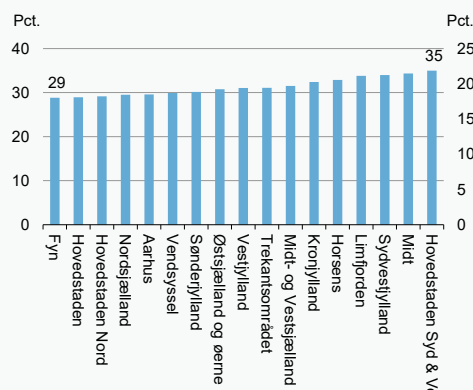
Figur 8.12

Den alders- og kønsstandardiserede andel af ældre, der indløser recept på statiner i det sidste leveår og det sidste kvartal opgjort på regionsniveau, 2022-2023



Figur 8.13

Den alders- og kønsstandardiserede andel af ældre, der indløser recept på statiner i det sidste leveår opgjort på sundhedsrådsniveau, 2022-2023



Anm.: Statiner afgrænses på samme måde som i Sundhedsdatastyrelsens opgørelser på www.medstat.dk ved ATC-koderne C10AA, C10AB02 og C10AB05. Opgørelser for det sidste kvartal er baseret på aktiviteten i de sidste tre levemåneder af den ældres liv.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Du kan se opgørelser for palliation, lægemiddelforbrug og statinforbrug i ældres sidste leveår på kommune-, sundhedsråds- og regionsniveau i bilag 4-6.

Sammenhæng til socioøkonomi

Vi har ved simple sammenhængsanalyser på kommuneniveau set på, hvorvidt der er sammenhæng mellem, hvor socioøkonomisk udfordret en given kommune er, og medicinforbruget blandt ældre i det sidste leveår, samt for hvor mange af de ældre, hvor der er indikation på palliation i det sidste leveår.

Helt overordnet finder vi nogle mindre tendenser. Der kan være en tendens til, at kommuner, der er socioøkonomisk udfordrede, er andelen af ældre, der har indikation på palliativ indsats i det sidste leveår, mindre end i kommuner, der ikke er ligeså udfordrede. Tendensen er dog ikke stærk og ser ud til særligt at skyldes, at vi også kan spore en tendens til, at de ældre i socioøkonomisk udfordrede kommuner i mindre grad indløser recept på opioider og/eller midazolam ved injektionsvæske.

Der kan også være en svag tendens til, at en større andel af ældre i mere socioøkonomisk udfordrede kommuner, indløser recept på statiner i det sidste leveår. Det kan dog ikke udelukkes, at andelen af personer, der generelt indløser recept på statiner, er højere i socioøkonomisk udfordrede kommuner eksempelvis pga. et generelt dårligere helbred. Det er ikke blevet undersøgt i denne analyse.

Se Bilag 7: Metode for resultaterne for sammenhængsanalyserne.

Du kan i bilag 1-6 se resultater for indikation på palliation og medicinforbrug for din kommune, region og sundhedsråd.

9 Tværsektorielle indsatsmønstre

I tidligere kapitler har vi set på ældres sygehusaktivitet, indsatser i almen praksis og kommunen, samt hvorvidt der er indikation på palliation i den sidste tid. I dette kapitel ser vi på mønstre og tendenser mellem antallet af akutte sygehuseophold i ældres sidste leveår og indsatsbilledet i primærsektoren og de palliative indsatser på tværs af landet.

Det er vigtigt med det samme at understrege, at der ikke er tale om undersøgelser af kausale sammenhænge eller effektanalyser. I stedet er der tale om simple sammenhængsanalyser på kommuneniveau, der skal afdække, hvorvidt der kan spores nogle tværsektorielle tendenser. Analyserne kan tjene som input til dialog fx i regi af de nye sundhedsråd om, hvordan ældres sidste tid ser ud fra et indsatsperspektiv, og om den tværsektorielle arbejdsdeling i forhold til den ældre er, som den skal være.

Der kan være forhold på udbudssiden (fx lægedækning i almen praksis, antallet af sengepladser i sygehusregi m.m.), der også kan have betydning for ældres akutte sygehusaktivitet i det sidste leveår, og som det derfor også kunne være relevant at sætte fokus på i forhold til sammenhæng til den akutte sygehusaktivitet i ældres sidste tid. I denne analyse har vi dog set på *aktiviteten* i forhold til de tværsektorielle indsatser i det sidste leveår, og det er derfor også disse opgørelser, der primært er i fokus i de tværsektorielle sammenhængsanalyser.

3 CENTRALE KONKLUSIONER FRA KAPITLET

- Overordnet finder vi en tendens til, at jo flere ældre primærsektoren er i kontakt med i den sidste tid, des færre akutte sygehuseophold ser vi det i sidste leveår. Det gælder særligt, når vi ser på kontakten til almen praksis, men også når vi ser på, om den ældre modtager en kommunal indsats (hjemmesygepleje, hjemmepleje eller plejehjem).
- I kommuner med en høj andel af ældre, hvor der enten er indikation på palliation i primærsektoren og/eller specialiseret palliation, er der en tendens til færre akutte sygehuseophold i det sidste leveår. Det kan være udtryk for, at man i nogle områder i højere grad lykkes med at levere palliative behandlingsforløb i primærsektoren og i højere grad undgår, at den ældre kommer akut på sygehuset. Vi finder da også en tendens til, at kommuner, hvor de ældre har mange akutte sygehuseophold, der er der en større andel af de ældre, der alene har indikation på basal palliation i sygehusregi.
- I kommuner, hvor ældre har meget planlagt behandling i sygehusregi i den sidste tid, er der en tendens til, at de ældre også har flere akutte sygehuseophold – også når der tages højde for forskelle i socioøkonomi og hvor stor en andel af de afdøde ældre, der led af alvorlig sygdom primo det sidste leveår, på kommuneniveau⁸⁵. Det kan tale ind i, at i de områder, hvor man generelt bruger sygehusene meget i de planlagte behandlingsforløb, der bruger man dem også meget til akutte problemstillinger.

⁸⁵ Socioøkonomiske forskelle er opgjort ved socioøkonomisk indeks, og andelen med alvorlig sygdom er opgjort som andelen af de afdøde ældre, der havde en værdi på Charlsons komorbiditetsindeks på 3+.

Nedenfor beskrives og fortolkes udvalgte sammenhænge mellem forskellige indsatser og antallet af akutte sygehusophold pr. 1.000 ældre i det sidste leveår. Der er tale om simple sammenhængsanalyser, og vi kan ikke pba. disse opgørelser udtale os om kausalitet og årsagssammenhænge, men alene opstille hypoteser pba. de indsatsmønstre, der ses.

I kapitel 7 så vi, at der er forskel i kontakten til den praktiserende læge i det sidste leveår på tværs af landet. Variationen i andelen af ældre, der havde besøg hos lægen eller udebesøg i den sidste levemåned er betydelig. Det er særligt i Vestdanmark, at de ældre har meget aktivitet hos den praktiserende læge i den sidste tid. I tabellen i boks 9.1 er der klare indikationer på, at i de områder, hvor der er meget kontakt med den praktiserende læge i den sidste tid, der kommer de ældre sjældnere akut på sygehuset.

Det er nærliggende at fortolke disse sammenhænge, som at dér hvor den praktiserende læge i højere grad er inde over den ældres behandlingsforløb, der lykkes man også i højere grad med at forebygge helbredsforværringer, der i sidste ende kan betyde, at den ældre ender med at få behov for akut behandling på sygehuset.

Sammenhængene kan dog også være et udtryk for, at arbejdsdelingen mellem almen praksis og sygehuset generelt er anderledes på tværs af landet, således at nogle af de ting, ældre kommer på sygehuset med i nogle områder, altid i højere grad behandles af primærsektoren i andre områder.

Når vi ser på sammenhængen mellem kommunale indsatser, og hvor mange akutte sygehusophold ældre har i det sidste leveår, så er der en moderat til stærk tendens til, at kommuner, hvor en høj andel af ældre modtager en kommunal indsats (hjemmesygepleje, hjemmepleje og plejehjem), der har de ældre i mindre grad hyppige akutte sygehusophold, end i kommuner hvor færre ældre har en kommunal indsats. Der er dog ikke nogen klare indikationer på, at der er en særlig indsats, der driver denne sammenhæng.

Vi finder dog også en tendens til, at jo flere sygeplejersker der er i kommunen, des færre akutte sygehusophold har de ældre i det sidste leveår. Det kan indikere, at den sundhedsfaglige kapacitet i kommunen har betydning for, hvor meget de ældre er akut ind og ud af sygehuset i den sidste tid. Vi finder ikke en tilsvarende stærk tendens i forhold til det faglærte SOSU-personale.

Det ser altså overordnet ud til, at i de områder, hvor ældre har relativt meget kontakt til primærsektoren i den sidste del af livet, der undgår de ældre i højere grad akutte sygehusophold.

Vi har i kapitel 8 set på ældres medicinforbrug og indikation på palliation. Her så vi, at omkring 3 ud af 4 ældre (76 pct.) har indikation på en palliativ indsats i det sidste leveår. Denne andel varierer på tværs af landet. Vi finder dog ingen sammenhæng mellem andelen af ældre, hvor der er indikation på palliation og antallet af akutte sygehusophold i det sidste leveår.

Derimod finder vi en tendens til, at jo større en andel af de ældre, der modtager palliation i primærsektoren og/eller specialiseret palliation (indikation på palliation (ekskl. opioider/midazolam, sygehus)), des færre akutte sygehusophold har de ældre i det sidste leveår. Tilsvarende finder vi en stærk tendens til, at hvis andelen af ældre, der alene ser ud til at modtage basal palliation på sygehuset er høj, så har de ældre også flere akutte sygehusophold i det sidste leveår. En mulig fortolkning af disse mønstre er, at hvorvidt den ældre modtager palliation eller ej ikke er afgørende for, hvorvidt den ældre kommer akut på sygehuset, men i områder hvor man i højere grad formår at

tilrettelægge de palliative behandlingsforløb udenfor sygehuset, der har de ældre færre akutte kontakter på sygehuset.

På kommuneniveau ser der overordnet ud til at være en tendens til, at har de ældre i det sidste leveår meget planlagt behandling på/med sygehuset (sygehusophold, virtuel kontakt og udekontakter), så har de også relativt mange akutte sygehusophold⁸⁶. Det kan tale ind i, at i de områder, hvor man generelt bruger sygehusene meget i de planlagte behandlingsforløb, der bruger man dem også meget til akutte problemstillinger⁸⁷.

⁸⁶ Sammenhængen gælder også, når vi tager højde for hvor socioøkonomisk udfordrede kommunerne er (socioøkonomisk indeks), samt hvor stor en andel af de afdøde ældre, der led af alvorlig sygdom primo det sidste leveår (opgjort som andelen af ældre, der havde en værdi på Charlsons komorbiditetsindeks på 3 eller mere).

⁸⁷ I en baggrundsanalyse har vi også set på sammenhængen mellem antallet af akutte sygehusophold i ældres sidste leveår og antallet af akut virtuel kontakter med sygehuset. Her finder vi en tendens til, at ældre i områder, hvor der er meget akut virtuel kontakt har mindre akutte sygehusophold. Resultaterne er ikke medtaget i denne opgørelse, da der er store forskelle på forekomsten af akutte virtuelle kontakter på tværs af landet, og det kan ikke udelukkes, at disse forskelle i højere grad skyldes registreringsforskelle end forskelle i praksis.

Boks 9.1

Partielle sammenhængsanalyser mellem forskellige mål for indsatsmønstrene og aktiviteten på sygehuset, i kommune og almen praksis, samt medicinforbrug og indikation på palliation i ældres sidste tid, 2022-2024

Sektor	Indsatsstype	Sammenhængen til akut sygehusaktivitet (akutte sygehusophold pr. 1.000 ældre)
Almen praksis	Mindst en kontakt med almen praksis ¹	
	Besøg hos lægen ¹	
	Udebesøg (fx hjemmebesøg) ¹	
	Virtuel kontakt ¹	
	Gennemsnitligt antal besøg ²	
Kommune	Mindst én kommunal indsats ¹	
	Hjemmepleje ¹	
	Plejehjem ³	
	Hjemmepleje og plejehjem samlet ¹	
	Hjemmesygepleje ¹	
	Antal kommunale sygeplejersker pr. 1.000 65+ årige ⁴	
	Antal faglært SOSU-personale pr. 1.000 65+-årige ⁴	
	Antal sygeplejersker + faglært SOSU-personale pr 1.000 65+-årige	
Palliation	Indikation på palliation (inkl. opioider/midazolam. Sygehus) ⁵	
	Indikation på palliation (ekskl. opioider/midazolam. Sygehus) ⁵	
	Specialiseret palliativ behandling ⁶	
	Terminaltilskud ⁶	
	Opioider/Midazolam ved injektionsvæske, recept ⁶	
	Opioider/Midazolam ved injektionsvæske, sygehusmedicin ⁶	
	Indikation alene på basal palliation på sygehus ⁹	
Sygehus	Planlagte sygehusophold ⁷	
	Planlagt virtuel kontakt ⁷	
	Udebesøg ⁷	
	Afstand til sygehus ⁸	

	Pearsons r er -1 til -0,70 og betegnes som en stærk til meget stærk, negativ sammenhæng
	Pearsons r er -0,69 til -0,30 og betegnes som en moderat til stærk, negativ sammenhæng
	Pearsons r er -0,29 til -0,10 og betegnes som svag, negativ sammenhæng
	Pearsons r er -0,09 til 0,09 og betegnes som ingen sammenhæng
	Pearsons r er 0,10 til 0,29 og betegnes som svag, positiv sammenhæng
	Pearsons r er 0,30 til 0,69 og betegnes som en moderat til stærk, positiv sammenhæng
	Pearsons r er 0,70 til 1 og betegnes som en stærk til meget stærk, positiv sammenhæng

Anm.: Der er tale om partielle sammenhænge, da der samtidig kontrolleres for socioøkonomisk indeks. Alle variable er køns- og aldersstandardiserede (dog ikke afstandsvariablen eller antal sygeplejersker/SOSU-assistenter i kommunerne). De enkelte korrelationer kan aflæses i Bilag 7: Metode. 1) er andel ældre i kommunen med denne form for kontakt i den sidste levemåned. 2) Det gennemsnitlige antal besøg (besøg hos lægen + udebesøg) i det sidste leveår. 3) Andelen af ældre, der bor eller flytter på plejehjem i den sidste levemåned. 4) Antallet af kommunale sygeplejersker og SOSU-assistenter er opgjort for hele kommunen og ikke kun på ældreområdet, hvilket betyder, at der også indgår personale fra fx socialområdet. Langt det meste af personalet er dog tilknyttet ældreområdet. 5) Andelen af ældre på kommuneniveau, hvor mindst én af de tre nedenstående indikationer på palliativ indsats er opfyldt. 6) Andelen af ældre, der har haft dette i det sidste leveår. 7) Opgøres som antal kontakter i det sidste leveår pr. 1.000 ældre i kommunen. I disse sammenhængsanalyser er der også taget højde for andelen af de afdøde ældre, der har alvorlig sygdom primo det sidste leveår (opgjort som andelen af de afdøde ældre med en værdi på Charlsons Komorbiditetsindeks på 3 eller mere). 8) Afstanden er opgjort som den gennemsnitlige afstand mellem den afdøde ældres bopælssogn og nærmeste akutsygehus. 9) 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, Videnscenter for Rehabilitering og Palliation (REHPA), Kommunernes og Regionernes Løndatakontor (KRL) og egne beregninger.

10 Refleksionsspørgsmål

Med udgangspunkt i analysens resultater har vi udarbejdet en syv refleksionsspørgsmål. Disse spørgsmål kan sammen med analysens hovedresultater og de tilhørende bilag med lokale resultater for den enkelte kommune, sundhedsråd og region bruges som afsæt for lokal dialog, om hvordan indsatsbilledet i ældres sidste tid ser ud i området.

Vi håber, at disse spørgsmål kan fungere som inspiration til det videre arbejde med at forbedre de ældres behandlingsforløb i den sidste tid. Refleksionsspørgsmålene fremgår af boks 10.1.

Boks 10.1

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?