

Jan Christensen og Eskild Klausen Fredslund

De fælles ældre

En opgørelse af 65+-årige borgere i
hjemmeplejen og i hospitalssektoren



De fælles ældre. Opgørelse af 65+-årige borgere i hjemmeplejen og i hospitalssektoren kan hentes fra hjemmesiden www.kora.dk

© KORA og forfatterne

Mindre uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt med tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende, bedes sendt til KORA.

© Omslag: Mega Design og Monokrom

Udgiver: KORA

ISBN: 978-87-7488-771-3

Projekt 10639

Marts 2014

KORA
Det Nationale Institut for
Kommuners og Regioners Analyse og Forskning

KORA er en uafhængig statslig institution, hvis formål er at fremme kvalitetsudvikling, bedre ressourceanvendelse og styring i den offentlige sektor.



Det Nationale Institut
for Kommuners og Regioners
Analyse og Forskning

Købmagergade 22
1150 København K
E-mail: kora@kora.dk
Telefon: 444 555 00

Indhold

Sammenfatning	4
1 Indledning	7
2 De fælles ældre – data og metode.....	7
3 Resultater i tabelform	8
4 Selvrapporeret helbred	12
5 Betydningen af baggrundsvariable	13
Demografiske baggrundsvariable	14
Uddannelsesbaggrund	15
Forbrug af sygesikringsydelse og medicin	15
Geografiske forskelle	15
Helbredsoplysninger	17
Etnicitet	17
6 Diskussion og konklusion	18
Litteratur	19
Bilag 1: Repræsentativitet af registerdata	20
Bilag 2: Sundhedsprofilundersøgelsen og repræsentativitet	20
Bilag 3: Resultater af sundhedsprofilundersøgelsen	21
Bilag 4: Tilnærmelse til repræsentativitet for sundhedsprofilundersøgelsen .	23
Bilag 5: Analyse for en undergruppe af ældre (de 75-85-årige).....	26

Sammenfatning

Denne rapport ligger i forlængelse af et tidligere offentliggjort notat om de fælles ældre (KORA, maj 2013). Rapporten uddyber notatets deskriptive resultater og tilføjer en analytisk regressionsbaseret del, hvor data fra Sundhedsprofil 2010 inddrages.

Rapporten identificerer og beskriver de såkaldte **fælles ældre**, dvs. de 65+-årige borgere, der både modtager ydelser fra den kommunale servicesektor og fra regionerne. Den tegner endvidere et billede af de borgere, som modtager hjemmepleje efter Serviceloven eller ydelser i det somatiske sygehusvæsen, og sammenligner disse grupper med de fælles ældre.

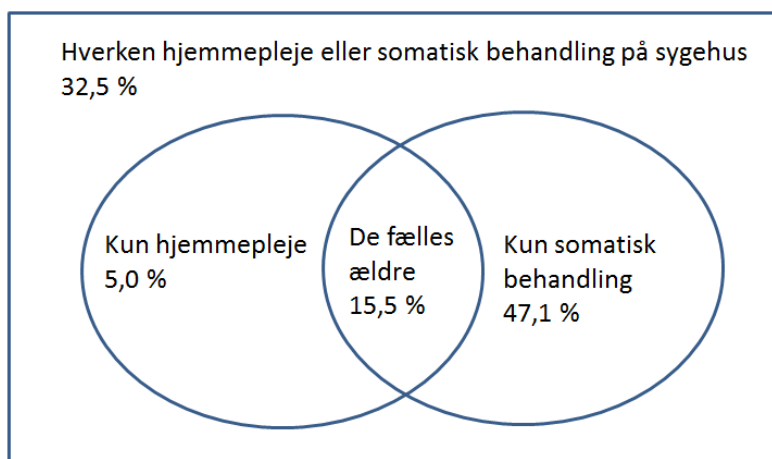
Rapporten består af en deskriptiv og en analytisk del. Den deskriptive del beskriver, hvilke forhold der kendetegner de fælles ældre borgere, når vi betragter gruppen udefra. Denne del er specielt interessant, når det gælder identifikation af ældre borgere i risiko for at være fælles ældre.

Den analytiske del benytter en regression til at beskrive, hvilke karakteristika der statistisk set er af signifikant betydning for, om man befinder sig i gruppen af fælles ældre. Denne del kan være med til at danne grundlag for forebyggelse af at blive en fælles ældre i fremtiden.

Gruppen af ældre, der er fælles mellem kommuner og sygehuse, kræver en ekstra indsats i forbindelse med koordinering mellem sygehus og hjemkommune, hvor den patientrettede forebyggelse finder sted.

Analysen viser, at to tredjedele af de ældre er i kontakt med det somatiske sundhedsvæsen i regionerne, og at ca. 15 % af de ældre er fælles for kommuner og regioner. Fordelingen af de ældre borgere på ældre, der ikke modtager ydelser, ældre, der kun modtager hjemmepleje, ældre, der kun har været på sygehus, og de fælles ældre, ses i nedenstående figur 1.

Figur 1 Fordeling af de ældre borgere



Rapportens deskriptive del tegner et billede af den typiske fælles ældre:

- Den fælles ældre ligger i den ældste del af de 65+-årige og er i gennemsnit 80 år
- Den fælles ældre er blevet enke/enkemand foregående år (der er mere end dobbelt så mange, der er blevet enke/enkemand foregående år, i gruppen af fælles ældre end gennemsnitligt)
- Næsten 70 % af de fælles ældre er kvinder
- Mindre end 25 % af de fælles ældre har en videregående uddannelse
- De fælles ældre har det højeste forbrug af receptpligtig medicin og sygesikringsydelse blandt de 65+ årige
- Knap hver femte fælles ældre har et problematisk alkoholforbrug¹
- Ca. 10 % af de fælles ældre har et usundt kostmønster

Disse faktorer er typiske for den fælles ældre og er kendetegnende for, hvad vi vil forvente at finde hos en fælles ældre.

I den analytiske del, som bygger på regressionsanalysen, ser vi på, hvilke karakteristika der har statistisk signifikant sammenhæng med at være en del af de fælles ældre. Her går vi bagom tallene og benytter statistik til at forklare, hvad der har statistisk sammenhæng med at være en fælles ældre.

Analysen viser, at den ældre har større sandsynlighed for at være en del af de fælles ældre, hvis den ældre:

- er blevet enke/enkemand foregående år
- har et højt forbrug af receptpligtig medicin og sygesikringsydelse
- har et ringe fysisk og mentalt selvvurderet helbred

Endvidere peger resultaterne på, at der er sammenhæng med:

- om den ældre bor i en bykommune
- om den ældre har en uddannelse ud over grundskolen
- om den ældre har et sundt kostmønster frem for et middelsundt, fordi det betyder øget sandsynlighed for at være blandt de fælles ældre

Ovenstående tegner et billede af, at de fælles ældre er en relativt udsat gruppe af hovedsageligt enlige med en relativt ringe sundhedstilstand.

Den deskriptive og den regressionsbaserede analyse underbygger hinandens resultater med undtagelse af uddannelse og selvvurderet helbred.

Med hensyn til lav uddannelse ses, at det ikke har statistisk forbindelse til at være blandt de fælles ældre, selvom hovedparten af de fælles ældre kun har en grundskoleuddannelse.

¹ Målt med CAGE-spørgeskema til belysning af alkoholvaner.

Dette bunder i, at kortuddannede også har større risiko for et dårligere helbred, hvilket er den egentlige årsag til, at man ender blandt de fælles ældre.

Det ses i den deskriptive del, at de fælles ældre har et gennemsnitligt selvvurderet fysisk og mentalt helbred. Regressionsanalysen viser dog, at der er en klar statistisk sammenhæng imellem ringe selvvurderet helbred og øget sandsynlighed for at være blandt de fælles ældre, når der fx er taget højde for uddannelsesbaggrund.

1 Indledning

Sundhedsvæsenet står over for nye udfordringer i de kommende år. Der stilles større krav om flere sundhedsydelser, samtidig med at ressourcetildelingen er under pres. Blandt fokusområderne er at skabe et mere sammenhængende sundhedsvæsen, som det også fremhæves i det seneste sundhedsudspil fra regeringen (Regeringen 2013). Som redskab til at skabe sammenhæng og smidighed imellem forskellige aktører på sundhedsområdet er det essentielt at få afdækket, hvilke kontaktflader der er, og få karakteriseret disse. Denne analyse ses som et bidrag hertil ved at afdække en af kontaktfladerne mellem de kommunale og de regionale serviceydelser.

Formålet med analysen er at identificere og beskrive de såkaldte **fælles ældre**, dvs. de 65+-årige borgere, der modtager ydelser fra både den kommunale servicesektor og fra hospitalerne. Der tegnes et billede af de borgere, som modtager hjemmepleje efter Serviceloven og ydelser i det somatiske sygehusvæsen, dvs. indlæggelser, ambulante forløb eller skadestuebesøg.

Hjemmepleje er i denne analyse defineret som pleje leveret af kommunen (eller underleverandør) efter Serviceloven. Dette drejer sig både om praktisk hjælp og personlig pleje. I denne analyse omfatter hjemmepleje ikke hjemmesygepleje, hvor der p.t. ikke findes dækkende tilgængelige data.

Ved at tegne et billede af den typiske fælles patient og identificere, hvilke karakteristika der kendetegner en sådan, skabes et bedre grundlag for regioner og kommuner til at udbygge og fokusere deres samarbejde om de ældre medborgere og skabe en mere målrettet indsats.

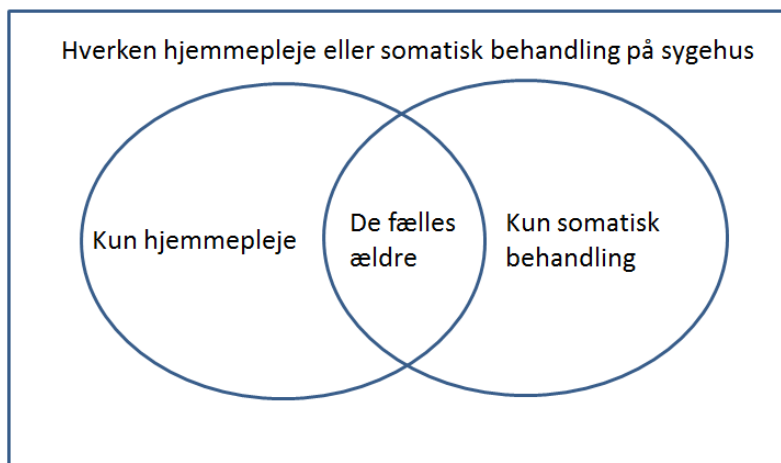
Rapporten er opdelt i yderligere fem mindre afsnit. Afsnit 2 beskriver den metode, der er brugt til at identificere de fælles ældre. Afsnit 3 præsenterer resultaterne af en opgørelse for alle ældre i tabelform. I afsnit 4 introduceres yderligere data fra en sundhedsprofilundersøgelse, hvor bl.a. indgår selvrapporteret helbred. I afsnit 5 laves en regressionsanalyse for at beskrive, hvilke variable der har afgørende forklaringsgrad i forbindelse med at begrunde sandsynligheden for at modtage hjemmepleje og/eller somatisk sygehusbehandling. Afsnit 6 konkluderer og perspektiverer.

2 De fælles ældre – data og metode

Analyserne i denne rapport er lavet med særligt henblik på de såkaldte fælles borgere, dvs. de borgere, der både modtager ydelser fra den kommunale servicesektor og fra hospitalerne og derfor er fælles for de regionale og kommunale aktører. Blandt den del af de fælles borgere, der er 65+ år, identificeres de, som modtager hjemmepleje og indlæggelser eller ambulante besøg i den somatiske hospitalssektor.

Data er dannet på baggrund af en række registre fra Danmarks Statistik. Analyseåret er 2010. Inkluderet er personer, som er fyldt 65 år pr. 1. januar 2010 og er bosiddende i Danmark. Populationen er inddelt i grupper. Det ene inddelingskriterium er, om personen har modtaget hjemmepleje i 2010, og det andet er, om personen har haft indlæggelser og/eller ambulante besøg i den somatiske hospitalssektor i løbet af 2010. Personerne kan tilhøre en af grupperne, dem begge eller ingen af dem, som illustreret i figur 2.

Figur 2 Gruppering af de ældre borgere



Ikke alle kommuner har indberettet hjemmepleje i alle måneder af 2010. Der findes dækkende indberetninger for 85 kommuner, som tilsammen omfatter 87 % af den danske 65+-årige befolkning. Analyserne er lavet på datamateriale for de 85 kommuner, som samlet set vurderes at være repræsentative for Danmark som helhed. Se nærmere om repræsentativiteten i bilag 1.

De deskriptive resultater, som afrapporteres i afsnit 3 og 4, tegner det samlede billede af, hvordan gruppen af fælles ældre ser ud og adskiller sig fra ældre, der kun modtager hjemmepleje eller behandling på sygehus. Analysen beskriver, hvordan gruppen rent faktisk ser ud, og hvordan vi kan identificere en mulig fælles ældre.

I afsnit 5 benyttes en logistisk regressionsmodel, hvor samtlige variable fra Danmarks Statistisk og Sundhedsprofil 2010 indgår. Resultaterne afrapporteres som odds-ratioer, hvor et estimat større end 1 indikerer højere sandsynlighed for et givent udfald ift. referencegruppen, mens et estimat mindre end 1 indikerer lavere sandsynlighed. Resultater, der ikke er signifikante, angives med krøllede parenteser ({}). Referencegruppen er gruppen af fælles ældre. Dette muliggør sammenligning med gruppen af ældre, der ingen ydelser modtager, samt ældre der modtager hjemmehjælp eller sygehusbehandling.

Denne analyse går bag om den deskriptive analyse og viser, hvilke karakteristika der har statistisk sammenhæng med, om man er en fælles ældre. Dette kan være med til at kvalificere den deskriptive analyse.

3 Resultater i tabelform

I den deskriptive del af rapporten præsenteres grupperne af ældre ved opgørelser af antal borgere i hver gruppe og deres relative fordelinger. Hertil kommer karakteristika af grupperne på en række baggrundsvariable. Resultaterne er præsenteret i tabelform, opgjort for den samlede gruppe af 65+-årige og på de fire grupper, som har modtaget hjemmepleje og/eller sygehusbehandling.

Som det fremgår af tabel 1, er der i alt godt 785.000 borgere over 65 år i de 85 kommuner. Fordelingen af disse er illustreret i figur 2. Tabel 1 viser, at 15,5 % har modtaget hjemmepleje og behandling i det somatiske hospitalsvæsen i 2010, mens 5,0 % har mod-

taget hjemmepleje, men ikke behandling i det somatiske sygehusvæsen. Ca. en tredjedel (32,5 %) har hverken modtaget hjemmepleje eller somatisk sygehusbehandling, mens 47,1 % har modtaget behandling i det somatiske sygehusvæsen, men ikke hjemmepleje.

Grupperne af ældre beskrives i tabel 1 yderligere ved en række demografiske baggrundsvARIABLE. Eksempelvis ses, at gennemsnitsalderen for de to grupper af den 65+-årige befolkning, som modtager hjemmepleje, er 82,2 år henholdsvis 80,1 år, mens det tilsvarende er 73,0 år henholdsvis 72,7 år for de grupper af ældre, der ikke modtager hjemmepleje. Det ses af tabellen, at de fælles ældre har en langt større andel af ugifte end den typiske ældre borger.

Når vi ser på, om den ældre borger er blevet enke/enkemand i løbet af det foregående år, er det tilfældet for ca. dobbelt så stor en andel af de fælles ældre i forhold til gennemsnittet. Denne andel er naturligt lille, men kan være en faktor af betydning for hvilken gruppe man tilhører. Vi ser i kapitel 5, at det at være blevet enke/enkemand også har en statistisk signifikant sammenhæng med at være en del af de fælles ældre.

Tabel 1 viser ligeledes, at næsten 70 % af de fælles ældre er kvinder. Dette er betragteligt mere end den gennemsnitlige andel på godt halvdelen af hele gruppen.

Tabel 1 Baggrundsoplysninger – demografi

	I alt	Fælles ældre	Hverken eller	Kun hjemmepleje	Kun sygehus
Antal personer 65+ år	785.396	121.396	254.951	39.318	369.731
Andel af 65+ -årige		15,5 %	32,5 %	5,0 %	47,1 %
Gennemsnitsalder	74,4	80,1	73,0	82,2	72,7
Andel ugifte	42,2 %	70,9 %	37,0 %	78,0 %	32,5 %
Enke/enkemand foregående år	1,5 %	2,8 %	1,2 %	2,5 %	1,2 %
Andel kvinder	55,7 %	67,8 %	50,4 %	72,6 %	53,5 %

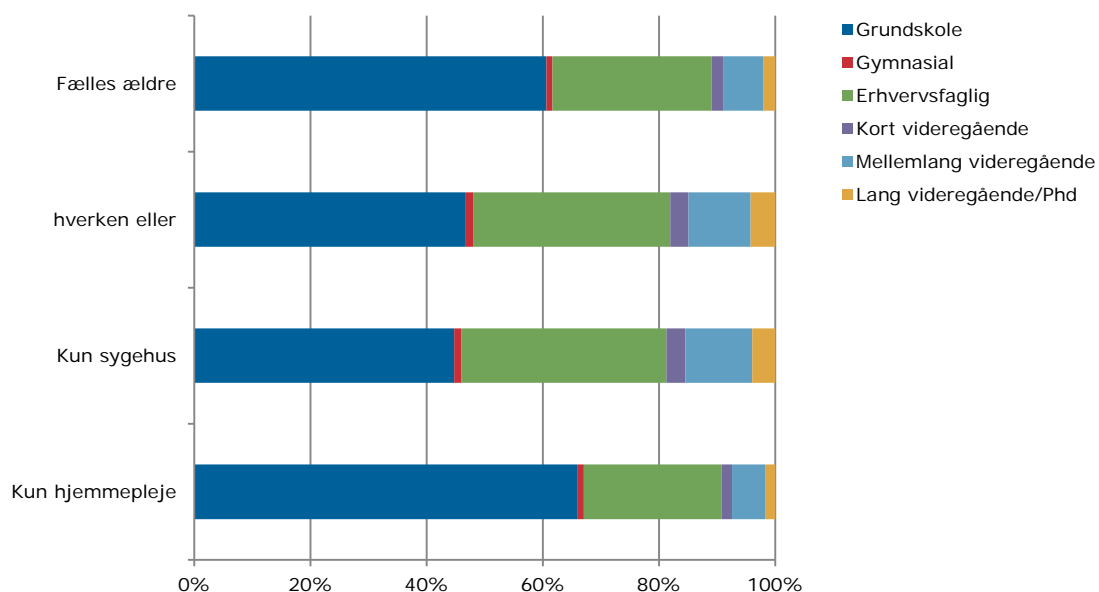
I tabel 2 opdeles grupperne af ældre efter deres uddannelsesmæssige baggrund. Opdelingen er lavet på uddannelsesgrupperne grundskole, gymnasial uddannelse, erhvervsfaglig uddannelse, kort-, mellemlang- og lang videregående uddannelse samt ukendt uddannelsesbaggrund. Eksempelvis ses af tabellen, at der i gruppen af fælles ældre, sammenlignet med dem der hverken modtager hjemmepleje eller sygehusbehandling, er en større andel personer med grundskole (52,0 % mod 44,1 %) eller ukendt uddannelse (14,2 % mod 5,4 %) som højeste fuldførte uddannelse, mens det er en mindre andel for de øvrige uddannelsesgrupper. Alt andet lige viser resultaterne dermed, at ældre, som modtager hjemmepleje og sygehusbehandling, generelt er kortere uddannet end dem, der ikke gør. Vi ser dog i regressionsanalysen, at det at være en fælles ældre ikke drives af kort uddannelsesbaggrund.

Tabel 2 Uddannelsesbaggrund – højeste fuldførte uddannelse

	I alt	Fælles ældre	Hverken eller	Kun hjemmepleje	Kun sygehus
Antal personer 65+ år	785.396	121.396	254.951	39.318	369.731
Grundskole	45,1 %	52,0 %	44,1 %	52,3 %	42,8 %
Gymnasial	1,2 %	0,9 %	1,3 %	0,8 %	1,2 %
Erhvervsfaglig	30,9 %	23,5 %	32,1 %	18,8 %	33,7 %
Kort videregående	2,8 %	1,7 %	3,0 %	1,4 %	3,1 %
Mellemlang videregående	9,6 %	5,9 %	10,1 %	4,6 %	11,0 %
Lang videregående/ph.d.	3,4 %	1,8 %	4,0 %	1,3 %	3,8 %
Ukendt	7,0 %	14,2 %	5,4 %	20,8 %	4,3 %

Bem.: Ukendt uddannelse kan bl.a. skyldes manglende oplysninger om uddannelsesbaggrund specielt for den aller ældste del af befolkningen.

Nedenstående figur 3 er en grafisk illustration af ovenstående tabel 2, hvor de fælles ældre sammenlignes med gruppen af ældre, der hverken har modtaget kommunale ydelser eller sygehusbehandling. Figuren viser, at de fælles ældre generelt har et lavere uddannelsesniveau end ældre, der ikke modtager ydelser. De fælles ældre er underrepræsenteret i samtlige uddannelsesgrupper ud over grundskolen.

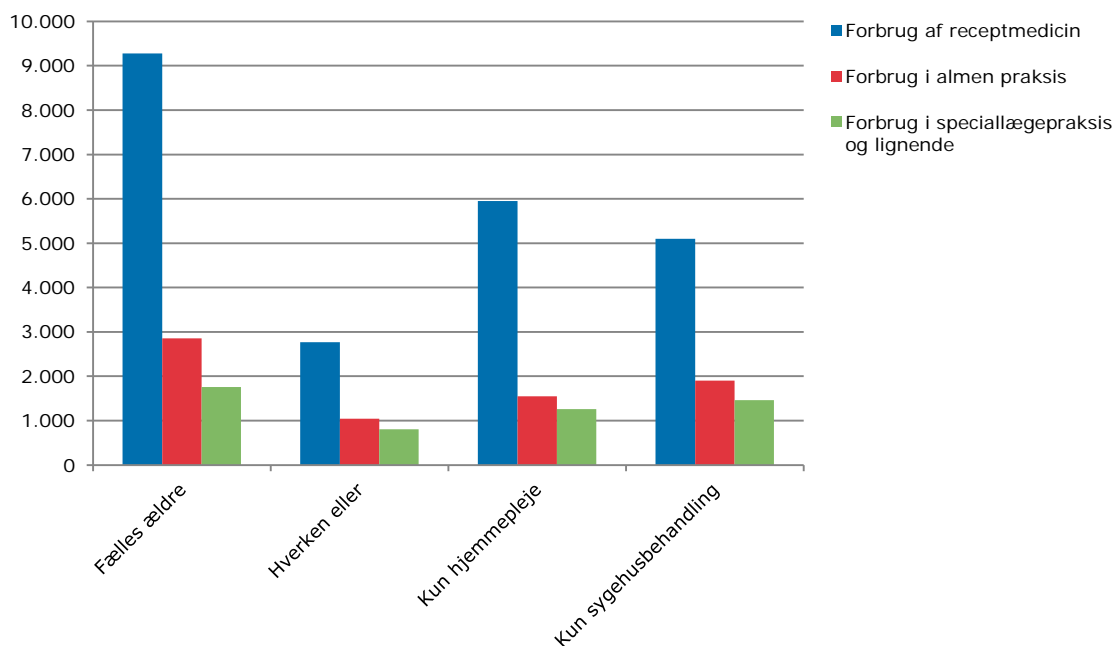
Figur 3 Sammenligning af uddannelsesbaggrund – højeste fuldførte uddannelse

Note: Ukendt uddannelse er udeladt, da det kan skyldes manglende oplysninger om uddannelsesbaggrund specielt for den allerældste del af befolkningen.

Det gennemsnitlige forbrug af receptpligtig medicin og udgifter til almen praksis og speciallægepraksis er opgjort i nedenstående figur 4. Det ses, at forbruget af både receptpligtig medicin samt sygesikringsydelse hos almen praksis og i speciallægepraksis er størst i gruppen af fælles ældre. Eksempelvis ses, at forbruget af receptmedicin for de fælles ældre er 9.279 kr., hvilket er mere end tre gange så højt som for gruppen af ældre, som hverken modtager hjemmepleje eller behandling i den somatiske del af hospitalssektoren (2.770 kr.).

Det er værd at bemærke, at gruppen af ældre, der kun modtager hjemmepleje, har et større forbrug af receptpligtig medicin end ældre, der kun har været på sygehus, hvorimod ældre, der kun har været på sygehus, har et større forbrug af ydelser i almen praksis end ældre, der kun modtager hjemmepleje.

Figur 4 Sundhedsrelateret forbrug til receptpligtig medicin og i praksissektoren pr. person i 2010



For at identificere om de fælles ældre er overrepræsenteret i en eller flere regioner, er der i tabel 3 nedenfor opgjort den regionale fordeling. Det ses af tabellen, at fordelingen af de fælles ældre er proportionalt ligeligt fordelt mellem de fem regioner. Vi så i figur 2, at ca. 15,5 % samlet set er fælles ældre i Danmark. Andelen af fælles ældre i regionerne ligger på mellem 14,1 % og 16,7 %. Region Sjælland har den laveste andel med 14,1 %, mens Region Nordjylland har den højeste andel med 16,7 %. Dette må betragtes som en relativt lige fordeling regionerne imellem.

Tabel 3 Regionale fordelinger

Region	I alt	Fælles ældre	Hverken eller	Kun hjemmepleje	Kun sygehus
Hovedstaden	215.181	35.141	70.881	10.608	98.551
		16,3 %	32,9 %	4,9 %	45,8 %
Sjælland	122.230	17.275	40.624	6.060	58.271
		14,1 %	33,2 %	5,0 %	47,7 %
Syddanmark	192.896	29.327	59.807	8.631	95.131
		15,2 %	31,0 %	4,5 %	49,3 %
Midtjylland	153.277	22.687	48.881	7.494	74.215
		14,8 %	31,9 %	4,9 %	48,4 %
Nordjylland	101.812	16.966	34.758	6.525	43.563
		16,7 %	34,1 %	6,4 %	42,8 %

4 Selvrapporteret helbred

Fra Sundhedsprofilen 2010 gennemført af Regionerne og Statens Institut for Folkesundhed (SIF) er hentet oplysninger om selvrapporteret helbred, kost og anden sundhedsrelateret adfærd. Undersøgelsen omfatter en stikprøve af befolkningen, hvoraf der i denne analyse anvendes oplysninger for gruppen af 65+-årige. Undersøgelsen blev gennemført samtidig over hele landet og indeholder en række oplysninger om borgerne, som ikke findes i eksisterende registre. Data fra undersøgelsen er uddybet i bilag 2 og 3, mens bilag 4 skitserer, hvordan data vægtes med henblik på at tilstræbe repræsentativitet til brug for analyserne vedrørende betydningen af baggrundsoplysningerne i forhold til sandsynligheden for at modtage hjemmepleje og somatisk sygehusbehandling.

Tabel 4 gengiver udvalgte oplysninger fra sundhedsprofilundersøgelsen. En fuldstændig opgørelse af resultaterne fremgår af bilag 2. Som det ses af tabel 4, vurderer gruppen af fælles ældre sig selv til at have et ringere fysisk og mentalt helbred sammenlignet med gruppen, der hverken modtager hjemmepleje eller somatisk behandling. Værdierne ligger dog cirka på gennemsnittet af alle ældre. Niveauerne for fysisk og psykisk helbred er opgjort efter en valideret skala, som kan have værdier fra 0 til 100, hvor højere værdier angiver et bedre helbred (Ware, Kosinski & Keller 1996).

Der ses et problematisk stort selv vurderet alkoholforbrug hos 18 % af de fælles ældre. Det ligger på niveau med gennemsnittet, men højere end for ældre der kun modtager hjemmepleje eller sygehusbehandling. Lavest er andelen i gruppen, der kun har modtaget sygehusbehandling.

Når vi ser på rygning, er billedet omvendt i forhold til det problematiske alkoholforbrug. Ca. 15 % af de fælles ældre ryger, mens dette er tilfældet for ca. 18 % af de ældre, der kun har modtaget sygehusbehandling. Værst står det til hos de ældre, der kun har modtaget hjemmepleje, hvor tæt på hver femte ældre ryger dagligt.

Tabel 4 Oplysninger fra sundhedsprofilundersøgelsen i forhold til fysisk og psykisk helbred og alkohol- og rygevaner

Stikprøve – sundhedsprofil	I alt	Fælles ældre	Hverken eller	Kun hjemmepleje	Kun sygehus
Antal personer 65+ år	15.965	1.039	6.201	286	8.439
Fysisk helbred – SF12	46,5	46,1	50,2	33,3	31,2
Psykisk helbred – SF12	53,6	53,6	55,0	48,4	46,5
Problematiske alkoholforbrug (CAGE)	18,0 %	18,3 %	18,7 %	15,4 %	12,9 %
Ryger dagligt	15,8 %	14,8 %	16,6 %	19,9 %	17,6 %

De fleste ældre, som har deltaget i undersøgelsen, har et middelsundt kostmønster, hvilket kan ses i tabel 5. Andelen er ca. to tredjedel for alle grupper. Andelen, der spiser middelsundt, er stort set uafhængig af, om man modtager hjemmepleje og/eller somatisk sygehusbehandling. Anderledes ser det ud, når vi ser på opgørelsen af, hvor stor en andel der spiser usundt. Hver tiende ældre (10,2 %) blandt de fælles ældre har et usundt kostmønster, mens det for den del af de ældre, der kun modtager henholdsvis hjemmepleje eller behandling i sygehusvæsenet, er op mod 20 %, der har et usundt kostmønster.

Tabel 5 Oplysninger fra sundhedsprofilundersøgelsen i forhold til kostvaner

Stikprøve – sundhedsprofil	I alt	Fælles ældre	Hverken eller	Kun hjemmepleje	Kun sygehus
Antal personer 65+ år	15.965	1.039	6.201	286	8.439
Usundt kostmønster	11,3 %	10,2 %	10,8 %	24,5 %	19,1 %
Middelsundt kostmønster	64,5 %	63,9 %	65,3 %	68,5 %	62,9 %
Sundt kostmønster	24,2 %	25,8 %	23,9 %	7,0 %	18,0 %

Nedenstående tabel 6 viser fordelingen af etnisk oprindelse inden for grupperne af ældre. Det ses, at langt størstedelen af de fælles ældre er etnisk danske – nemlig 96 %, hvilket er det samme billede, som vi finder i de andre grupper.

Tabel 6 Oplysninger fra sundhedsprofilundersøgelsen i forhold til etnisk oprindelse

Stikprøve – sundhedsprofil	I alt	Fælles ældre	Hverken eller	Kun hjemmepleje	Kun sygehus
Antal personer 65+ år	15.965	1.039	6.201	286	8.439
Etnisk dansk	96,2 %	96,2 %	96,2 %	96,5 %	95,8 %
Indvandrer fra vestligt land	2,9 %	3,0 %	2,8 %	2,8 %	3,2 %
Indvandrer fra ikke-vestligt land	0,9 %	0,9 %	1,0 %	0,7 %	1,1 %

5 Betydningen af baggrundsvariable

Resultaterne i ovenstående tabeller og figurer giver deskriptive fremstillinger af den 65+-årige befolkning grupperet efter, om de er en del af de fælles ældre, og om de kun har modtaget hjemmepleje, sygehusbehandling eller slet ingenting. Tallene giver et billede af, hvordan gruppen af fælles ældre ser ud. I sig selv giver det dog ikke svar på, hvilken sammenhæng der præcist er imellem de enkelte variable og det at være del af de fælles ældre. For eksempel ses af tabel 1, at der blandt modtagere af hjemmepleje er flere ældre og flere ugifte. Vi kan dog ud fra disse tal ikke sige, om det fra et statistisk synspunkt er det ene eller det andet, der har sammenhæng med, om man modtager hjemmepleje eller ej. Vi introducerer derfor en logistisk regressionsmodel. Denne model gør det muligt at identificere sammenhænge i baggrundsoplysningerne.

Modellen tager udgangspunkt i de fælles ældre og sammenligner denne gruppe med henholdsvis ældre, som hverken har modtaget hjemmepleje eller sygehusbehandling, ældre som kun har modtaget hjemmepleje, og ældre som kun har modtaget behandling på sygehus. Sandsynlighederne er udtrykt ved odds-ratio, som angiver, om det pågældende karakteristikon øger eller reducerer sandsynligheden for at modtage ydelsen. Hvis estimatet er større end 1, har en ældre borger med dette karakteristikon øget sandsynlighed for at være en del af den pågældende gruppe, hvorimod et estimat mindre end 1 betyder, at en borger med dette karakteristikon har lavere sandsynlighed for at være en del af denne gruppe. For eksempel har ældre, der er blevet enke/enkemand det seneste år, et estimat på 0,357 for hverken-eller gruppen. Det vil sige, at ældre med dette karakteristikon har lavere sandsynlighed for at være i hverken-eller gruppen end blandt de fælles ældre. Med andre ord har ældre, der er blevet enke/enkemand det seneste år, højere sandsynlighed for at være blandt de fælles ældre.

Der tegnes her et billede af sandsynlighederne for, at den ældre modtager pågældende ydelse, men ikke i hvilket omfang den modtages. En sådan analyse for hjemmeplejeområdet i Københavns Kommune er lavet af (Hansen, Siganos 2009).

I den statistiske model indgår alle variable samtidig, hvilket gør det muligt at identificere de variable, der har afgørende sammenhæng med at være en del af gruppen af fælles ældre.

De enkelte variable gennemgås på de næste sider, men modellen tegner et billede af, at der er større sandsynlighed for at være en del af de fælles ældre sammenlignet med alle de andre grupper, hvis man:

- er blevet enke/enkemand foregående år
- har et højt forbrug af receptpligtig medicin og sygesikringsydelse
- har et ringe fysisk og mentalt selvvurderet helbred

Udover ovenstående variable sammenlignes endvidere sandsynligheden for at være en del af de fælles ældre med grupperne "kun hjemmepleje" og "kun sygehus" separat i nedenstående tabel.

Tabel 7 Sammenligning af de fælles ældre i grupperne "kun hjemmepleje" og "kun sygehus"

De fælles ældre er, sammenlignet med ældre, der kun får hjemmepleje:	De fælles ældre er, sammenlignet med ældre, der kun får behandling på sygehus:
<ul style="list-style-type: none"> • blandt de yngre af de ældre • har problematisk alkoholforbrug • fysisk aktive i forhold til at være ikke-aktive • har et sundt kostmønster i forhold til et middelsundt eller usundt • har uddannelse ud over grundskolen 	<ul style="list-style-type: none"> • blandt de ældste af de ældre • ugift • kvinde • har uddannelse efter grundskole • bor i en bykommune • fysisk ikke-aktive i forhold til at være aktive

Demografiske baggrundsvariable

Af tabel 8 ses, at der er statistisk forskel imellem grupperne af ældre i alle aldersgrupper. Det vil sige, at der er større sandsynlighed for at være del af de fælles ældre sammenlignet med hverken at modtage hjemmepleje eller sygehusbehandling og kun at modtage sygehusbehandling. Omvendt er der større sandsynlighed for at være i gruppen af ældre, der kun modtager hjemmepleje. Dette er som udgangspunkt ikke et uventet resultat og reflekterer, at jo ældre man er, desto mere sandsynligt er det, at man modtager hjemmepleje. Man skal dog huske, at der i denne model er taget højde for fx fysisk og mentalt helbred, fysisk aktivitet, civilstand mv. Der er altså mere gemt i variabelen alder, end kan forklares af de øvrige variable i modellen.

Det ses af tabel 8, at ugifte har markant højere sandsynlighed for at være en del af de fælles ældre sammenlignet med de ældre, der ikke modtager noget, eller ældre der har været på sygehus. Omvendt er der større sandsynlighed for kun at modtage hjemmepleje, når man er ugift.

Derudover ses, at det at være blevet enke/enkemand i løbet af det seneste år øger sandsynligheden for at være del af de fælles ældre sammenlignet med *alle* de andre grupper.

Kvinder har større sandsynlighed for at være del af de fælles ældre sammenlignet med gruppen, der ikke modtager ydelser, og de ældre der kun har været på sygehus. Omvendt er der større sandsynlighed for kun at modtage hjemmehjælp som kvinde.

Uddannelsesbaggrund

De personer, der har yderligere formel uddannelse efter grundskolen, har større sandsynlighed for at være blandt de fælles ældre sammenlignet med *alle* de andre grupper. Vi så i tabel 2, at de fælles ældre består af en relativt stor andel udelukkende med grundskole, og den statistiske analyse viser, at når der tages forbehold for de andre variable, er højere uddannelse rent faktisk associeret med øget sandsynlighed for at være del af de fælles ældre (som også fundet af Hansen, Siganos 2009).

Forbrug af sygesikringsydelser og medicin

Forbrug af receptpligtig medicin, forbrug i almen praksis og forbrug af ydelser hos speciallæge er alle associeret med en større sandsynlighed for at være en del af de fælles ældre sammenlignet med *alle* andre grupper. Dette underbygger resultatet fra tabel 4 tidligere i rapporten, som peger på, at de fælles ældre også er den sygeste del af de ældre.

Geografiske forskelle

Forskellene på det geografisk underordnede kommuneniveau er analyseret ved at gruppere på by-, mellem-, land- og yderkommuner (Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Fødevarerministeriet 2011). Sammenhængen er afdækket ved at anvende bykommunerne som grundlag for at vurdere forskellene til de øvrige kommunetyper. At bo i en mellemkommune, en landkommune eller en yderkommune er generelt forbundet med lavere sandsynlighed for at være del af de fælles ældre. Dette vil altså sige, at de fælles ældre overvejende bor i bykommuner. Her skal bemærkes, at der er korrigeret for forskelle i helbred for de ældre, hvilket betyder, at estimaterne afdækker forskelle blandt helbredsmæssigt sammenlignelige ældre.

Tabel 8 Betydningen af baggrundsvariablene – Odds-ratio for at modtage pågældende ydelser i forhold til at være blandt de fælles ældre

Reference: Fælles ældre Stikprøve – sundhedsprofil	Hverken eller	Hjemmepleje	Sygehus
Antal personer 65+ år (1.039 i referencegruppen)	6.201	286	8.439
Alder 70-74 år vs. 65-69 år	0,837	1,256	0,573
Alder 75-79 år vs. 65-69 år	0,466	1,48	0,309
Alder 80-84 år vs. 65-69 år	0,226	2,263	0,16
Alder 85-89 år vs. 65-69 år	0,121	1,938	0,091
Alder 90-94 år vs. 65-69 år	0,082	1,648	0,049
Alder 95+ år vs. 65-69 år	0,044	1,105	0,026
Ugift	0,357	1,081	0,289
Enke/enkemand det seneste år	0,579	0,889	0,677
Køn – kvinde sammenlignet med mand	0,724	1,211	0,847
Uddannelse efter grundskolen	0,763	0,836	0,948
Forbrug af receptmedicin	0,948	0,98	0,986
Forbrug i almen praksis	0,56	0,696	0,888
Forbrug i speciallægepraksis og lignende	0,895	{1,001}	0,969
Region Hovedstaden vs. Midtjylland	1,171	{0,999}	1,104
Region Nordjylland vs. Midtjylland	0,902	2,253	0,713
Region Sjælland vs. Midtjylland	1,215	1,09	1,338
Region Syddanmark vs. Midtjylland	1,155	1,62	1,22
Mellemkommune 1)	1,111	{1,002}	1,104
Landkommune	{1,000}	0,947	1,031
Yderkommune	1,308	1,18	1,273
Fysisk helbred (SF-12)	1,119	1,016	1,083
Mentalt helbred (SF-12)	1,039	1,014	1,03
Tegn på problematisk alkoholforbrug (CAGE)	1,175	0,776	1,141
Rygning	1,281	1,056	1,392
Fysisk aktiv	0,968	0,805	1,185
Træner hårdt	1,343	0,386	1,728
Middelsund kost sammenlignet med sund	1,188	2,73	1,154
Usund kost sammenlignet med sund	0,892	3,048	0,86
Etnicitet - anden vestlig baggrund	1,139	{1,007}	1,201
Etnicitet - ikke-vestlig baggrund	2,201	{0,927}	1,581

Bem.: Ældre med ukendt uddannelsesoplysning er i analysen inkluderet i gruppen med grundskole som højeste fuldførte uddannelse.

Tal i { } : Estimatet er ikke signifikant.

1) Opdelingen af kommunerne i kommunetyper er baseret på 14 indikatorer, som er udvalgt med henblik på at belyse den strukturelle, økonomiske og demografiske situation i de 98 danske kommuner (se Ministeriet for Fødevarer, Landbrug og Fiskeri 2008 for yderligere specifikation af de 14 indikatorer).

Sammenhængene i data er her præsenteret for den gruppe, som har deltaget i sundhedsprofilundersøgelsen, da det muliggør inddragelse af helbredsrelaterede oplysninger. Der er tale om et udsnit af den 65+-årige befolkning. For at tilstræbe en vis grad af repræsentativitet er der ved estimeringen foretaget en vægtning i forhold til køn, alder og ægteskabelig status. Som kontrol af repræsentativiteten sammenlignes med resultater for den samlede 65+-årige befolkning. Resultaterne heraf er gengivet i bilag 3.

Helbredsoplysninger

For personens fysiske såvel som psykiske helbredstilstand (Ware, Kosinski & Keller 1996) ses, at jo værre selv vurderet helbred den ældre har, jo større er sandsynligheden for at være en del af de fælles ældre. Dette underbygger endnu engang, at de fælles ældre er de sundhedsmæssigt svageste ældre – også set i forhold til *alle* de andre grupper.

Der er lavere sandsynlighed for at være en fælles ældre, hvis man har et problematisk højt selv vurderet alkoholforbrug (Ewing 1984) sammenlignet med dem, der ikke modtager ydelser, eller dem der kun har været på sygehus. En del af forklaringen på denne sammenhæng kan være, at man på grund af større sygelighed er mere påpasselig, når det kommer til alkoholindtag. Omvendt er der højere sandsynlighed for at være fælles ældre, hvis man har et problematisk alkoholforbrug set i forhold til ældre, der kun modtager hjemmepleje.

Den samme tendens ses for rygning. Hvor det at ryge dagligt er forbundet med en lavere sandsynlighed for at være en del af de fælles ældre, gælder dette i forhold til *alle* de andre grupper.

Fysisk aktivitet giver sammenlignet med stillesiddende aktivitet større sandsynlighed for at være blandt de fælles ældre sammenlignet med de grupper, der ikke modtager ydelser eller hjemmepleje, og det modsatte gør sig gældende, når det kun drejer sig om hjemmepleje. Et lignende billede ses for hård fysisk aktivitet, hvor der er større sandsynlighed for at være blandt de fælles ældre sammenlignet med ældre, der kun modtager hjemmepleje. Samlet set peger resultaterne på, at der er sammenhæng imellem lav fysisk aktivitet og det at modtage hjemmepleje. Dette er ikke et overraskende resultat. En mulig forklaring kunne hænge sammen med en generel positiv sundhedseffekt af at være aktiv og/eller motionere (Kulturministeriet 2010).

Ældre, som får sund kost sammenlignet med middelsund kost, har højere sandsynlighed for at være en del af de fælles ældre sammenlignet med *alle* de øvrige grupper. Mere broget bliver billedet, når vi sammenligner decideret usund kost med den sunde kost. Her er sandsynligheden for at være en del af de fælles ældre større end de ældre, der ikke modtager ydelser eller kun har været på sygehus. Omvendt er der langt større sandsynlighed for kun at modtage hjemmepleje, hvis man spiser usundt. Analysen kan ikke dokumentere den kausale sammenhæng, altså om det ene forårsager det andet eller omvendt. Samlet set springer det dog i øjnene, at ældre borgere, der udelukkende modtager hjemmepleje, spiser markant usundere end resten af de ældre.

Etnicitet

Der er en klar sammenhæng imellem at være en del af de fælles ældre og være etnisk dansk. Der er højere sandsynlighed for at være en del af de fælles ældre, hvis man er etnisk dansk sammenlignet med ældre, der ikke modtager ydelser, og ældre der har været på sygehus. Sammenlignet med ældre, der kun modtager hjemmehjælp, er der ingen forskel. Resultatet for danskere med ikke-vestlig baggrund svarer til resultaterne i en analyse, som dækker Københavns Kommune (Hansen, Siganos 2009).

6 Diskussion og konklusion

Rapporten giver et billede af ældre 65+-årige, som modtager hjemmepleje og behandling på somatisk sygehus. Analysens resultater er i hovedtræk følgende: Der er en større sandsynlighed knyttet til at modtage hjemmepleje og somatisk sygehusbehandling, hvis den ældre er ugift, blevet enke/enkemand inden for det seneste år, har et højt forbrug af andre sundhedsydelser og bor i en bykommune.

Samtidig giver rapporten et billede af, hvilke andre kendetegn eller risikoindikatorer for den enkelte borger, man skal være opmærksom på i hjemmeplejen henholdsvis på sygehusene i forhold til samarbejdsflader. Forskellen på de to grupper viser, at der kan være gode grunde til at være særligt opmærksom, når antallet af risikofaktorer pludselig øges for en person, der tidligere kun har modtaget henholdsvis hjemmepleje eller ydelser i det somatiske sundhedsvæsen. Omvendt er der en mindre sandsynlighed, hvis den ældre har et godt fysisk og/eller psykisk helbred. Jo mere fysisk aktiv den ældre er, jo mindre sandsynlighed er der for at modtage hjemmepleje. Derudover har danskere med ikke-vestlig baggrund mindre sandsynlighed for at modtage hjemmepleje og ydelser i det somatiske sygehusvæsen.

Rapporten giver et billede af ældre, som modtager hjemmepleje og gør brug af tilbuddene i det somatiske sygehusvæsen. Der gives en karakterisering af, hvilke baggrundsvariable der har sammenhæng med modtagelsen af pågældende ydelser. Yderligere analyser kan bidrage til at give en dybere indsigt i sammenhænge. Eksempelvis kan det være af stor relevans at se på, hvilken form for behandling de ældre får i sundhedsvæsenet, og hvilke diagnoser der ligger bag denne behandling. Det er også relevant at dykke ned i de ydelser, der modtages i hjemmeplejen – det være sig praktisk eller personlig hjælp, antallet af besøg og visiterede timer. Tilmed kan det være relevant at udbygge med oplysninger om besøg fra hjemmesygeplejen, hvor der p.t. desværre ikke findes dækkende tilgængelige data.

Litteratur

Christensen, J. & Fredslund, E. Klausen 2013, *Fælles ældre. Opgørelse af 65+-årige borgere i hjemmeplejen og i hospitalssektoren*, KORA – Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning, København.

Ewing, J.A. 1984, "Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire", *JAMA: the journal of the American Medical Association*, vol. 252, no. 14, pp. 1905-1907.

Hansen, E., Boll & Siganos, G. 2009, *Ældre danskeres og indvandreres brug af pleje- og omsorgsydelser*, AKF Working Paper, København.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Fødevareministeriet 2011, *Landdistriktsredegørelse 2011 - Regeringens Redegørelse til Folketinget*, Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Fødevareministeriet, København.

Juel, K., Sørensen, J. & Brønnum-Hansen, H. 2006, *Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark*, Statens Institut for Folkesundhed, København.

Kulturministeriet 2010, *Fysisk aktivitet og sundhed*, Kulturministeriets Udvalg for Idrætsforskning, København.

Møller, H., Damm, M. & Laursen, B. 2012, *Ulykker i Danmark 1990-2006*, Statens Institut for Folkesundhed - Syddansk Universitet, København.

Regeringen 2013, *Mere borger, mindre patient - Et stærkt fælles sundhedsvæsen*, sum.dk.

Statens Institut for Folkesundhed 2010, *Sundhedsprofil 2010*. Available: www.sundhedsprofil2010.dk [2013].

Ware, J., Jr, Kosinski, M. & Keller, S.D. 1996, "A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity", *Medical care*, vol. 34, no. 3, pp. 220-233.

Bilag 1: Repræsentativitet af registerdata

Ikke alle kommuner har indberettet hjemmepleje i alle måneder af 2010. Der kan derfor ikke laves en valid opgørelse over antallet af personer, der modtager hjemmepleje i de kommuner, hvor der mangler indberetninger for et stort antal måneder. Disse kommuner er derfor udeladt i analysen. Det drejer sig om følgende 13 kommuner: Frederiksberg, Albertslund, Rødovre, Allerød, Rudersdal, Guldborgsund, Vordingborg, Billund, Haderslev, Randers, Syddjurs, Holstebro og Ikast-Brande. Populationen består derfor af 85 kommuner. De 85 kommuner dækker 87 % af den danske 65+-årige befolkning. Vurderet på aldersfordelingen er der en beskedent variation i, hvor stor en andel der er repræsenteret i analysen. Det gælder især for aldersgrupperne mellem 65 og 90 år. Den højeste andel er 87,4 % blandt de 65-årige, mens den laveste er 86,1 % blandt de 80-årige. Med hensyn til køn er 87,1 % af mændene med i analysen, mens andelen er 86,9 % for kvinder. Andelen af singler blandt den 65+-årige befolkning er 45,6 %, mens den er 45,5 % for analysepopulationen. Data vurderes at være repræsentative i forhold til køn, aldersfordeling og civilstand. Samtidig ses frafaldet at være ligeligt fordelt på kommuner af forskellig urbaniseringsgrad, idet der er storbykommuner, provinskommuner og landkommuner iblandt. Med hensyn til fordeling på regionerne er frafaldet ikke ligeligt fordelt. Eksempelvis er alle kommuner i Region Nordjylland med i opgørelsen. Samlet set må datamaterialet vurderes at være repræsentativt for Danmark som helhed. I forhold til data for besøg/indlæggelser i det somatiske hospitalsvæsen findes data for hele befolkningen, men her er kun anvendt data for ældre i kommuner, som har indberettet data for hjemmeplejeydelser.

Bilag 2: Sundhedsprofilundersøgelsen og repræsentativitet

I 2010 blev der gennemført en sundhedsprofilundersøgelse af den danske befolknings sundhed og sygelighed under navnet "Hvordan har du det?" (Statens Institut for Folkesundhed 2010). I undersøgelsen er indsamlet data om sundhed og sygelighed samt forhold af betydning herfor, som ikke er tilgængelige i den del af de nationale danske informationssystemer, der dækker den institutionsbehandlede sygelighed, dødelighed og sociale begivenheder. Data fra sundhedsprofilundersøgelsen udgør en stikprøve. I udgangspunktet har 298.550 personer modtaget spørgeskemaet, heraf 68.098 i aldersgruppen 65+ år. For 65+-årige personer har 42.700 indsendt besvarelse. Det er dog ikke alle, der har besvaret alle spørgsmål i undersøgelsen. Analyserne i denne rapport inkluderer kun data for de 15.965 personer, der har besvaret alle spørgsmål, som inddrages i analyserne. Svarpersonerne udgør 2,0 % af den 65+-årige befolkning. 8,3 % af de ældre, der indgår i analyserne, modtager hjemmepleje sammenlignet med 20,5 % blandt alle i den 65+-årige befolkning. Gennemsnitsalderen er ca. tre år lavere for ældre, der indgår i sundhedsprofilundersøgelsen, sammenlignet med den 65+-årige befolkning som helhed. Bilag 4 skitserer den metode, der er anvendt for at skabe et datasæt, som er tilnærmelsesvis repræsentativt.

Bilag 3: Resultater af sundhedsprofilundersøgelsen

Tabel 9

	Ialt	Ingen hjemmepleje	Hjemmepleje	Hverken hjemmepleje eller somatisk behandling	Hjemmepleje, men ikke somatisk behandling	Både hjemmepleje og somatisk behandling	Ikke hjemmepleje, men somatisk behandling
Generelt helbred							
Fremragende	6,3%	6,8%	0,9%	9,5%	1,4%	4,8%	0,8%
Vældigt godt	29,7%	31,7%	7,5%	37,3%	9,4%	27,6%	7,0%
Godt	48,6%	49,5%	39,2%	47,4%	48,3%	51,0%	36,7%
Mindre godt	13,2%	10,8%	39,6%	5,4%	34,6%	14,7%	41,0%
Dårligt	2,2%	1,3%	12,8%	0,4%	6,3%	2,0%	14,5%
	Ialt	Ingen hjemmepleje	Hjemmepleje	Hverken hjemmepleje eller somatisk behandling	Hjemmepleje, men ikke somatisk behandling	Både hjemmepleje og somatisk behandling	Ikke hjemmepleje, men somatisk behandling
Fysisk - SF12	46,5	47,8	31,6	50,2	33,3	46,1	31,2
Psykisk - SF12	53,6	54,2	47,0	55,0	48,4	53,6	46,5
Meget generet af smerter og ubehag	30,0%	26,6%	67,1%	17,8%	55,2%	33,1%	70,4%
Oftede ønsket alene	3,1%	2,2%	13,0%	2,1%	15,4%	2,3%	12,3%
Har langvarig sygdom eller følger heraf	39,0%	35,7%	74,6%	23,3%	67,6%	44,9%	76,6%
	Ialt	Ingen hjemmepleje	Hjemmepleje	Hverken hjemmepleje eller somatisk behandling	Hjemmepleje, men ikke somatisk behandling	Både hjemmepleje og somatisk behandling	Ikke hjemmepleje, men somatisk behandling
Begrænset i at gå flere etager op ad trapper	10,4%	6,9%	48,8%	4,0%	43,7%	9,1%	50,2%
ja, meget begrænset	31,9%	31,5%	36,2%	26,3%	42,0%	35,3%	34,6%
ja, lidt begrænset	57,7%	61,6%	15,0%	69,7%	14,3%	55,6%	15,2%
Nej, slet ikke begrænset							
Begrænset i lettere aktiviteter, så som at flytte et bord, støvsuge eller cykle	8,5%	4,4%	54,0%	2,3%	52,4%	5,9%	54,4%
ja, meget begrænset	24,7%	23,9%	33,6%	17,9%	36,4%	28,4%	32,8%
ja, lidt begrænset	66,8%	71,7%	12,5%	79,8%	11,2%	65,7%	12,8%
Nej, slet ikke begrænset							
Sundhedsadfærd							
Drikker mere end sundhedsstyrelsens højrisiko anbefaling	12,6%	12,9%	8,8%	13,0%	12,2%	12,8%	7,8%
Drikker mere end sundhedsstyrelsens lavrisiko anbefaling	28,6%	29,4%	20,3%	29,2%	21,0%	29,5%	20,1%
Problematisk alkoholforbrug (CAGE)	18,0%	18,4%	13,4%	18,7%	15,4%	18,3%	12,9%
Ryge dagligt	15,6%	15,6%	18,1%	16,6%	19,9%	14,8%	17,6%
	Ialt	Ingen hjemmepleje	Hjemmepleje	Hverken hjemmepleje eller somatisk behandling	Hjemmepleje, men ikke somatisk behandling	Både hjemmepleje og somatisk behandling	Ikke hjemmepleje, men somatisk behandling
Kost							
Usundt kostmønster	11,3%	10,5%	20,2%	10,8%	24,5%	10,2%	19,1%
Middelsundt kostmønster	64,5%	64,5%	64,2%	65,3%	68,5%	63,9%	62,9%
Sundt kostmønster	24,2%	25,0%	15,6%	23,9%	7,0%	25,8%	18,0%
BMI	25,8	25,8	25,6	25,7	25,7	25,9	25,6

Tabel 10

Motion	Ialt	Ingen hjemmepleje	Hjemmepleje	Hverken hjemmepleje eller somatisk behandling	Hjemmepleje, men ikke somatisk behandling	Både hjemmepleje og somatisk behandling	Ikke hjemmepleje, men somatisk behandling
Træner hårdt flere gange om ugen	0,6%	0,6%	0,4%	0,5%	0,3%	0,8%	0,4%
Dyrker motionsidræt mindst 4 timer om ugen	16,9%	18,1%	3,5%	19,8%	2,1%	16,8%	3,8%
Lettere motion mindst 4 timer om ugen	67,8%	69,8%	45,8%	70,0%	46,2%	69,7%	45,7%
Stillestående beskæftigelse	14,7%	11,4%	50,3%	9,7%	51,4%	12,7%	50,0%
Baggrundsoplysninger							
Antal og andel personer der har besvaret alle spørgsmål som bruges i analysen	Ialt	Ingen hjemmepleje	Hjemmepleje	Hverken hjemmepleje eller somatisk behandling	Hjemmepleje, men ikke somatisk behandling	Både hjemmepleje og somatisk behandling	Ikke hjemmepleje, men somatisk behandling
	15.965	14.640	1.325	6.201	286	1.039	8.439
Alder		91,7%	8,3%	38,8%	1,8%	6,5%	52,9%
	71,5	70,8	78,9	70,8	80,5	70,9	78,5
Kvinde	47,1%	45,5%	64,3%	41,9%	66,4%	48,2%	63,7%
Ugift/enke	27,0%	23,6%	65,1%	24,8%	69,2%	22,7%	64,0%
Blev enke/enkemand sidste år	1,1%	0,9%	3,2%	0,9%	3,5%	0,9%	3,2%
Sundhedsforbrug							
Forbrug af receptpligtig medicin	Ialt	Ingen hjemmepleje	Hjemmepleje	Hverken hjemmepleje eller somatisk behandling	Hjemmepleje, men ikke somatisk behandling	Både hjemmepleje og somatisk behandling	Ikke hjemmepleje, men somatisk behandling
	kr. 3.614	kr. 3.210	kr. 8.077	kr. 2.067	kr. 5.563	kr. 4.050	kr. 8.769
Forbrug af almen praksis	kr. 1.442	kr. 1.349	kr. 2.467	kr. 913	kr. 1.725	kr. 1.670	kr. 2.672
Forbrug af speciallægepraksis og lignende	kr. 1.267	kr. 1.170	kr. 2.342	kr. 796	kr. 1.691	kr. 1.444	kr. 2.521
Uddannelse							
Erhvervsfaglig	Ialt	Ingen hjemmepleje	Hjemmepleje	Hverken hjemmepleje eller somatisk behandling	Hjemmepleje, men ikke somatisk behandling	Både hjemmepleje og somatisk behandling	Ikke hjemmepleje, men somatisk behandling
	37,7%	38,5%	28,7%	37,2%	24,8%	39,4%	29,7%
Grundskole	32,3%	31,4%	42,6%	32,6%	47,2%	30,5%	41,4%
Gymnasial	1,5%	1,5%	1,4%	1,4%	1,0%	1,5%	1,4%
Kort videregående	4,2%	4,3%	2,7%	4,2%	1,4%	4,4%	3,1%
Lang videregående/Phd	5,9%	6,2%	2,9%	6,8%	1,7%	5,8%	3,2%
Mellemlang videregående	15,3%	15,8%	9,8%	15,3%	9,4%	16,1%	9,9%
Ukendt	3,2%	2,4%	11,9%	2,4%	14,3%	2,3%	11,3%
Etnicitet							
Etnisk dansk	Ialt	Ingen hjemmepleje	Hjemmepleje	Hverken hjemmepleje eller somatisk behandling	Hjemmepleje, men ikke somatisk behandling	Både hjemmepleje og somatisk behandling	Ikke hjemmepleje, men somatisk behandling
	96,2%	96,2%	95,9%	96,2%	96,5%	96,2%	95,8%
Indvandrer fra vestligt land	2,9%	2,9%	3,1%	2,8%	2,8%	3,0%	3,2%
Indvandrer fra ikke-vestligt land	0,9%	0,9%	1,0%	1,0%	0,7%	0,9%	1,1%

Bilag 4: Tilnærmelse til repræsentativitet for sundhedsprofilundersøgelsen

Ved at inddrage de selvoplyste helbredsoplysninger i analysen åbnes der op for at måle sammenhænge mellem ikke blot de registerbaserede baggrundsoplysninger, men også samspillet med helbredsoplysningerne. Desværre findes helbredsoplysningerne kun for et udsnit af befolkningen – det gælder også for den 65+-årige befolkning. Som skitseret i bilag 2 kan stikprøven ikke i sig selv antages at være repræsentativ. For at tilstræbe repræsentativitet i analysedata anvendes en vægtning af data baseret på køns-, alders- og civilstandsfordelingerne. Validiteten af vægtningen er testet ved at estimere samme forklaringsmodeller i forhold til sandsynligheden for at modtage hjemmepleje og/eller somatisk sygehusbehandling på hele det datasæt, som er repræsentativt, og på stikprøven, som ved brug af vægte er tilstræbt at gøre repræsentativ. Resultaterne heraf er gengivet i følgende tabeller 10 og 11. Kontrollen kan ses som en kontrol af tilpasningen af modellen baseret på sundhedsprofilstikprøven. Størrelsen på estimerne og signifikansniveauerne varierer mellem de to modeller, mens der kun er to parameterestimer, som har forskellige fortegn. Det gælder for sammenhængen mellem at være bosat i Region Sjælland og sandsynligheden for at modtage hjemmepleje og somatisk sygehusbehandling, og det gælder for sammenhængen mellem at tilhøre aldersgruppen 95+ år og sandsynligheden for at modtage behandling i det somatiske sygehusvæsen. Forskellene afslører, at selv de vægtede data ikke er helt repræsentative. På trods heraf vurderes resultaterne af modellen, som inddrager data fra sundhedsprofilundersøgelsen, at tegne et troværdigt billede af sammenhænge, i hvert fald hvad angår fortegnene på estimerne.

Table 11 Betydningen af baggrundsvariablene – odds ratio for at modtage pågældende ydelser i forhold til hverken at modtage hjemmepleje eller somatisk behandling i sygehussektoren

Stikprøve – sundhedsprofil	Hjemmepleje, men ikke somatisk behandling	Både hjemmepleje og somatisk behandling	Ikke hjemmepleje, men somatisk behandling
Antal personer 65+ år (254.951 i referencegruppen)	39.318	121.396	369.731
Alder 70-74 år vs. 65-69 år	1,784	1,458	0,741
Alder 75-79 år vs. 65-69 år	4,147	2,888	0,753
Alder 80-84 år vs. 65-69 år	8,771	5,364	0,724
Alder 85-89 år vs. 65-69 år	16,020	8,307	0,663
Alder 90-94 år vs. 65-69 år	17,233	8,232	0,561
Alder 95+ år vs. 65-69 år	12,887	5,047	0,448
Ugift	2,863	2,653	0,803
Enke det seneste år	1,117	1,274	1,072
Køn – kvinde sammenlignet med mand	1,207	1,154	1,219
Uddannelse efter grundskole	0,745	0,866	1,129
Forbrug af receptmedicin	1,060	1,106	1,043
Forbrug af almen praksis	1,102	1,776	1,621
Forbrug af specialelæge og lignende	1,046	1,058	1,071
Region Hovedstaden vs. Midtjylland	0,856	0,828	1,022
Region Nordjylland vs. Midtjylland	0,886	0,836	{1,011}
Region Sjælland vs. Midtjylland	0,821	0,684	0,939
Region Syddanmark vs. Midtjylland	{1,011}	1,194	0,956
Mellemkommune	1,299	1,139	0,820
Landkommune	1,178	1,156	0,982
Yderkommune	{0,982}	1,115	1,057

Tal i { } Estimatet ikke er signifikant. Estimeringen er foretaget på hele talmaterialet.

Tabel 12 Betydningen af baggrundsvariablene – odds ratio for at modtage pågældende ydelser i forhold til hverken at modtage hjemmepleje eller somatisk behandling i sygehussektoren

Stikprøve – sundhedsprofil	Hjemmepleje, men ikke somatisk behandling	Både hjemmepleje og somatisk behandling	Ikke hjemmepleje, men somatisk behandling
Antal personer 65+ år (6.201 i referencegruppen)	286	1.039	8.439
Alder 70-74 år vs. 65-69 år	1,705	1,407	0,712
Alder 75-79 år vs. 65-69 år	4,661	2,815	0,710
Alder 80-84 år vs. 65-69 år	14,772	6,409	0,802
Alder 85-89 år vs. 65-69 år	34,300	15,231	0,883
Alder 90-94 år vs. 65-69 år	48,355	22,207	0,668
Alder 95+ år vs. 65-69 år	52,078	51,382	0,331
Ugift	2,964	3,068	0,809
Enke det seneste år	1,745	1,316	1,214
Køn – kvinde sammenlignet med mand	1,198	1,187	1,223
Uddannelse efter grundskole	0,803	0,889	1,189
Forbrug af receptmedicin	1,075	1,143	1,060
Forbrug af almen praksis	1,191	1,772	1,638
Forbrug af specialelæge og lignende	1,082	1,100	1,090
Region Hovedstaden vs. Midtjylland	1,171	1,161	0,982
Region Nordjylland vs. Midtjylland	2,899	1,343	0,786
Region Sjælland vs. Midtjylland	1,565	1,184	1,180
Region Syddanmark vs. Midtjylland	1,808	1,144	1,090
Mellemkommune	{1,000}	0,837	{0,998}
Landkommune	0,937	0,790	1,054
Yderkommune	1,132	0,877	{0,999}

Tal i { } Estimatet ikke er signifikant. Estimeringen er foretaget på delpopulationen, som har deltaget i sundhedsprofilundersøgelsen.

Bilag 5: Analyse for en undergruppe af ældre (de 75-85-årige)

Tabel 13 Logistisk regression for delpopulationen af ældre borgere mellem 75 og 85 år

Stikprøve – sundhedsprofil	Hverken hjemmepleje eller somatisk behandling	Hjemmepleje, men ikke somatisk behandling	Ikke hjemmepleje, men somatisk behandling
Antal personer 65+ år (457 i referencegruppen)	1.192	132	1.705
Alder 80-84 år vs. 75-79 år	0,538	1,677	0,497
Ugift	0,314	1,366	0,353
Enke det seneste år	0,639	1,356	0,447
Køn – kvinde sammenlignet med mand	0,642	1,446	0,819
Uddannelse efter grundskole	{0,973}	0,873	0,737
Forbrug af receptmedicin	0,992	0,982	0,955
Forbrug af almen praksis	0,877	0,697	0,576
Forbrug af specialelæge og lignende	{0,997}	1,023	0,952
Region Hovedstaden vs. Midtjylland	1,398	1,862	{1,002}
Region Nordjylland vs. Midtjylland	0,82	3,635	0,663
Region Sjælland vs. Midtjylland	1,828	2,211	1,452
Region Syddanmark vs. Midtjylland	1,402	2,739	0,94
Mellemkommune	1,058	1,152	{1,046}
Landkommune	1,196	1,149	1,173
Yderkommune	1,45	1,866	1,528
Fysisk helbred (SF-12)	1,097	1,021	1,126
Mentalt helbred (SF-12)	1,031	1,015	1,033
Tegn på problematisk alkoholforbrug (CAGE)	1,267	0,79	1,273
Rygning	1,286	0,785	1,17
Fysisk aktiv	1,29	0,844	1,146
Træner hårdt	2,159	0,501	2,045
Middelsundt kostmønster	1,081	4,045	1,074
Usundt kostmønster	{0,992}	4,452	0,907
Etnicitet – anden vestlig baggrund	1,398	0,787	{0,939}
Etnicitet – ikke vestlig baggrund	1,226	5,986	2,334



**Det Nationale Institut
for Kommuner og Regioners
Analyse og Forskning**

Købmagergade 22
1150 København K
E-mail: kora@kora.dk
Telefon: 444 555 00