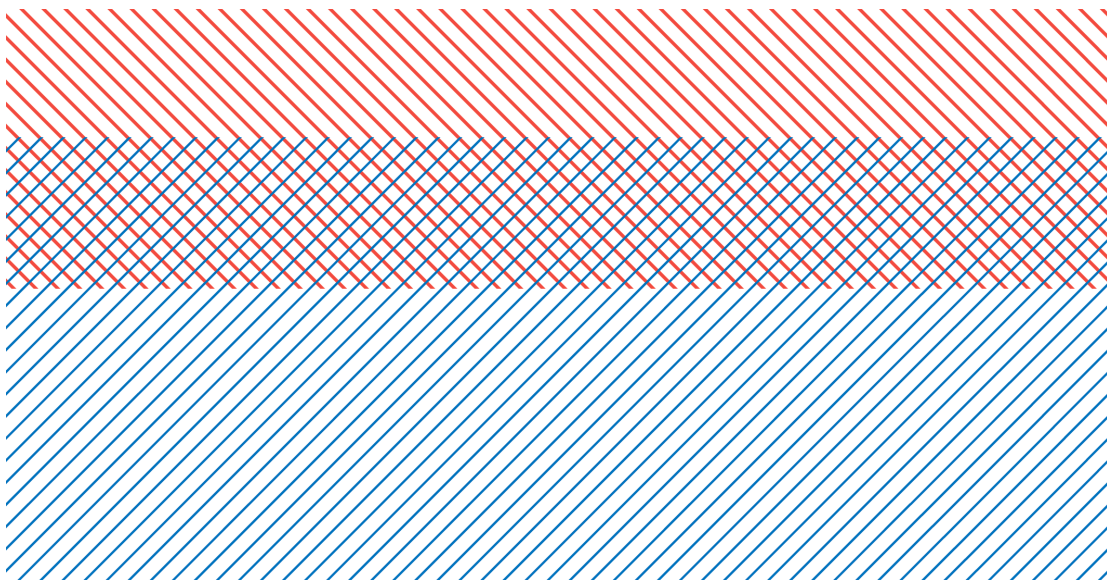


Ældres brug af sundheds- og hjemmeplejeydelser

En registerundersøgelse med fokus på socioøkonomiske
faktorer, komorbiditet og psykisk sygdom



Eskild Klausen Fredslund

Ældres brug af sundheds- og hjemmeplejeydelser – En registerundersøgelse med fokus på socioøkonomiske faktorer, komorbiditet og psykisk sygdom

© VIVE og forfatteren, 2021

e-ISBN: 978-87-7119-928-4

Projekt: 301180

Finansiering: Ældre Sagen

VIVE – Viden til Velfærd

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11, 1052 København K

www.vive.dk

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

Forord

Andelen af ældre mennesker i Danmark er stigende. Dette har i de seneste år øget det politiske fokus på sund aldring og ældres forbrug af sundheds- og hjemmeplejeydelser. VIVE har tidligere analyseret ældres forbrug af sundheds- og hjemmeplejeydelser på basis af data fra 2012. Der er imidlertid behov for en opdateret viden om, hvilke grupper af ældre der modtager et højt niveau af sundheds- og plejeresourcer, samt at identificere afgørende faktorer for at være en del af denne gruppe.

I denne rapport har vi foretaget en analyse af forbruget af sundheds- og hjemmeplejeydelser blandt dem, der er 65 år eller ældre, baseret på data for 2018. Formålet med analysen har været at undersøge, om der er sociale gradienter i ældres forbrug af somatiske og psykiatriske sundhedsydelser samt ydelser i hjemmeplejen. Vi har undersøgt, hvad der karakteriserer de ældre, der har et højt forbrug af sundheds- og hjemmeplejeydelser, herunder om der er social ulighed i ydelsesforbruget. Vi har også undersøgt, om der er sket ændringer i forbruget fra 2012 til 2018: Er det de samme grupper af ældre, der i 2018 har et højt forbrug af sundheds- og hjemmeplejeydelser som i 2012, eller er der forskelle over tid? Endelig har vi undersøgt, hvad der karakteriserer de ældre, der har flere samtidige sygdomme og et højt forbrug af sundheds- og hjemmeplejeydelser.

Rapportens primære målgruppe er politikere på nationalt, regionalt og kommunalt niveau, sundhedsplanlæggere og personer ansat i patientorganisationer, som interesserer sig for og arbejder med aldring og socioøkonomiske forskelle i forbrug af sundheds- og hjemmeplejeydelser, samt andre med interesse for social ulighed i ældres forbrug af sundheds- og hjemmeplejeydelser.

Rapporten er udarbejdet af chefanalytiker Eskild Klausen Fredslund. Den er kvalitetssikret i henhold til VIVEs standarder, dvs. at Ældre Sagen efter internt review i VIVE har haft mulighed for at kommentere og kvalificere et rapportudkast, hvorefter rapporten har gennemgået ekstern kvalitetssikring hos to eksterne reviewere med særligt kendskab til området.

Tak til pensioneret chefanalytiker, Susanne Reindahl Rasmussen, for værdifuldt samarbejde i projektets opstart.

Ældre Sagen, der er opdragsgiver, har finansieret analysen. Vi takker Ældre Sagen for et godt samarbejde om projektet. Herudover vil vi også rette en tak til de to eksterne reviewere for gode og konstruktive kommentarer til rapporten.

Mickael Bech

Forsknings- og analysechef for VIVE Sundhed

2021

Indhold

Sammenfatning	5
1 Indledning	7
2 Formål	8
2.1 Rapportens opbygning.....	9
3 Data og metode	10
3.1 Datagrundlag	10
3.2 Metoder	12
3.3 Afgrænsning.....	16
4 Resultater	17
4.1 Deskriptiv statistik for populationen	17
4.2 Forbrug af sundheds- og hjemmeplejeydelser	18
4.3 Behandling for psykiske lidelser	31
4.4 Genoptræning og vedligeholdelsestræning	34
4.5 Betydende faktorer for komorbiditet.....	37
4.6 Sammenligning imellem 2018 og 2012 – Forbrug af sundheds- og hjemmeplejeydelser	40
5 Diskussion	46
6 Konklusion	50
Litteratur.....	51
Bilag 1 Bilagstabeller	53

Sammenfatning

Indledning

Der har de seneste år været øget fokus på sund aldring og ældres forbrug af sundheds- og hjemmeplejeydelser i forbindelse med den demografiske udvikling og det faktum, at vi i de næste årtier vil opleve en større andel ældre i befolkningen. I debatten har der imidlertid været mindre fokus på, hvordan sundheds- og hjemmeplejeydelserne fordeler sig mellem de ældre. Fokus for denne rapport er lagt på, hvorledes forbrug af sundheds- og hjemmeplejeydelser opgjort i omkostninger fordeler sig mellem forskellige grupper af ældre i Danmark, og hvilke socioøkonomiske karakteristika der er betydende for, om man som ældre har et højt forbrug af sundheds- og hjemmeplejeydelser.

Formål

Rapportens overordnede formål er at undersøge, om der er forskelle i forbruget af sundheds- og hjemmeplejeydelser for forskellige socioøkonomiske grupper (køn, alder, uddannelse mv.).

Formålet er endvidere at analysere betydende socioøkonomiske faktorer for at modtage behandling for psykisk sygdom, genoptræning/vedligeholdelsestræning og at have høj komorbiditet.

Endelig har vi som formål at se på udviklingen i forbruget af sundheds- og hjemmeplejeydelser fra 2012 og 2018.

Data og metode

Analyserne i denne rapport bygger på registerdata. Dette inkluderer registre for sygehusaktivitet (Landspatientregisteret), aktiviteter i primærsektoren (Sygesikringsregisteret) og visiteret hjemmepleje (Ældredatabasen). Endvidere er der indhentet registeroplysninger om en række socioøkonomiske forhold.

Rapporten er en registerbaseret tværsnitsanalyse, der er baseret på omkostninger i ét år for alle, der var 65 år eller ældre og bosiddende i Danmark. Omkostninger er opgjort i 2018 og 2012. Lineær regression og logistisk regression er brugt til at identificere betydende socioøkonomiske faktorer.

Resultater

Vi finder generelt, at de samlede sundheds- og hjemmeplejeomkostninger stiger med alderen. Dette dækker over, at sundhedsomkostningerne stiger indtil 85-årsalderen, hvorefter de falder, men at hjemmeplejeomkostningerne stiger med alderen og stiger mere for ældre i starten af 80'erne og ældre.

Alle de analyserede socioøkonomiske faktorer er statistisk signifikant associerede med det gennemsnitlige sundheds- og plejeforbrug.

I analysen af behandling af psykisk sygdom finder vi, at langt størstedelen af de ældre, der modtager behandling for psykisk sygdom, modtager det i form af medicinsk behandling. Andelen af ældre, der modtager medicinsk behandling, stiger med alderen.

I en analyse af komorbiditet baseret på Charlson-indekset finder vi, at graden af komorbiditet og antallet af diagnoser stiger indtil 85-89-årsalderen for derefter at falde igen.

Når vi sammenligner forbruget af sundheds- og hjemmeplejeforbruget i 2018 med forbruget i 2012, ses et fald for alle aldersgrupper, der skyldes et marginalt fald i forbruget af sundhedsydelser og et markant fald i den leverede hjemmepleje.

Konklusion

Alder, køn og socioøkonomiske variable som uddannelse, husstandstype, civilstand, ejerforhold for bolig og urbaniseringsgrad har signifikant betydning for det samlede gennemsnitlige forbrug af sundheds- og hjemmeplejeydelser samt sandsynligheden for at tilhøre de ældre, som har de højeste omkostninger ved forbrug af sundheds- og hjemmeplejeydelser.

Socioøkonomiske variable er også signifikant betydende for at modtage behandling for psykisk sygdom. Specielt stiger andelen af ældre, der modtager behandling med psykofarmaka, med alderen betydeligt.

Der er ligeledes identificeret en socioøkonomisk gradient i forhold til, hvem der modtager genoptræning og vedligeholdelsestræning.

Komorbidity er stigende med alderen, men aftager efter 85-årsalderen. Også for komorbidity har vi identificeret betydelige socioøkonomiske gradienter i forhold til, hvem der har høj komorbidity.

De gennemsnitlige omkostninger ved ældres forbrug af sundheds- og hjemmeplejeydelser stiger signifikant med alderen. Hvor sundhedsforbruget stiger frem til 79-85-årsalderen og herefter falder, så fortsætter hjemmeplejeforbruget med at stige. Resultaterne viser, at der er en klar social gradient i forbrug af sundheds- og hjemmeplejeydelser for 65+-årige: Mænd, enlige og personer med lav indkomst har højere gennemsnitlige omkostninger end kvinder, ægtepar/par i øvrigt og personer med høj indkomst. Mænd, enlige og socioøkonomisk dårligt stillede (uden uddannelse og lav indkomst) har højere sandsynlighed for et højt forbrug af sundheds- og hjemmeplejeydelser end kvinder, ægtepar/par i øvrigt og socioøkonomisk bedre stillede (høj uddannelse og høj indkomst).

Vi ser et faldende forbrug af sundheds- og hjemmeplejeydelser ved lavere urbaniseringsgrad, specielt drevet af et lavere forbrug af sundhedsydelser. Denne gradient kan ikke umiddelbart forklares ved, at befolkningen i mindre urbaniserede områder har et bedre helbred generelt.

Forbruget af sundheds- og hjemmeplejeydelser er endvidere faldet fra 2012 til 2018 i alle aldersgrupper. Dette er drevet af et betragteligt fald i den leverede hjemmepleje.

Der er ikke klare indikatorer for, at de socioøkonomiske gradienter i forbruget af sundheds- og hjemmeplejeydelser er blevet større fra 2012 til 2018, det giver anledning til samlet set at konkludere, at uligheden i forbruget af sundheds- og hjemmeplejeydelser er uændret i 2018 i forhold til 2012.

Samlet set viser resultaterne i rapporten, at der stadig er betydelige socioøkonomiske gradienter, når det kommer til ældres forbrug af sundheds- og hjemmeplejeydelser, og vi har endvidere identificeret socioøkonomiske gradienter for psykisk sygdom og komorbidity.

1 Indledning

Vi lever længere i Danmark, og andelen af ældre i befolkningen stiger (1). Fra 2018 til 2050 kan vi forvente, at gruppen af ældre over 65 år vil stige med ca. 40 %. Det er især blandt borgere, der er 85 år eller ældre, at der kan forventes den største stigning (2). Dette har i de senere år øget det politiske fokus på sund aldring (2) og ældres forbrug af sundheds- og hjemmeplejeydelser (3).

VIVE har tidligere analyseret ældres forbrug af sundheds- og hjemmeplejeydelser på basis af data fra 2012. Konklusionen var dengang, at de gennemsnitlige omkostninger ved ældres forbrug af sundheds- og hjemmeplejeydelser stiger signifikant med alderen. Efter 85-årsalderen falder de gennemsnitlige omkostninger ved sundhedsydelser, mens omkostningerne ved hjemmeplejeydelser fortsat stiger. Det fremgår endvidere, at forbrug af sundheds- og hjemmeplejeydelser for 65+-årige er større for mænd, enlige og personer med lav indkomst, som har højere gennemsnitlige omkostninger, i forhold til kvinder, ægtepar/par i øvrigt og personer med høj indkomst (4).

På opdrag fra Ældre Sagen har VIVE foretaget en analyse af de 65+-åriges forbrug af sundheds- og hjemmeplejeydelser i Danmark baseret på data fra 2018. Ældre Sagen har herudover anmodet om, at VIVE undersøger, om der er sket ændringer i forbruget fra 2012 til 2018. Endelig har Ældre Sagen anmodet om, at VIVE undersøger, hvad der karakteriserer de ældre, der har flere samtidige sygdomme (komorbiditet), sandsynligheden for at være blandt de ældre, der bliver behandlet for psykisk sygdom, samt opgøre andelen af ældre, der modtager genoptræning og vedligeholdelsestræning.

Det er værd at gøre opmærksom på, at denne rapport ikke kan besvare, i hvilken grad der er overensstemmelse mellem det faktiske forbrug og det oplevede behov for sundheds- og hjemmeplejeydelser blandt de ældre. En nylig analyse af hjemmehjælp og omsorgsrelateret livskvalitet finder dog, at faldet i andelen af ældre, der modtager hjemmehjælp, ikke kan tilskrives forbedringer i de ældres funktionsevne (5).

2 Formål

Det overordnede formål har været at undersøge, om der er sociale gradienter i ældres forbrug af sundhedsydelser samt ydelser i hjemmeplejen: Hvad karakteriserer fx de ældre, der har et højt forbrug af sundheds- og hjemmeplejeydelser, og de ældre borgere, der har flere samtidige sygdomme? Er det de samme grupper af ældre, der i 2018 har et højt forbrug af sundheds- og hjemmeplejeydelser som i 2012?

Vi undersøger i denne rapport, om der er sociale gradienter i forhold til forbruget af sundheds- og hjemmeplejeydelser. Vi følger WHO's skelnen imellem social gradient og social ulighed, hvor social ulighed forstås som den ulighed, der ses i forhold til de værst stillede borgere, og hvor den sociale gradient forstås som den gradvise ulighed, der ses imellem alle sociale lag. Vi omtaler derfor de enkelte fund som sociale gradienter, som samlet set kan være udtryk for en ulighed (6). Vi benytter igennem rapporten begrebet socioøkonomi og socioøkonomiske faktorer bredt omhandlende alle analyserede socioøkonomiske og demografiske faktorer.

Denne sundhedsøkonomiske analyse har følgende fem delformål:

1. **Beregning af omkostninger:** at beregne de gennemsnitlige omkostninger pr. person pr. år ved forbrug af sundheds- og hjemmeplejeydelser for 65+-årige personer i den danske befolkning fordelt på alder og andre udvalgte socioøkonomiske variable i 2018 hhv. 2012.
2. **Psykiatri:**
 - a. at beregne de gennemsnitlige omkostninger pr. person i 2018 ved ældres forbrug af psykiatriske ydelser omfattende sygehusindlæggelser, ambulante kontakter på hospital, kontakter til privatpraktiserende psykiatere og psykologer samt forbrug af receptpligtig psykofarmaka.
 - b. at undersøge udvalgte socioøkonomiske faktorerens betydning for at tilhøre den andel af ældre, der har modtaget behandling for psykisk sygdom på sygehus (indlagt eller ambulant) eller har modtaget receptpligtig psykofarmaka og/eller antidepressiv medicin af psykolog/psykiater i 2018.
3. **Kommunal genoptræning og vedligeholdelsestræning:** at undersøge, hvor stor en andel af ældre borgere der i henhold til serviceloven har modtaget kommunal genoptræning og vedligeholdelsestræning i 2018.
4. **Komorbiditet:** at undersøge, om der er sociale gradienter, der er betydende for, hvor høj grad af komorbiditet, de ældre har i 2018.
5. **Sammenligning af 2018 med 2012:**
 - a. at undersøge og sammenligne udvalgte socioøkonomiske faktorer betydning for omkostningerne ved ældres forbrug af sundheds- og hjemmeplejeydelser i 2018 hhv. i 2012.
 - b. at undersøge og sammenligne udvalgte socioøkonomiske variables betydning for at tilhøre de 10 % hhv. de 25 %, som har de højeste gennemsnitlige omkostninger pr. person ved forbrug af sundheds- og hjemmeplejeydelser i 2018 hhv. 2012.

Rapportens sigte er udelukkende ved hjælp af deskriptive analyser at identificere eventuelle sociale gradienter og kan derfor ikke afdække eventuelle årsagssammenhænge.

2.1 Rapportens opbygning

I kapitel 3 redegør vi for anvendelsen af data og metoder. Resultaterne er præsenteret i kapitel 4, hvor vi indledningsvis viser resultaterne fra de indledende deskriptive analyser efterfulgt af resultaterne fra regressionsanalyser for endelig på basis af regressionsanalyserne at præsentere det samlede gennemsnitlige forbrug pr. person for forskellige socioøkonomiske grupper. I kapitel 5 diskuterer vi kvaliteten af data, metode og resultater samt giver mulige fortolkninger af resultaterne. Diskussionen danner herefter fundament for den samlede konklusion, som fremgår af kapitel 6. Læsere, som ønsker detaljerede resultater, henvises til bilaget.

3 Data og metode

Denne rapport omfatter en økonomisk tværseksionsanalyse, der er baseret på omkostninger i ét år for alle, der var 65 år eller ældre og bosiddende i Danmark.

I de efterfølgende afsnit beskriver vi datagrundlag for og de anvendte metoder i analyserne.

3.1 Datagrundlag

Analyserne er baseret på individbaserede registerdata fra 2018 og 2012, der er indsamlet for samtlige danske borgere, der pr. 1. januar 2018 hhv. 2012 var 65 år eller ældre. Personer, der er døde i løbet af året, indgår med de omkostninger, der er blevet tilskrevet inden dødsfald.

Datagrundlaget for VIVEs tidligere analyse, der er baseret på data fra 2012 (4), er blevet opdateret, så resultaterne for 2018 kan sammenlignes med resultaterne for 2012.

Landspatientregisteret (LPR): Omkostninger og forbrug af ydelser i sygehusvæsenet er baseret på data fra LPR, hvor alle behandlinger, der har fundet sted på sygehuse, registreres. Forbrug af psykiatriske ydelser er baseret på Landspatientregisteret for psykiatrien (LPR-PSYK). Sygehusbehandling er afregnet med DAGS/DRG-takster¹ beregnet ud fra Diagnose Relaterede Grupper samt langliggertakst ved liggedage ud over det estimerede trimpunkt for indlæggelse. VIVE har anvendt disse takster til at omkostningsbestemme behandlingerne (indlæggelser, ambulante besøg og skadestuekontakter).

Omkostninger ved indlæggelse på sygehus er fordelt på medicinske, kirurgiske, psykiatriske og andre afdelinger på basis af Landspatientregisterets variabel om den type afdeling, patienten er blevet indlagt på.

Sygesikringsregisteret (SSR): Oplysninger om ydelser, der er leveret af praksissektoren og afregnet med Sygesikringen, er baseret på Sygesikringsregisteret. I denne rapportes analyser indgår forbrug af ydelser i almen praksis, speciallægepraksis, psykologpraksis, fysioterapipraksis, tandlægepraksis og kiropraktorpraksis. VIVE har værdisat behandlingen med de i Sygesikringsregisteret anvendte afregningstakster.

Lægemiddelstatistikregisteret (LSR): Oplysninger om forbrug af receptpligtig medicin er baseret på LSR, hvor oplysninger om al medicin, der ordineres på recept, findes. Registeret indeholder bl.a. oplysninger om type, mængde og pris på præparatet. VIVE har omkostningsfastsat forbruget på basis af den samlede ekspeditionspris.

Ældredokumentationen: I Ældredokumentationen er der for hver måned oplysninger om det gennemsnitlige antal minutter, der er visiteret til hjemmeplejeydelserne personlig pleje hhv. praktisk hjælp. VIVE har brugt dette datasæt ved beregning af omkostninger ved praktisk hjælp og personlig pleje. De angivne hjemmeplejeydelser kobles til den borger, hvortil de er visiteret, hvilket betyder, at samboende (gifte, par mv.) i dette tilfælde behandles som enkeltindivider.

Døde i Danmark: I registeret døde i Danmark er der oplysninger om antallet af døde. Registeret indeholder bl.a. oplysninger om dødsdato. VIVE har brugt denne oplysning i forhold til at opgøre, hvor mange af de ældre der er døde i løbet af opgørelsesårene. Borgere, der dør i

¹ DRG-takster (diagnoserelaterede grupper) anvendes for indlagte patienter på somatiske afdelinger, mens DAGS-takster (dansk ambulant grupperingssystem) anvendes for ambulante patienter på somatiske afdelinger samt skadestuebesøg.

analyseåret, indgår med de faktiske omkostninger for de ydelser, de har modtaget i året indtil deres død.

Andre registre fra Danmarks Statistik: Oplysninger om socioøkonomiske karakteristika (alder, køn, ækvivaleret disponibel indkomst², højeste fuldførte uddannelse³, husstandstype og civilstand), bosted (bopælskommune og bopælssogn), indvandrerstatus og oprindelsesland er hentet fra andre registre i Danmarks Statistik. Det skal bemærkes, at civilstand, herunder at være blevet enke/enkemand i året inden opgørelsesåret, er baseret på data fra 2017 hhv. 2011.

Urbaniseringsgraden er opgjort på sogneniveau, hvilket gør, at hver enkelt kommune kan blive inddelt mere fintmasket, og det giver et bedre billede af den reelle urbaniseringsgrad. Opgørelsen bygger på en opdeling fra det daværende Ministeriet for By, Bolig og Landdistrikter (7). Opdelingen ses på danmarkskortet i bilag (Bilagsfigur 1.1).

De respektive registre og deres anvendelse samt de anvendte variable i denne rapport fremgår af Tabel 3.1.

Tabel 3.1 Anvendte registre og variable i analysen af omkostninger ved 65+-åriges forbrug af sundheds- og hjemmeplejeydelser. Danmark 2012 og 2018.

Register (navn)	Beskrivelse af register	Brug i analysen
Landpatientregisteret (LPR), Statens Serum Institut	LPR indeholder oplysninger om alle behandlinger på somatiske og psykiatriske sygehuse (indlæggelser, ambulante kontakter). Indlæggelser og kontakter er bl.a. kodet med diagnose- og procedurekoder. Behandlingerne er grupperet efter DRG-grupper for stationær behandling og DAGS-grupper for ambulant behandling. De tilhørende takster er sat på.	LPR indeholder oplysninger om alle behandlinger på somatiske sygehuse. Behandlingerne er grupperet efter DRG-grupper for behandling under indlæggelse og DAGS-grupper for ambulant behandling. De tilhørende takster er anvendt til værdisætning. Taksterne inkluderer omkostninger til både genoptræning og omkostninger til at være indlagt længere tid end gennemsnitligt i DRG-gruppen (langliggertillæg).
Sygesikringsregisteret (SSR), Statens Serum Institut	SSR indeholder oplysninger om kontakter hos behandlere med aftale i henhold til Sygesikringen (alment praktiserende læger, privat praktiserende speciallæger, privatpraktiserende fysioterapeuter, tandlæger m.fl.).	Omkostninger i forbindelse med behandling i praksissektoren fordeles på omkostninger ved ydelser hos alment praktiserende læger og andre ydere under Sygesikringen (privat praktiserende speciallæge, fysioterapeut, tandlæge, psykolog m.fl.).
Lægemiddelstatistikregisteret, Statens Serum Institut	Lægemiddelstatistikregisteret indeholder oplysninger om medicin solgt på recept, herunder type og ekspeditionspris.	Omkostninger ved forbrug af receptpligtig medicin værdisat på basis af den samlede ekspeditionspris (indeholder både den offentlige andel og patientandelen).
Ældredokumentationen, Danmarks Statistik	Ældredokumentationen indeholder oplysninger om antal visiterede minutter til praktisk hjælp hhv. personlig pleje under fritvalsordningen i den kommunale hjemmepleje. Herudover er der oplysninger om modtagere af genoptræning, vedligeholdelsestræning og rehabilitering.	Forbrug af hjemmeplejeydelser er baseret på det visiterede antal minutter til hhv. praktisk hjælp og personlig pleje. Forbrug af ydelser til personer i plejeboliger fremgår ikke af registeret. Forbrug af genoptræning, vedligeholdelsestræning og rehabilitering er ikke værdisat.
Døde i Danmark	Der er indhentet oplysninger om dødsdato.	Oplysningerne om antal døde i løbet af opgørelsesåret bruges deskriptivt, og 'død i løbet af året' indgår som forklarende variabel i regressionsanalyserne.

² Ækvivaleret disponibel indkomst er en vægtet indkomst, der tager højde for, at en familie på fx to voksne forbruger mere, men ikke behøver dobbelt så stor en indkomst som en familie med kun én voksen.

³ For uddannelse benyttes variabelen HFAUDD. Denne variabel har relativt mange med ukendt uddannelsesbaggrund, hvilket primært skyldes, at personer, som nu er 90+ år, oprindeligt ikke blev registreret med uddannelsesoplysninger, da registeret først blev startet i 1970.

Register (navn)	Beskrivelse af register	Brug i analysen
Andre registre fra Danmarks Statistik	Der er indhentet oplysninger om alder, køn, indkomst, højeste fuldførte uddannelse, husstandstype, civilstand, bopælskommune, bopælskode, indvandrerstatus og oprindelsesland.	De socioøkonomiske oplysninger anvendes som forklarende variable i regressionsanalyserne. Et udvalg anvendes i efterfølgende deskriptive analyser, hvor omkostningerne opgøres fordelt på udvalgte socioøkonomiske variable.
Boligforhold, Danmarks Statistik	Boligforhold indeholder bl.a. oplysninger om boligens brug og ejerforhold.	Boligforhold benyttes til at opgøre ejerforholdet i den bolig, den ældre borger bor i

Anm.: Fritvalgsdatabasen omfatter kommunale kvalitets- og priskrav til leverandører på ældreområdet (www.fritvalgsdatabasen.dk). Baseret på oplysninger fra udvalgte kommuner er det i beregningen antaget, at 57 % af tiden til personlig pleje finder sted i hverdagstimer til hverdagstakst, mens de resterende 43 % finder sted på andre tidspunkter til taksten for 'øvrige tider'.

Kilde: Baseret på oplysninger i Landspatientregisteret, Sygesikringsregisteret, Lægemedelstatistikregisteret og Danmarks Statistik.

3.2 Metoder

I dette afsnit har vi beskrevet de metoder, der er anvendt ved de deskriptive statistikker (afsnit 3.2.1) og en række regressioner (afsnit 3.2.2).

3.2.1 Deskriptive analyser

De samlede gennemsnitlige omkostninger: I de indledende deskriptive statistikker har vi beregnet de samlede gennemsnitlige omkostninger pr. person ved sundhedsydelser (sygehus- og sygesikringsydelser og medicinforbrug) og hjemmeplejeydelser (personlig pleje og praktisk hjælp) i 2018 og 2012. Analyserne er foretaget for de 65-100-årige. Der er stratificeret på køn med fordeling på alder/aldersgrupper og ydelsestype. Vi har på basis af de efterfølgende regressionsanalyser udvalgt de socioøkonomiske grupper af ældre, der er udarbejdet aldersprofiler for (køn, indkomst, husstandstype og urbanisering).

Beregningen af de gennemsnitlige omkostninger for en given alder/aldersgruppe er foretaget ved først at estimere de kumulerede omkostninger i 2018 hhv. i 2012 for den givne alder/aldersgruppe, der pr. 31. december 2018 hhv. 2012 var bosiddende i Danmark, og dernæst at dividere disse omkostninger med antallet af personer i den givne alder/aldersgruppe, der pr. 1. januar 2018 hhv. 2012 var bosiddende i Danmark.

Sygehusydelser: I forhold til opgørelserne for 2018 har vi anvendt Sundhedsdatastyrelsens metode til at skelne mellem indlagte og ambulante patienter. Metoden er baseret på 'sygehusophold', der er defineret som en patients tidsmæssige sammenhængende ophold på et eller flere offentlige og private sygehuse. Opholdene dannes rent statistisk ved via LPR at koble fysiske sygehuskontakter, hvor der højst er 4 timer mellem to på hinanden følgende kontakter. Det betyder, at et sygehusophold kan gå på tværs af forskellige afdelinger og sygehuse. En indlæggelse er herefter afgrænset af et sygehusophold på 12 timer eller mere, mens et ambulante ophold er defineret som et sygehusophold på under 12 timers varighed (8).

Det vurderes ikke, at de to forskellige opgørelsesmetoder har konsekvenser for indeværende analyse.

I forhold til opgørelserne for 2012 har vi benyttet de daværende registreringer af ambulante kontakter hhv. indlæggelser.

Sygesikringsydelser: For personer med et samlet negativt forbrug af sygesikringsydelser er omkostningerne værdisat til 0 kroner. Negative værdier i Sygesikringsregisteret forekommer, når der sker en tilbagebetaling fra en given praksis til regionen på grund af et for højt udbetalt

honorar, og en samlet negativ værdi skyldes, at korrektionen først er sket i det efterfølgende år. Personer, som hverken har modtaget sundheds- eller hjemmeplejeydelser, indgår i analysen med værdien 0 kroner.

Hjemmeplejeydelser: I 2018 og 2012 har alle kommuner indberettet antal visiterede timer til praktisk hjælp hhv. personlig pleje til Ældredokumentationen. Borgere, hvis kommune mangler at indrapportere data på tidsforbrug for visiteret hjemmehjælp i en eller flere måneder, indgår med det gennemsnitlige tidsforbrug i kommunen i de øvrige måneder i 2018 hhv. 2012. Hjælpen er omkostningsfastsat med en beregnet gennemsnitstakst baseret på oplysninger fra de kommuner, der har indrapporteret takster til fritvalgsdatabasen (9). Forbruget af hjemmeplejeydelser er i 2018 værdisat med hhv. 520 kr. pr. time for personlig pleje og 430 kr. pr. time for praktisk hjemmehjælp og i 2012 med hhv. 520 kr. pr. time for personlig pleje og 420 kr. pr. time for praktisk hjælp.

Særskilte analyser af psykisk sygdom: Vi har udskilt og særskilt analyseret ydelser i forbindelse med psykisk sygdom. Det vedrører i) forbrug og omkostninger ved psykiatriske ydelser på hospital (indlæggelser og ambulante behandling), ii) sygesikringsydelser med behandling af psykolog hhv. privatpraktiserende psykiater og iii) forbrug af receptpligtig medicin omfattende psykofarmaka. Afgrænsningen af psykofarmaka følger Sundhedsdatastyrelsen (10).

Særskilt analyse af kommunal genoptræning og vedligeholdelsestræning: Vi har foretaget en opgørelse af antallet af 65+-årige modtagere af kommunal genoptræning og vedligeholdelsestræning jf. § 86, stk. 1 og 2 i serviceloven samt kommunal rehabilitering efter § 83 a i serviceloven (11).

Særskilte analyser af komorbiditet: Vi har brugt Charlsons komorbiditetsindeks (CCI) til at opgøre de ældres komorbiditet. CCI er et internationalt klassifikationssystem (12), der kan bruges til beskrivelse af alvorligheden af de ældres sygelighed (3). Dette er gjort på basis af en sammenkobling af CCI og udtræk fra LPR.

I CCI identificeres borgere med en eller flere af 19 udvalgte diagnosegrupper, der er påvist at være særligt relevante i forhold til at forudsige dødelighed. Diagnoserne identificeres i LPR på basis af indlæggelser og ambulante kontakter. De identificerede diagnoser tildeles en værdi fra 1-6 i forhold til deres relative alvorlighedsgrad, hvor 1 indikerer en relativt mindre betydende sygdom, og 6 indikerer en meget alvorlig sygdom. Det samlede antal diagnoser 'oversættes' ud fra alvorlighedsscoren til en indekxsværdi i intervallet 0-29⁴. Herefter oversættes indekset til fire kategorier, der beskriver sværhedsgraden af komorbiditet: ingen komorbiditet (indekxsværdi = 0), let komorbiditet (indekxsværdi = 1), middelsvær komorbiditet (indekxsværdi = 2) og svær komorbiditet (indekxsværdi = 3 eller højere). Se evt. Tabel 3.2.

CCI er anvendt til på individniveau at estimere status for komorbiditet (13,14) på basis af de seneste 10 år (årene 2009-2018). I den deskriptive analyse har vi opgjort fordelingen af: i) antal identificerede diagnoser (0-19) og ii) indekxsværdien for CCI (0-29) og sværhedsgraden af komorbiditet (ingen, let, middelsvær og svær) for de 65+-årige.

⁴ Diabetes med og uden komplikationer er gensidigt udelukkende. Kræft, der har spredt sig, og kræft, der ikke har spredt sig, er gensidigt udelukkende. Ligeledes er leversygdom i let og svær grad gensidigt udelukkende.

Tabel 3.2 Charlsons komorbiditetsindeks fordelt på diagnosegruppe, ICD-10 kode og vægt (alvorlighedsgrad).

Diagnosegruppe	ICD-10 kode	Vægt (alvorlighedsgrad)
Myocardieinfarkt (blodprop i hjertet)	I21.x, I22.x, I25.2	1
Hjerteinsufficiens	I09.9, I11.0, I13.0, I13.2, I25.5, I42.0, I42.5 - I42.9, I43.x, I50.x, P29.0	1
Perifer arterial sygdom (forsnævring af arterier)	I70.x, I71.x, I73.1, I73.8, I73.9, I77.1, I79.0, I79.2, K55.1, K55.8, K55.9, Z95.8, Z95.9	1
Cerebrovaskulær sygdom (blodkarsygdomme i hjernen)	G45.x, G46.x, H34.0, I60.x - I69.x	1
Demens	F00.x - F03.x, F05.1, G30.x, G31.1	1
Lungesygdomme	I27.8, I27.9, J40.x - J47.x, J60.x - J67.x, J68.4, J70.1, J70.3	1
Bindevævssygdom (gigtssygdomme)	M05.x, M06.x, M31.5, M32.x - M34.x, M35.1, M35.3, M36.0	1
Ulcussygdom (mavesår)	K25.x - K28.x	1
Leversygdom i let grad	B18.x, K70.0 - K70.3, K70.9, K71.3 - K71.5, K71.7, K73.x, K74.x, K76.0, K76.2 - K76.4, K76.8, K76.9, Z94.4	1
Diabetes uden komplikationer	E10.0, E10.1, E10.6, E10.8, E10.9, E11.0, E11.1, E11.6, E11.8, E11.9, E12.0, E12.1, E12.6, E12.8, E12.9, E13.0, E13.1, E13.6, E13.8, E13.9, E14.0, E14.1, E14.6, E14.8, E14.9	1
Diabetes med komplikationer	E10.2 - E10.5, E10.7, E11.2 - E11.5, E11.7, E12.2 - E12.5, E12.7, E13.2 - E13.5, E13.7, E14.2 - E14.5, E14.7	2
Hemiplegi (lammelse i den ene side af kroppen)	G04.1, G11.4, G80.1, G80.2, G81.x, G82.x, G83.0 - G83.4, G83.9	2
Moderat eller svær nyresygdom	I12.0, I13.1, N03.2 - N03.7, N05.2 - N05.7, N18.x, N19.x, N25.0, Z49.0 - Z49.2, Z94.0, Z99.2	2
Anden ikke-metastatisk malign sygdom (solid tumor – kræft, der ikke har spredt sig), Leukæmi (blodkræft), Malignt lymfom eller myelomatose (lymfe- eller knoglemarvskræft)	C00.x - C26.x, C30.x - C34.x, C37.x - C41.x, C43.x, C45.x - C58.x, C60.x - C76.x, C81.x - C85.x, C88.x, C90.x - C97.x	2
Moderat eller svær leversygdom	I85.0, I85.9, I86.4, I98.2, K70.4, K71.1, K72.1, K72.9, K76.5, K76.6, K76.7	3
Anden metastatisk malign sygdom (solid tumor – kræft, der har spredt sig)	C77.x - C80.x	6
AIDS	B20.x - B22.x, B24.x	6

Kilde: Baseret på (13).

Sammenligning af 2018 med 2012: Med henblik på at kunne sammenligne omkostninger opgjort for 2018 med omkostninger opgjort for 2012 har vi pristalsreguleret. Alle omkostninger i 2012 er således pristalsreguleret til 2018-niveau på basis af nettoprisindekset (15). På basis af prisindekset for juli 2012 (97,7) hhv. prisindekset for juli 2018 (103,6) har vi estimeret, at omkostningerne fra 2012 skal øges med 6,04 %.

3.2.2 Regressionsanalyser

Der er gennemført lineære regressioner og logistiske regressioner.

De lineære regressioner (lineær regression) er gennemført med henblik på at identificere, hvilke karakteristika der er statistisk betydende (signifikante) for:

- De gennemsnitlige samlede omkostninger ved forbrug af sundheds- og hjemmeplejeydelser i 2018 hhv. i 2012. Der er foretaget sammenligning af resultaterne for analysen baseret på data fra 2018 hhv. 2012.
- De gennemsnitlige omkostninger ved psykisk sygdom opgjort for de 65-79-årige og de 80+-årige baseret på data fra 2018.
- De gennemsnitlige sygehusomkostninger kategoriseret som medicinsk behandling baseret på data fra 2018.

De logistiske regressioner er gennemført med henblik på at beregne:

- Sandsynligheden for at være blandt de 10 % af ældre, som har de højeste gennemsnitlige omkostninger ved forbrug af sundheds- og hjemmeplejeydelser.
- Sandsynligheden for at have let, middelsvær eller svær komorbiditet er analyseret og sammenlignet med ingen komorbiditet (**rangordnet logistisk model**) for de 65-79-årige hhv. de 80+-årige på basis af data fra 2018
- Sandsynligheden for at modtage behandling for psykisk sygdom. Vi har opgjort andelen af ældre, der enten har modtaget behandling på sygehus (indlagt eller ambulant), hos psykolog/psykiater eller modtaget receptpligtig psykofarmaka og/eller antidepressiv medicin. Analysen er gennemført for de 65-79-årige hhv. de 80+-årige på basis af data fra 2018.

Ovenstående analyser er valgt, da de giver intuitivt meningsfulde resultater og er robuste estimationsmetoder.

Signifikansniveauet

I vurderingen af analyseresultaterne har vi anvendt 5 % ($\alpha = 0,05$) som signifikansniveau⁵.

Uafhængige variable

I regressionsanalyserne i de følgende afsnit indgår følgende faktorer: Alder (inddelt i femårsintervaller), køn, ækvivaleret disponibel indkomst (fordelt på indkomstkvarterer), uddannelse (grunduddannelse (folkeskole), kort uddannelse (erhvervsfaglig uddannelse eller lignende), kort videregående uddannelse, mellemlang videregående uddannelse, lang videregående uddannelse og forsker (ph.d.)), husstandstype (enlig, ægtepar/par i øvrigt), civilstand (blevet enke/enkemand i 2018 hhv. i 2012), ejerforhold for boligtype (lejebolig, ejerbolig, andet), urbaniseringsgrad (baseret på bopælssogn) og etnisk baggrund (etnisk dansk, indvandrere fra vestligt hhv. ikke-vestligt land).

Dataprogrammer

Data er bearbejdet og analyseret ved hjælp af Stata 16.1.

⁵ Signifikansniveauet angiver sandsynligheden for fejlagtigt at forkaste nulhypotesen i de tilfælde, hvor der faktisk ikke er nogen forskel på de to målinger.

Etik

Analyserne er registreret under VIVEs paraplyanmeldelse af forskningsprojekter til Datatilsynet. Data er leveret efter tilladelse fra Sundhedsdatastyrelsen og Danmarks Statistik. Registerdata er blevet sammenkørt og bearbejdet på Danmarks Statistiks forskerserver.

3.3 Afgrænsning

Omkostningerne i analysen er afgrænset til direkte omkostninger ved hjemmeplejeydelser (hhv. personlig pleje og praktisk hjælp) i kommunerne samt omkostninger inden for sundhedsvæsenet. Omkostninger ved psykiatriske indlæggelser og ambulante behandling er medtaget i denne analyse, hvilket de ikke var i den tidligere analyse baseret på data fra 2012.

Hjemmesygepleje indgår ikke i analyserne, da data på nuværende tidspunkt stadig vurderes som ufuldstændige⁶. Der er i denne analyse heller ikke inkluderet omkostninger ved ældres brug af plejehjem, da data herfor ikke er fundet tilnærmelsesvist fuldstændige. Omkostninger ved kommunal genoptræning, vedligeholdelsestræning og rehabilitering er ikke omkostningsbestemt, idet der ikke foreligger data for tidsforbrug eller priser herpå.

Det skal herudover bemærkes, at følgende omkostninger ikke er medtaget, idet de falder uden for afgrænsningen af denne analyses genstandsfelt: Et eventuelt produktionstab grundet eventuelt fravær/nedsat produktionsformåen på arbejdsmarkedet er ikke værdisat samt personernes tidsforbrug ved en eventuel behandling eller genoptræning på sygehus.

⁶ Jf. forbehold på <http://www.statistikbanken.dk/HJSP01>.

4 Resultater

4.1 Deskriptiv statistik for populationen

I dette afsnit præsenteres populationerne af 65+-årige i hhv. 2018 og 2012, beskrevet ved en række socioøkonomiske faktorer.

Der er i alt identificeret 1.116.052 personer, som pr. 1. januar 2018 var 65 år eller ældre, og 968.018 personer, som pr. 1. januar 2012 var 65 år eller ældre – en stigning på 15,3 %.

Vi skal derfor gøre opmærksom på, at de efterfølgende resultater for de ældste personer (95+-årige) skal tolkes med varsomhed, idet de gennemsnitlige omkostninger er forholdsvis følsomme for udsving hos få personer. Se Tabel 4.1 for antal personer fordelt på alder, køn og andre socioøkonomiske variable, som indgår i de efterfølgende præsentationer.

Tabel 4.1 Antal og procentvis fordeling af de 65+-årige personer pr. 1. januar 2018 og 2012. Opgjort for alder, køn, indkomst, uddannelse^{a)}, husstandstype, civilstand, boligtype, kommunetype for bolig og etnisk baggrund. Danmark, 2018 og 2012.

Variabel	2018		2012	
	Antal	Procent	Antal	Procent
I alt	1.116.052	100	968.018	100,0
<i>Alder</i>				
65-69	323.626	29,0	339.830	35,1
70-74	324.089	29,0	230.582	23,8
75-79	211.645	19,0	167.250	17,3
80-84	135.925	12,2	117.317	12,1
85-89	76.127	6,8	73.204	7,6
90-94	34.591	3,1	31.371	3,2
95-99	8.956	0,8	7.540	0,8
100+	1.093	0,1	924	0,1
<i>Køn</i>				
Mand	512.456	45,9	435.168	45,0
Kvinde	603.596	54,1	532.850	55,0
<i>Indkomst (Gns. ækvivaleret disponibel indkomst (i kr.))</i>				
1. kvartil	148.079 kr.	25,0	124.099 kr.	25,0
2. kvartil	187.000 kr.	25,0	159.575 kr.	25,0
3. kvartil	237.226 kr.	25,0	199.459 kr.	25,0
4. kvartil	445.627 kr.	25,0	354.918 kr.	25,0
<i>Uddannelse</i>				
Grundskole	388.263	34,8	409.622	42,3
Kort uddannelse	433.312	38,8	332.119	34,3
KVU	29.634	2,7	21.471	2,2
MVU	158.987	14,2	107.407	11,1
LVU eller forsker	56.287	5,0	37.587	3,9
Udd. opl. mangler	49.569	4,4	59.812	6,2

Variabel	2018		2012	
	Antal	Procent	Antal	Procent
<i>Husstandstype</i>				
Enlige	426.381	38,2	389.299	40,2
Ægtepar eller par i øvrigt	625.584	56,1	529.313	54,7
Andet	64.087	5,7	49.406	5,1
<i>Civilstand</i>				
Er blevet enke/enkemand året før	15.209	1,4	13.315	1,4
<i>Ejerforhold for boligen</i>				
Ejer	646.290	57,9	532.200	55,0
Lejer	438.736	39,3	390.802	40,4
Ukendt	31.026	2,8	45.016	4,7
<i>Urbaniseringsgrad</i>				
Byområder i eller tæt på de største byer	605.282	54,8	513.508	55,4
Byområder længere væk fra de største byer	182.149	16,5	151.886	16,4
Landdistrikter tæt på de største byer	134.651	12,2	110.181	11,9
Landdistrikter længere væk fra de største byer	180.031	16,3	149.776	16,2
Småøer	1.692	0,2	1.482	0,2
<i>Etnisk baggrund</i>				
01 Danmark	1.060.369	95,0	926.562	95,7
02 Vestlige lande	31.786	2,8	25.622	2,6
03 Ikke-vestlige lande	23.897	2,1	15.834	1,6

Note: ^{a)} Uddannelsesoplysninger er baseret på registreringer fra og med 1970.

Kilde: Baseret på udtræk fra Danmarks Statistik og oplysninger om sognes urbaniseringsgrad, (7).

4.2 Forbrug af sundheds- og hjemmeplejeydelser

I dette afsnit findes flere grafiske visninger af, hvordan sundheds- og hjemmeplejeforbruget fordeler sig på alder. Dette giver et indblik i, hvordan omkostningerne udvikler sig med alderen og det indbyrdes størrelsesforhold de enkelte omkostningskomponenter imellem.

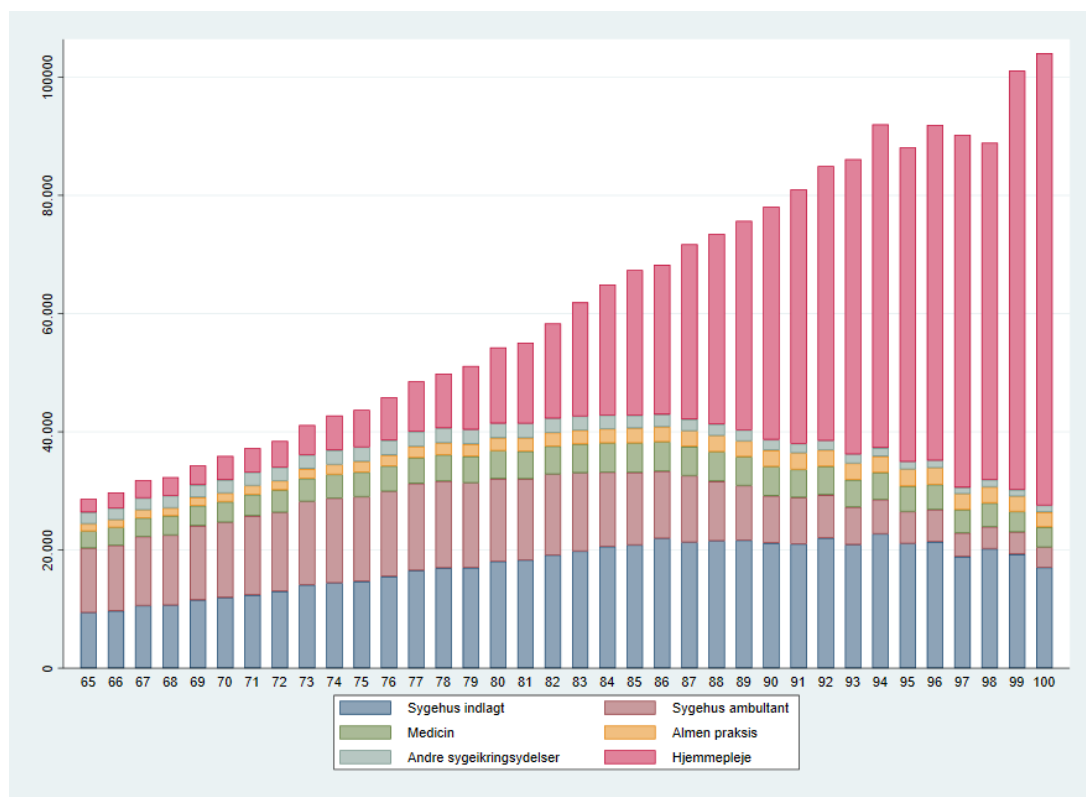
I afsnit 4.2.1 præsenterer vi de samlede gennemsnitlige omkostninger pr. person ved forbrug af sundheds- og hjemmeplejeydelser i 2018, og når omkostningerne er splittet op på hhv. sundhedsydelser og hjemmeplejeydelser (talværdierne fremgår i bilag).

Omkostningerne er baseret på data fra 2018. I de efterfølgende afsnit har vi udskilt omkostningerne ved psykiatriske ydelser. Antallet af flere samtidige sygdomme samt den procentvise fordeling af sværhedsgrader af komorbiditet præsenteres i afsnit 4.5. Forbruget af genoptræningsydelser og vedligeholdelsestræning præsenteres i afsnit 4.4. Endelig sammenlignes i afsnit 4.6 forbruget af sundheds- og hjemmeplejeydelser for 2018 med de samme opgørelser baseret på 2012-data.

4.2.1 De samlede omkostninger fordelt på alder

De samlede gennemsnitlige omkostninger pr. person ved forbrug af sundheds- og hjemmeplejeydelser for 65-100-årige er præsenteret i Figur 4.1.

Figur 4.1 De samlede gennemsnitlige omkostninger pr. person ved forbrug af **sundheds- og hjemmeplejeydelser** hos 65-100-årige personer fordelt på alder og ydelsestype. Danmark, 2018. Kroner.



Anm.: Forbrug af hjemmeplejeydelser til personer, der bor i plejebolig, indgår ikke i opgørelserne, da der ikke findes registerdata herfor.

Kilde: Baseret på udtræk fra Landspatientregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret, Sygesikringsregisteret og Ældredokumentationen.

Det ses af Figur 4.1, at de samlede gennemsnitlige omkostninger pr. person stiger med alderen frem til de 93-95 år: De gennemsnitlige omkostninger for en 65-årig person er således ca. 28.600 kr., mens omkostningerne for en 95-årig er ca. 88.100 kr. Efter 95 år svinger (fluktuerer) omkostningerne.

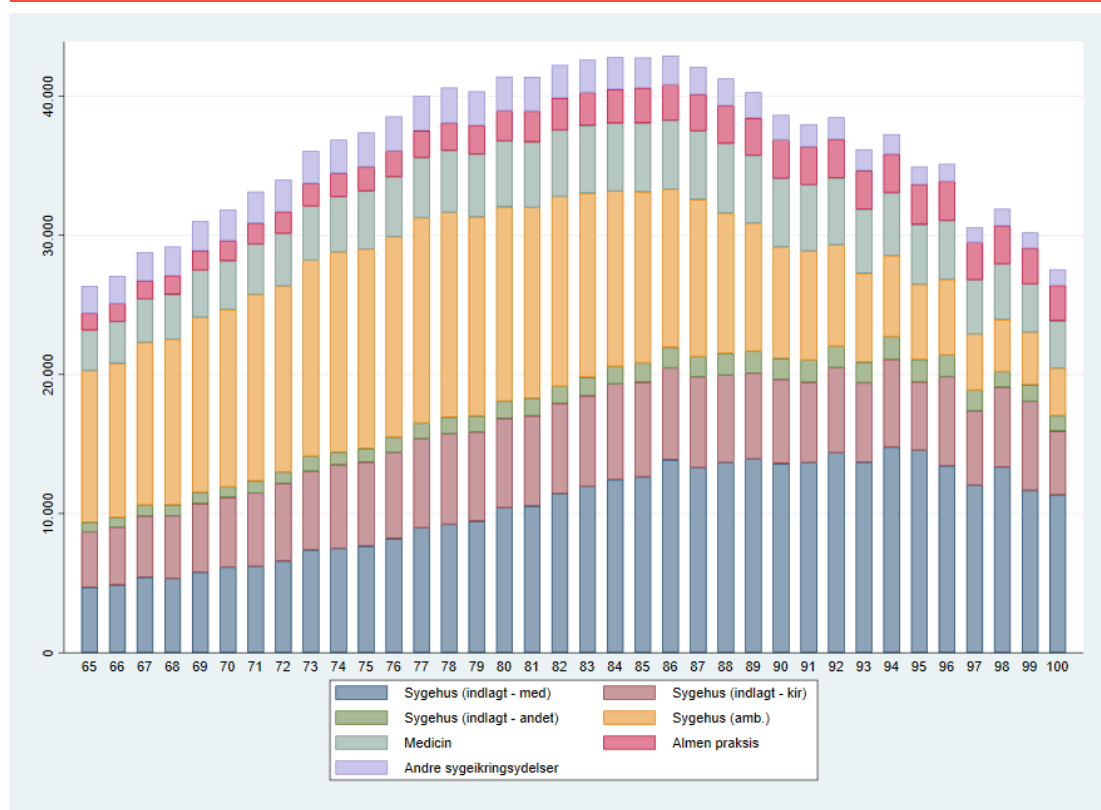
Omkostninger i sundhedsvæsenet (summen af omkostninger ved indlæggelse, ambulant behandling, receptpligtig medicin og ydelser under Sygesikringen) udgør mere end 50 % af de samlede gennemsnitlige omkostninger for de 65-89-årige personer. Fra 90-årsalderen udgør hjemmeplejeydelser mere end 50 % af de samlede gennemsnitlige omkostninger.

Nedenfor præsenterer vi omkostningerne, hvor de er udskilt i sundhedsomkostninger og hjemmeplejeomkostninger.

Sundhedsomkostninger

I Figur 4.2 præsenteres de samlede gennemsnitlige sundhedsomkostninger pr. person. Omkostningerne ved indlæggelse på somatisk sygehus er fordelt på hhv. kirurgisk, medicinsk og indlæggelse på andre afdelinger. Omkostningerne er ydermere opgjort for ambulante sygehus-kontakter, medicinforbrug, almen praksis og andre sygesikringsydelse.

Figur 4.2 De samlede gennemsnitlige omkostninger pr. person ved forbrug af **sundheds-ydelser** hos 65-100-årige personer fordelt på alder og ydelsestype. Danmark, 2018. Kroner.



Anm.: Sygehus (indlagt – med) = medicinske indlæggelser, Sygehus (indlagt – kir) = kirurgiske indlæggelser, Sygehus (indlagt – andet) = andre indlæggelser, Sygehus (amb.) = ambulant behandling på sygehus, Medicin = receptpligtig medicin, Almen praksis = ydelser leveret af almen praksis, Andre sygekringsydelse = ydelser leveret under Sygesikringen, som ikke er almen praksis (fx privatpraktiserende speciallæge).

Kilde: Baseret på udtræk fra Landspatientregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret og Sygesikringsregisteret.

Det ses af Figur 4.2, at summen af omkostninger i forbindelse med indlæggelser (medicinske og kirurgiske) udgør den største og en med alderen stigende andel af de samlede sundhedsomkostninger.

Ved sammenligning af omkostninger ved behandling på sygehus udgør den ambulante behandling den største andel af de samlede omkostninger til sygehusbehandling for de 65-72-årige. Fra 73 år og opefter udgør indlæggelser den største omkostning.

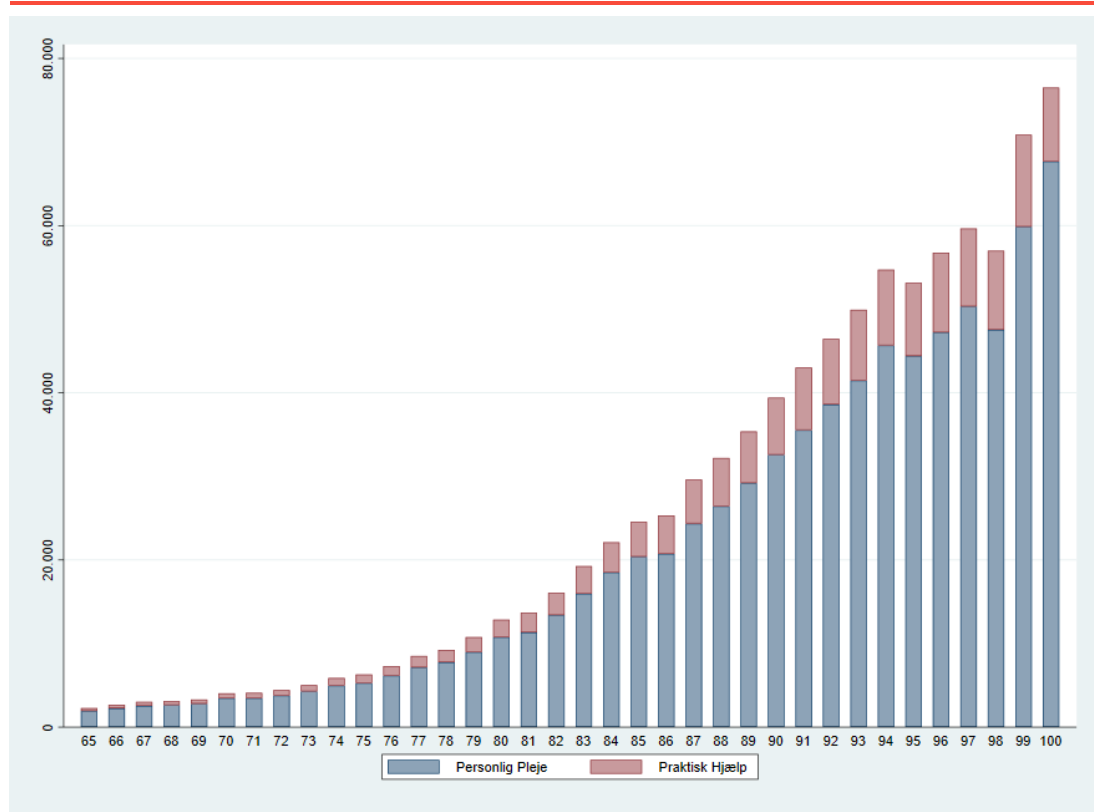
Ser man på den indlagte aktivitet, så ligger de kirurgiske indlæggelser med en relativt konstant andel af sundhedsomkostningerne på ca. 15 %. De medicinske indlæggelser udgør 18 % af de samlede sundhedsomkostninger for de 65-årige og stiger til 40 % for de 95+-årige.

Det ses ligeledes af Figur 4.2, at de samlede gennemsnitlige sundhedsomkostninger stiger frem til 78-årsalderen, hvorefter de stagnerer frem til 86-årsalderen (hvor de er højest) og herefter falder. De samlede gennemsnitlige sundhedsomkostninger for en 100-årig er således på niveau med de samlede gennemsnitlige sundhedsomkostninger for en 66-årig.

Hjemmeplejeomkostninger

I Figur 4.3 er de samlede gennemsnitlige omkostninger ved hjemmeplejeydelser pr. person fordelt på personlig pleje og praktisk hjælp.

Figur 4.3 De samlede gennemsnitlige omkostninger pr. person ved forbrug af hjemmeplejeydelser hos 65-100-årige personer fordelt på alder og ydelsestype. Danmark, 2018. Kroner.



Anm.: Forbrug af hjemmeplejeydelser til personer, der bor i plejebolig, indgår ikke i opgørelserne, da der ikke findes registerdata herfor.

Kilde: Baseret på udtræk fra Ældredokumentationen.

Det ses af Figur 4.3, at de samlede gennemsnitlige omkostninger ved hjemmeplejeydelser pr. person stiger med alderen: De gennemsnitlige omkostninger for en 65-årig person er således ca. 2.200 kr., mens omkostningerne for de 90+-årig stiger fra 40.000 kr. til ca. 76.000 kr. Uanset alder udgør de gennemsnitlige omkostninger ved personlig pleje mere end 80 % af de gennemsnitlige omkostninger ved de samlede hjemmeplejeydelser pr. person, hvilket understreger, at forbruget af hjemmepleje primært dækker de meget nære plejeydelser (som af- og påklædning, bad, toiletbesøg mv.).

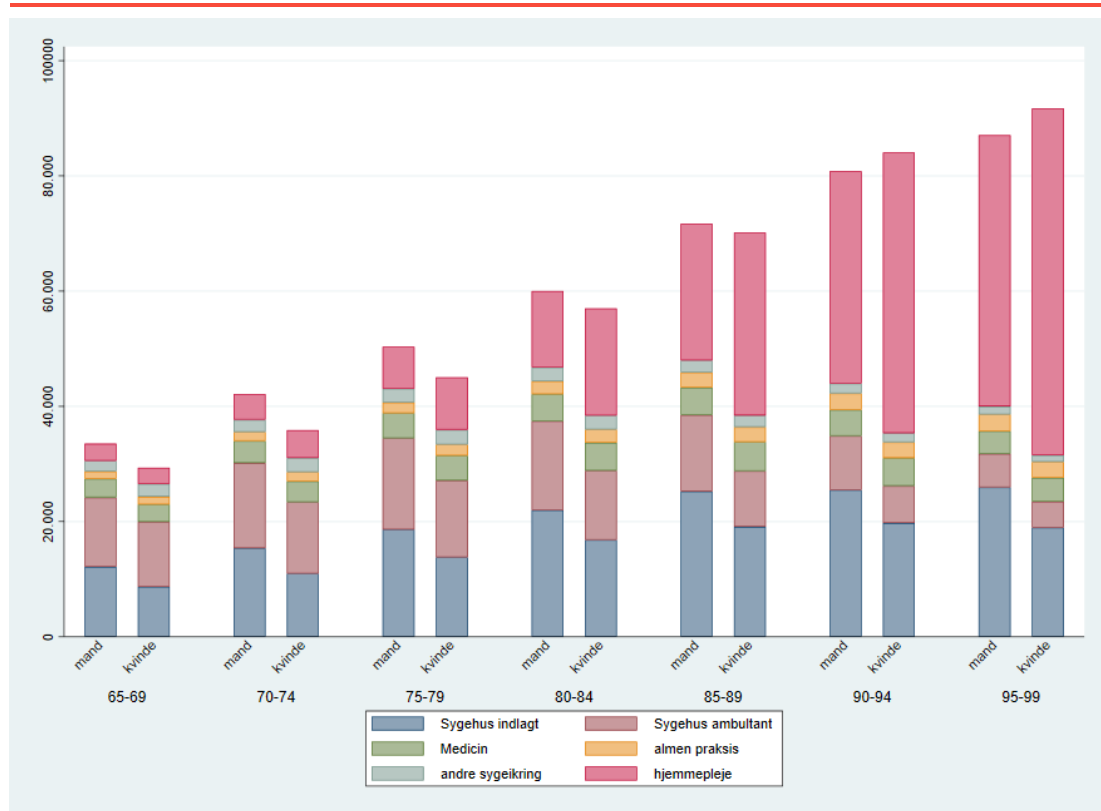
4.2.2 Omkostninger opdelt efter socioøkonomiske faktorer

I dette afsnit viser vi, hvordan omkostningerne fordeler sig for fire grundlæggende faktorer: køn, indkomst, husstandstype og urbaniseringsgrad. Dette er gjort for aldersgrupper inddelt i 5-årsintervaller, der skaber et overblik over, hvordan de enkelte faktorer spiller sammen med højere alder.

Køn

I Figur 4.4 er de samlede gennemsnitlige omkostninger pr. person fordelt på køn og 5-års-aldersgrupper.

Figur 4.4 De samlede gennemsnitlige omkostninger pr. person ved forbrug af sundheds- og hjemmeplejeydelser for 65-99-årige fordelt på alder, køn og ydelsestype. Danmark, 2018. Kroner.



Kilde: Baseret på udtræk fra Landspatientregisteret, Lægemedelstatistikregisteret, Sygesikringsregisteret og Ældredokumentationen.

Det ses af Figur 4.4, at for mænd i aldersgrupperne 65-89 år er de samlede gennemsnitlige omkostninger pr. person ved forbrug af sundheds- og hjemmeplejeydelser højere end for kvinder. Herefter er de gennemsnitlige omkostninger højere for kvinder.

Det fremgår yderligere af Figur 4.4, at omkostninger ved hjemmeplejeydelser er højere for kvinder end for mænd, og denne forskel stiger med alderen. Omvendt ses, at omkostningerne ved sundhedsydelser er højere for mænd end for kvinder i alle aldersgrupper.

Indkomst

I Figur 4.5 er de samlede gennemsnitlige omkostninger pr. person fordelt på indkomst og 5-års-aldersgrupper.

Figur 4.5 De samlede gennemsnitlige omkostninger pr. person ved forbrug af sundheds- og hjemmeplejeydelser for 65-99-årige fordelt på alder, indkomst^{a)} og ydelsestype. Danmark, 2018. Kroner.



Note: ^{a)} Inddelt i kvartiler.

Kilde: Baseret på udtræk fra Landspatientregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret, Sygesikringsregisteret, Ældredokumentationen og oplysninger om indkomst fra Danmarks Statistik.

Det ses af Figur 4.5, at for aldersgrupperne op til 84 år (de 65-84-årige) er de samlede gennemsnitlige omkostninger pr. person faldende fra 2. indkomstkvartil til 4. indkomstkvartil. Det fremgår endvidere af Figur 4.5, at fra 90-årsalderen har personer i 4. indkomstkvartil det højeste forbrug efterfulgt af borgere i 1. indkomstkvartil.

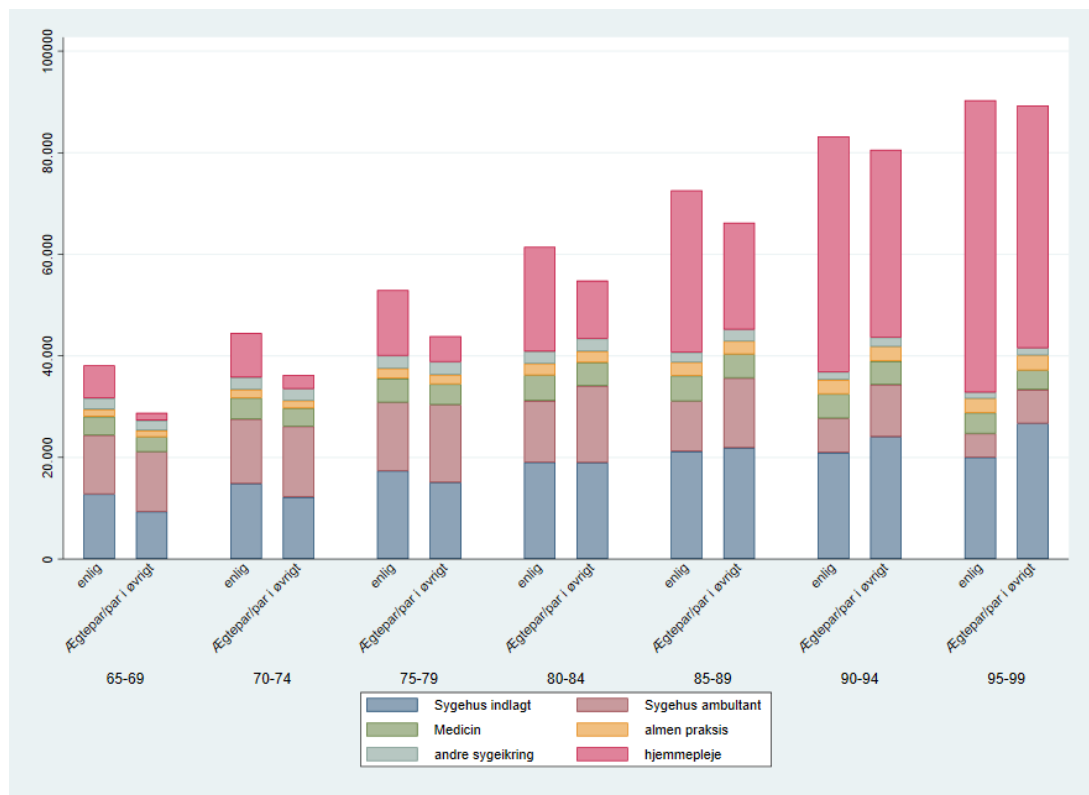
Det ses også, at omkostninger til sundhedsydelser er faldende ved højere indkomstkvartil indtil 79-årsalderen og stigende ved højere indkomstkvartil fra 85-årsalderen og ældre.

Det ses, at omkostninger ved hjemmeplejeydelser falder ved højere indkomstkvartil fra 65-90 år, hvorefter det ses, at 4. indkomstkvartil har de højeste omkostninger, og 1. indkomstkvartil har de næsthøjeste omkostninger.

Husstandstype

I Figur 4.6 er de samlede gennemsnitlige omkostninger pr. person fordelt på husstandstype og 5-års-aldersgrupper.

Figur 4.6 De samlede gennemsnitlige omkostninger pr. person ved forbrug af sundheds- og hjemmeplejeydelser for 65-99-årige fordelt på alder, husstandstype og ydelsestype. Danmark, 2018. Kroner.



Kilde: Baseret på udtræk fra Landspatientregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret, Sygesikringsregisteret, Ældredokumentationen og oplysninger om husstandstype fra Danmarks Statistik.

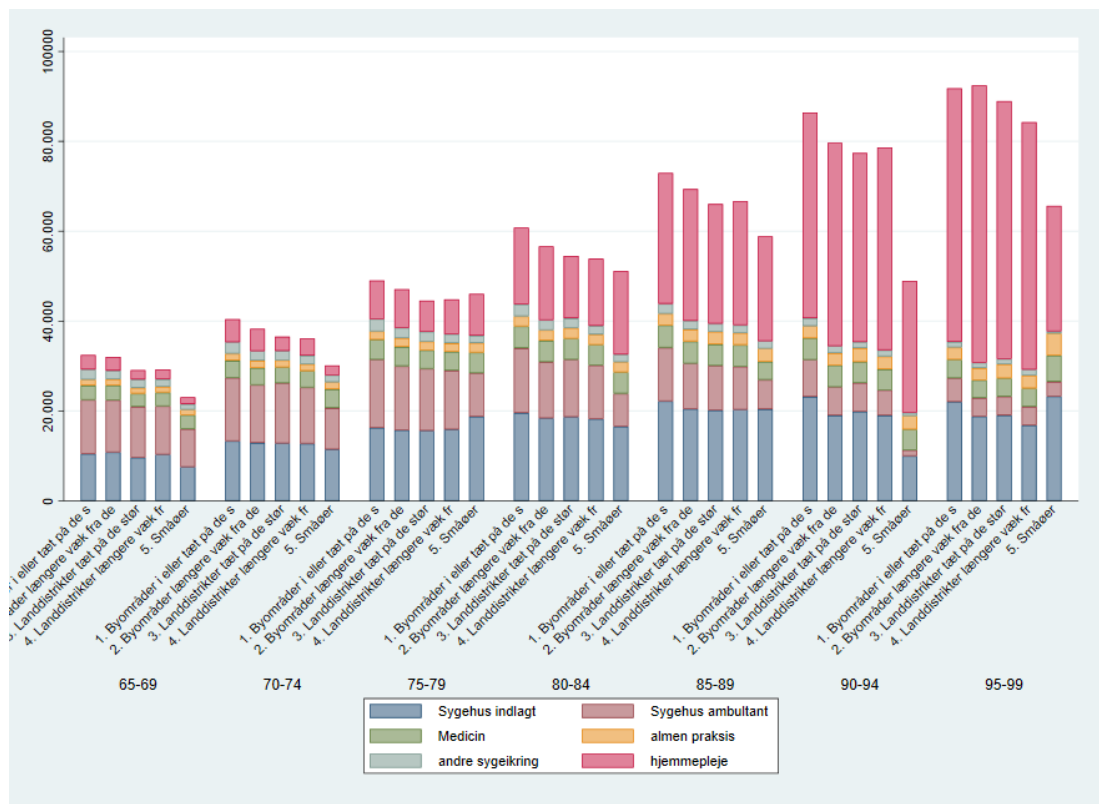
Det ses af Figur 4.6, at for enlige er de samlede gennemsnitlige omkostninger pr. person ved forbrug af sundheds- og hjemmeplejeydelser højere end for ægtepar/par i øvrigt – uanset alder. Forskellen i omkostninger indsnævres for de ældre aldersgrupper.

Når man ser på omkostninger til hhv. sundheds- og hjemmeplejeydelser, ses det, at forskellen imellem enlige og par drives af forskelle i hjemmeplejeydelser, idet sundhedsydelse kun er højest for enlige fra 65-79 år, hvorefter ægtepar og par i øvrigt har et højere forbrug af sundhedsydelse.

Urbaniseringsgrad

I Figur 4.7 er de samlede gennemsnitlige omkostninger pr. person fordelt på urbaniseringsgrad og 5-års-aldersgrupper.

Figur 4.7 De samlede gennemsnitlige omkostninger pr. person ved forbrug af sundheds- og hjemmeplejeydelser for 65-99-årige fordelt på alder, urbanisering og ydelsestype. Danmark, 2018. Kroner.



Kilde: Baseret på udtræk fra Landspatientregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret, Sygesikringsregisteret og Ældredokumentationen suppleret med oplysninger om urbaniseringsgrad fra Ministeriet for Fødevarer, Landbrug og Fiskeris klassifikation i landdistriktsprogrammet fra 2008 (4).

Det ses af Figur 4.7, at personer med bopæl i et byområde eller tæt på de større byer har det højeste samlede forbrug af sundheds- og hjemmeplejeydelser. Det er en generel tendens i alle aldersgrupper, at forbruget falder med lavere grad af urbanisering. Denne tendens går igen, når vi fokuserer på sundhedsydelser, hvor der for alle aldersgrupper er et lavere forbrug af sundhedsydelser ved mindre urbanisering.

Når vi kigger på hjemmeplejeydelser, ser vi, at for de 65-74-årige er der genereret et fald i hjemmeplejeydelser med faldende urbanisering. For de 75-84-årige ses det højeste forbrug af hjemmeplejeydelser for de borgere, der bor i de mest urbaniserede og de mindst urbaniserede områder. Fra 85-årsalderen og opefter ses igen en tendens til faldende hjemmeplejeforbrug med lavere grad af urbanisering.

4.2.3 Betydende socioøkonomiske faktorer for sundheds- og hjemmeplejeforbrug

I dette afsnit dykker vi dybere ned i en række relevante socioøkonomiske faktorer, der signifikant kan være medvirkende til at forklare det samlede forbrug af sundheds- og hjemmeplejeydelser.

Det samlede forbrug af sundheds- og hjemmeplejeydelser – Lineær regression

I Figur 4.8 præsenteres resultaterne af den lineære regression grafisk. Det er her muligt at aflæse karakteristika, der påvirker de samlede gennemsnitlige omkostninger pr. person ved

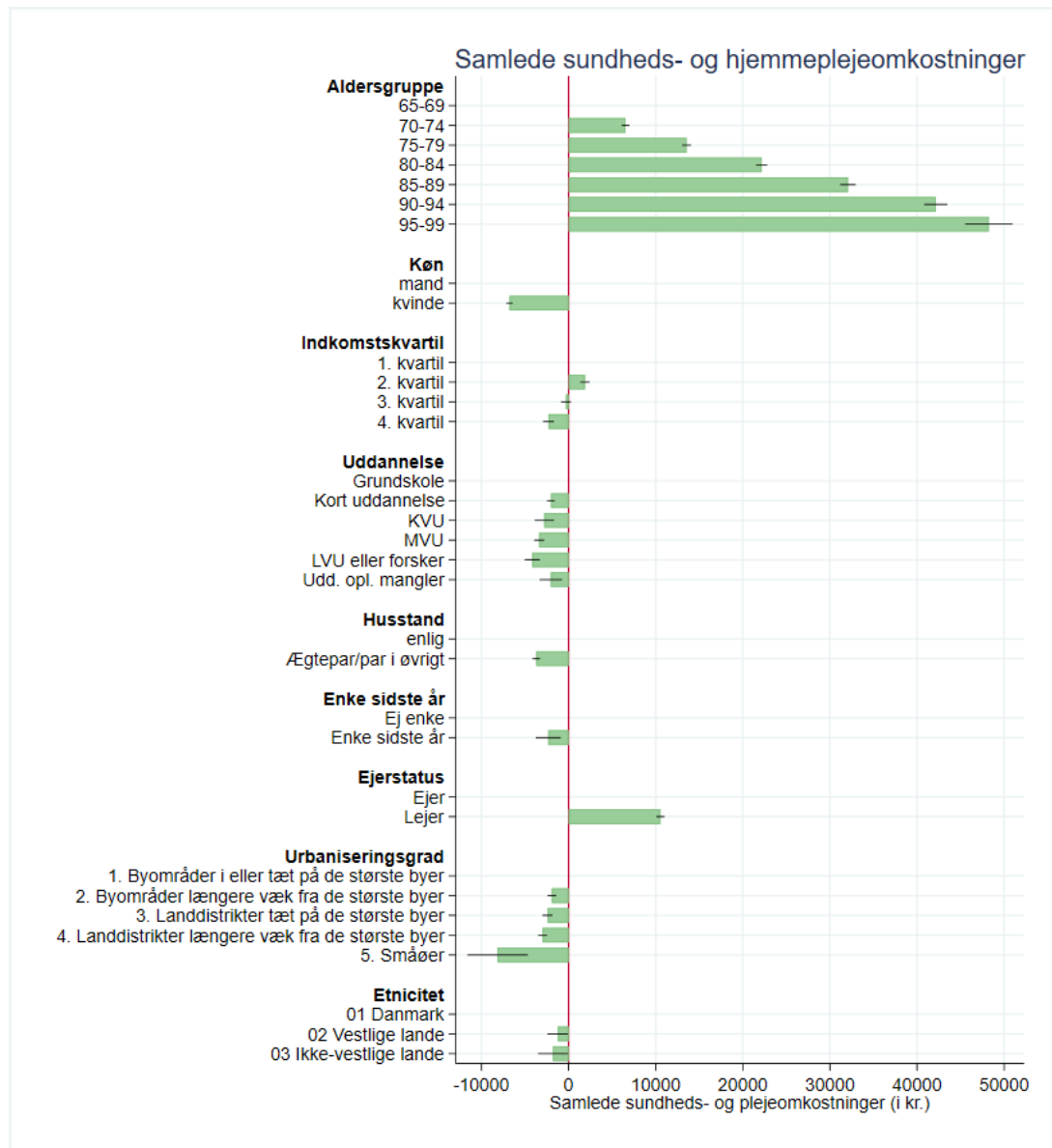
forbrug af sundheds- og hjemmeplejeydelser. Koefficienterne er angivet med bjælker, der indikerer ændringer i de samlede gennemsnitlige omkostninger sammenlignet med den anførte referencegruppe under antagelse af, at alle andre variabler i modellen holdes konstante. Det vil sige, at tallene indikerer den faktiske effekt af den enkelte forklarende variabel. 95 % konfidensintervaller er repræsenteret med de sorte linjer.

I figuren ses nogle klare sociale gradienter. Der er et stigende forbrug ved højere alder, og kvinder har et lavere forbrug end mænd. Koefficienterne for indkomstkvarterne er relativt små, og der tegnes et billede af, at det højeste forbrug findes i den 2. indkomstkvarter. Det ses endvidere, at forbruget falder med uddannelsesniveaue og er lavere for par end singler, og ældre, der er blevet enke/enkemand det forgangne år, har også et lavere forbrug.

Der ses en relativt tydelig faldende geografisk gradient i forbruget af sundheds- og hjemmeplejeydelser, jo mindre urbaniseringsgrad bopælssognet har.

Endelig har både vestlige og ikke-vestlige indvandrere et lavere forbrug af sundheds- og hjemmeplejeydelser i forhold til etnisk danskere.

Figur 4.8 De gennemsnitlige samlede omkostninger pr. person ved forbrug af sundheds- og hjemmeplejeydelser hos 65-99-årige personer. Danmark, 2018.



Kilde: Baseret på udtræk fra Landspatientregisteret, Lægemedelstatistikregisteret, Sygesikringsregisteret, Ældredokumentationen, en række socioøkonomiske variable fra Danmarks Statistik samt oplysninger om kommunernes urbaniseringsgrad, (5).

Anm.: Søjlerne repræsenterer punktestimatet, og de sorte linjer repræsenterer 95 % konfidensintervaller. Estimer og konfidensintervaller kan findes i bilag.

Resultaterne for de lineære regressioner er også gennemført for de gennemsnitlige omkostninger ved sundhedsydelser hhv. for de gennemsnitlige omkostninger ved hjemmeplejeydelser. De opdeltte analyser viser lignende resultater som dem, der fremgår ovenfor (se eventuelt Bilagstabel 1.13). Dog fremgår det, at

- Mænd har signifikant lavere hjemmeplejeomkostninger end kvinder, men signifikant højere sundhedsomkostninger end kvinder
- Borgere i 3. og 4. indkomstkvartil har et signifikant lavere forbrug af hjemmepleje end 1. indkomstkvartil

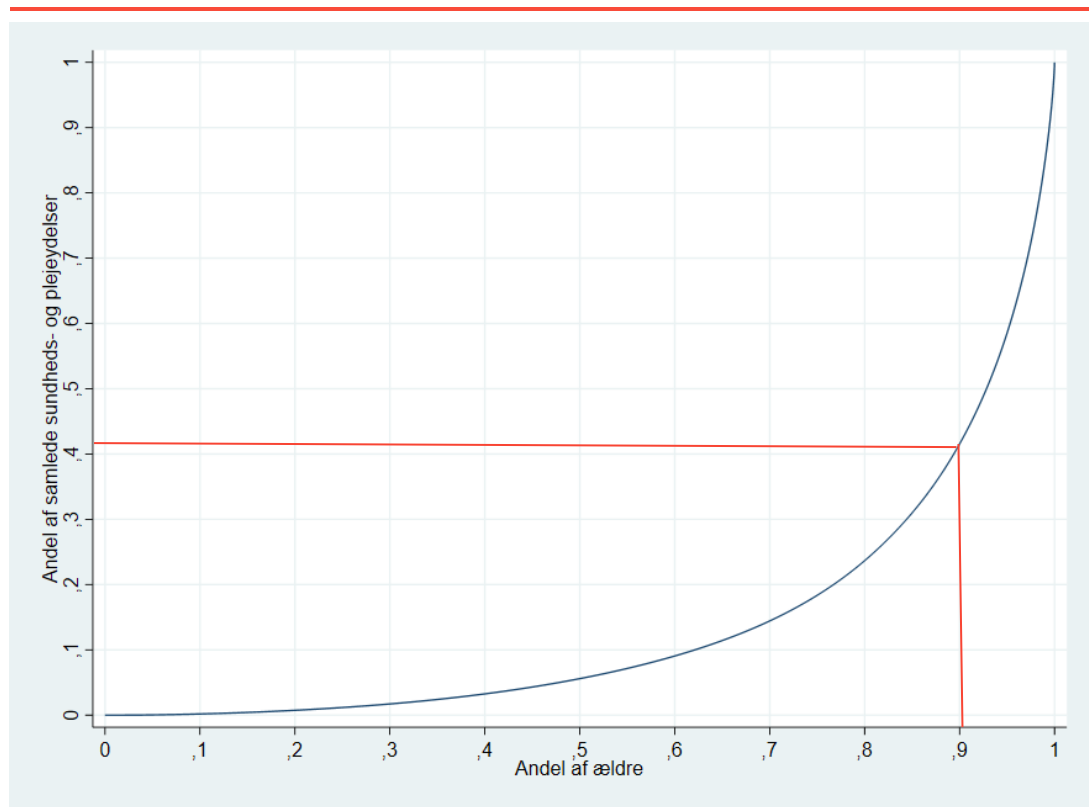
- Gifte og par i øvrigt har højere sundhedsomkostninger end enlige
- Er man blevet enke/enkemand det forgangne år, har man et højere forbrug af hjemmepleje
- Urbaniseringsgraden er ikke generelt signifikant korreleret med hjemmeplejeforbruget, som det er tilfældet for sundhedsydelser.

Analysen af betydende faktorer er opdelt i to subgruppeanalyser for hhv. de borgere, der er 80 år eller ældre, hhv. de borgere, der er 79 år eller yngre. Ved denne opdeling ses lignende resultater som i de samlede analyser for personer på 79 år eller yngre. For personer på 80 år eller ældre ses ingen signifikant sammenhæng med indkomst, og der ses ingen sammenhæng med etnicitet.

Højt forbrug af sundheds- og hjemmeplejeydelser – Logistisk regression

Figur 4.9 er en såkaldt Lorenz-kurve, som beskriver fordelingen af forbrug af sundheds- og hjemmeplejeydelser udtrykt ved de samlede omkostninger. De kumulerede fordelinger (andele) er indsat i et koordinatsystem. Hvis alle ældre havde det samme forbrug, ville kurven følge en diagonal, og idet relativt få står for størstedelen af omkostningerne, vil kurven være tættere på førsteaksen (den vandrette) og hæve sig senere.

Figur 4.9 Lorenz-kurve, der viser, hvor stor en andel af de samlede omkostninger ved sundheds- og hjemmeplejeydelser, som en given andel af de 65+-årige kan tilskrives. Danmark, 2018.



Kilde: Baseret på udtræk fra Landspatientregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret, Sygesikringsregisteret og Ældredokumentationen.

Det ses af Figur 4.9, at en relativt lille andel af de ældre har en relativt stor andel af de samlede omkostninger ved sundheds- og hjemmeplejeydelser. Det fremgår således, at de 10 % af de

ældre, der har det højeste forbrug, kan tilskrives ca. 60 % af de samlede sundheds- og hjemmeplejeomkostninger (som markeret med røde streger). Lorenzkurver for hhv. sundheds- og hjemmeplejeydelser separat er indsat i bilag, her ses det, at en relativt lille andel af borgere over 65 år står for hovedparten af omkostninger til hjemmepleje.

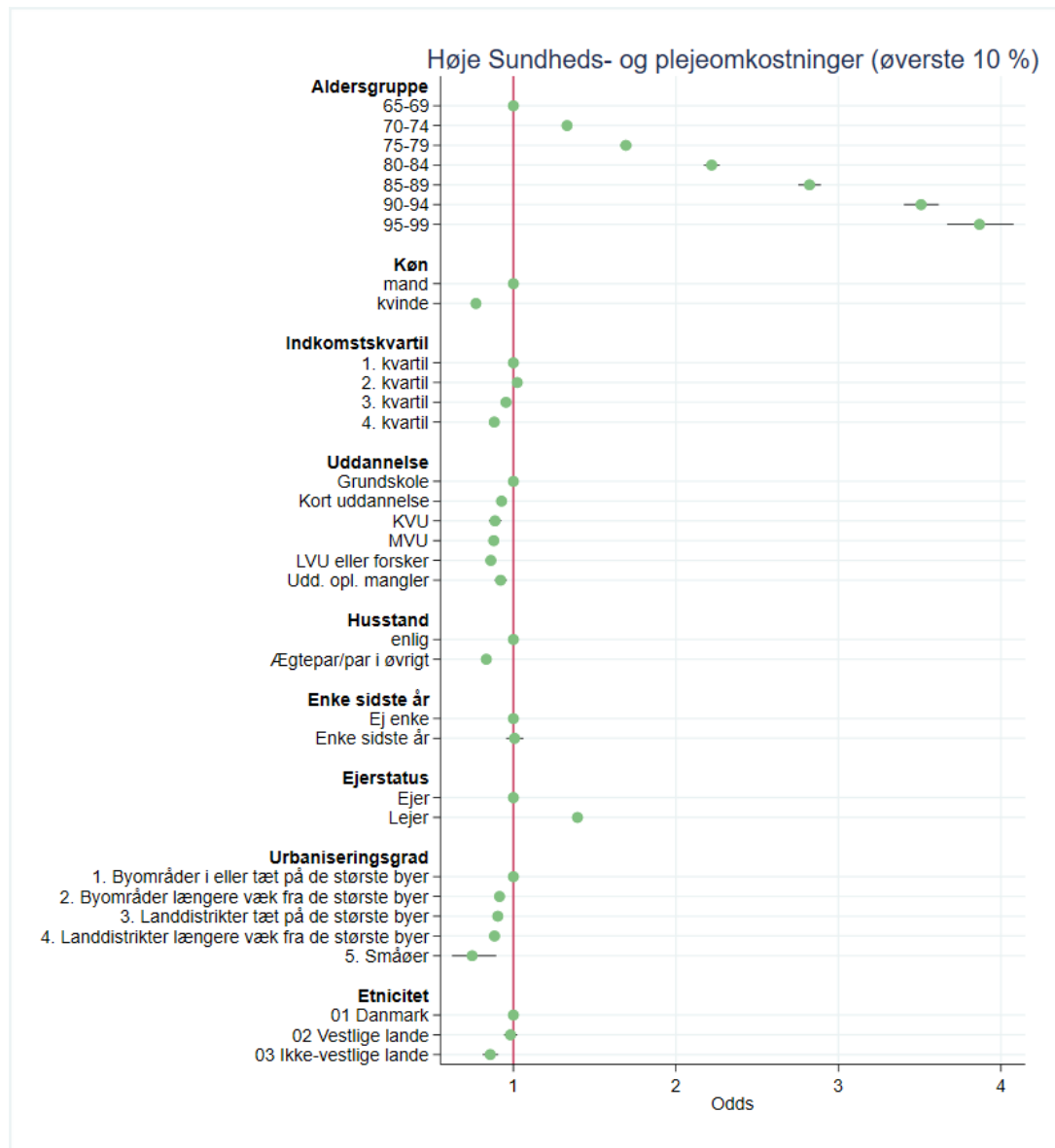
Det er derfor interessant at undersøge, om gruppen af ældre med det højeste forbrug har karakteristika, der adskiller sig væsentligt fra de øvrige ældre.

Resultaterne af denne analyse præsenteres i Figur 4.10. Analysen er en logistisk regression, hvori det er muligt at aflæse karakteristika, som påvirker sandsynligheden (odds) for at være blandt de 10 % af ældre, der har de højeste omkostninger ved forbrug af sundheds- og hjemmeplejeydelser. Et estimat større end 1,0 betyder, at der er øget sandsynlighed for at være blandt de ældre med det allerhøjeste forbrug, mens en værdi mindre end 1,0 indikerer en lavere sandsynlighed – hvis resultatet vel at mærke er signifikant.

Analysen viser generelt de samme tendenser, som vi så i analysen af de gennemsnitlige omkostninger: Stigende med alderen, faldende med uddannelsesniveau og urbaniseringsgrad, og der er lavere sandsynlighed for at være blandt de 10 % med det højeste forbrug, hvis man er kvinde og/eller er gift eller par i øvrigt.

Der er en mere udtalt tendens til, at højere indkomst er associeret med lavere sandsynlighed for højere omkostninger, og der er lavere sandsynlighed for høje omkostninger for indvandrere med ikke-vestlig baggrund.

Figur 4.10 Sandsynligheden for at være blandt de 10 % med det højeste forbrug af sundheds- og hjemmeplejeydelser hos 65-99-årige personer. Danmark, 2018.



Anm.: Estimer og p-værdier findes i bilag
 Punkterne repræsenterer punkttestimatet, og de sorte linjer repræsenterer 95 % konfidensintervaller. Estimer og konfidensintervaller kan findes i bilag.

For at se, om der er forskelle imellem sundhedsydelse og hjemmeplejeydelse, er resultaterne for de logistiske regressioner også gennemført separat for de gennemsnitlige omkostninger ved sundhedsydelse hhv. for de gennemsnitlige omkostninger ved hjemmeplejeydelse. De opdeltte analyser viser lignende resultater som dem, der fremgår ovenfor (se eventuelt Bilagstabel 1.17). Det skal dog bemærkes, at

- Der ikke er signifikant forskel imellem mænd og kvinder for hjemmeplejeydelse
- Borgere i 2. indkomstkvarantil har signifikant højere sandsynlighed for at være blandt de ældre med høje hjemmeplejeomkostninger. Fordelingen af borgere med højt forbrug af hjemmeplejeydelse for hver indkomstkvarantil kan ses i Bilagstabel 1.6

- Er man blevet enke/enkemand det forgangne år, har man lavere sandsynlighed for at have højt sundhedsforbrug, men højere sandsynlighed for at have et højt hjemmeplejeforbrug
- Indvandrere fra vestlige lande har højere sandsynlighed for at have høje sundhedskostninger.

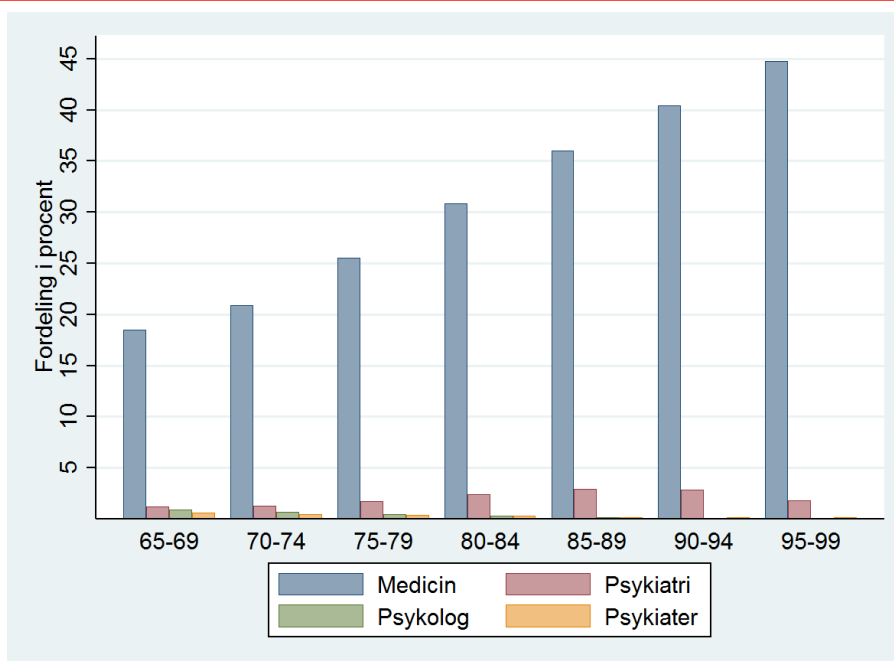
Ydermere er regressionen udført for hhv. de 80+-årige og borgere på 79 år eller yngre. Resultaterne (se Bilagstabel 1.18) viser samme tendenser som den samlede regression.

4.3 Behandling for psykiske lidelser

I de forrige afsnit har vi kigget bredt på sundheds- og hjemmeplejeydelser. Vi kigger nu nærmere på omkostninger i forbindelse med behandling for psykisk sygdom, og hvilke socioøkonomiske faktorer, der er associeret med at modtage behandling for psykisk sygdom.

I Figur 4.11 ses andelen af de 65+-årige, der i løbet af 2018 modtog behandling for psykisk sygdom, opdelt på medicinsk behandling (receptpligtig), behandling i sygehuspsykiatrien og hos hhv. psykolog og psykiater.

Figur 4.11 Andelen af 65-99-årige, der har modtaget behandling for psykisk sygdom, fordelt på alder og ydelsestype. Danmark, 2018.



Kilde: Baseret på udtræk fra Landspatientregisteret (psykiatrisk), Lægemiddelstatistikregisteret og Sygesikringsregisteret.

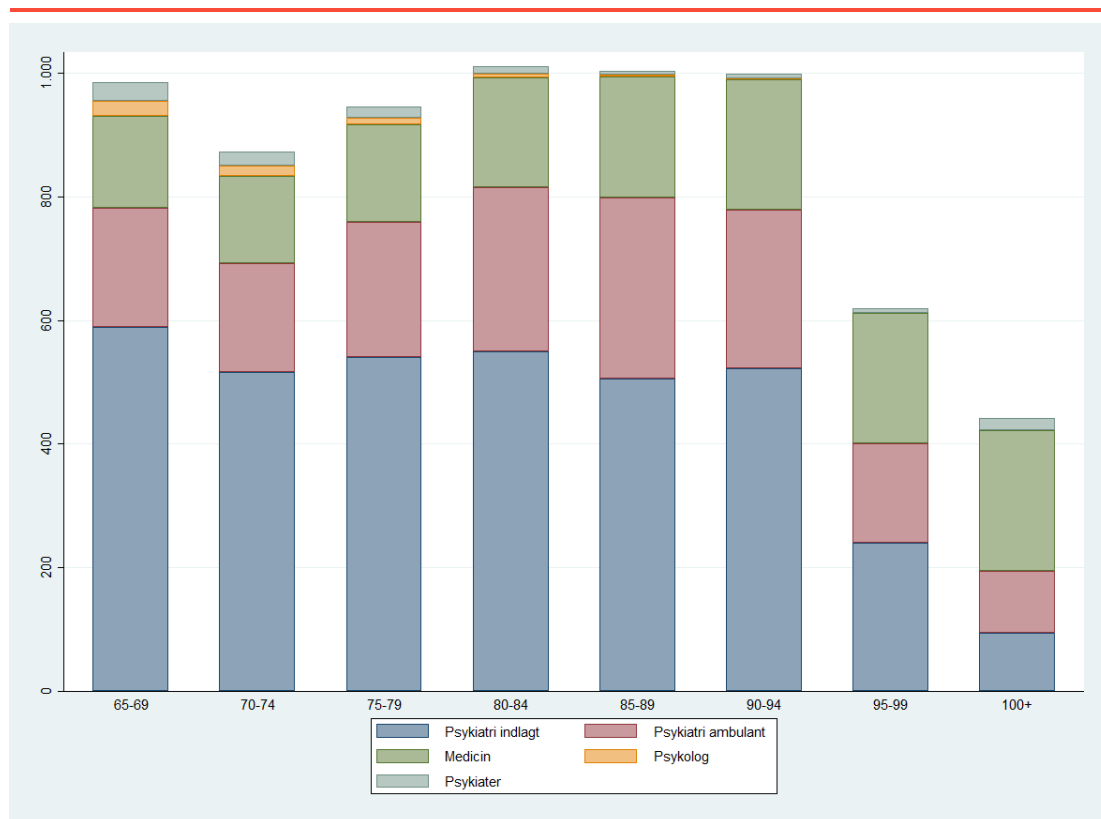
Det ses af Figur 4.11, at ca. 18 % af de 65-69-årige har indløst en recept på psykofarmaka. Denne andel stiger med højere alder til, at knap 45 % af de 95-99-årige har indløst recept på psykofarmaka.

Cirka 1 % af de 65-69-årige har været i kontakt med psykiatrien i løbet af et år. Dette stiger til ca. 3 % for de 85-89-årige og falder igen til ca. 2 % for de 95-99-årige.

Færre end 1 % i alle aldersgrupper har været til psykolog eller psykiater.

I Figur 4.12 er de samlede gennemsnitlige omkostninger ved psykiatriske ydelser pr. person udskilt og fordelt på hospitalsydelser (indlæggelser og ambulant behandling), sygesikringsydelser med behandling af psykolog hhv. privatpraktiserende psykiater og forbrug af receptpligtig medicin omfattende psykofarmaka.

Figur 4.12 De samlede gennemsnitlige omkostninger pr. person ved forbrug af **sundhedsydelser i forbindelse med psykisk sygdom**^{a)} hos 65-100+-årige personer fordelt på alder og ydelsestype. Danmark, 2018. Kroner.



Anm.: ^{a)} Psykiatriske sundhedsydelser omfatter hospitalsydelser (indlæggelser og ambulant behandling), sygesikringsydelser med behandling af psykolog hhv. privatpraktiserende psykiater og forbrug af receptpligtig medicin omfattende psykofarmaka og antidepressiv medicin.

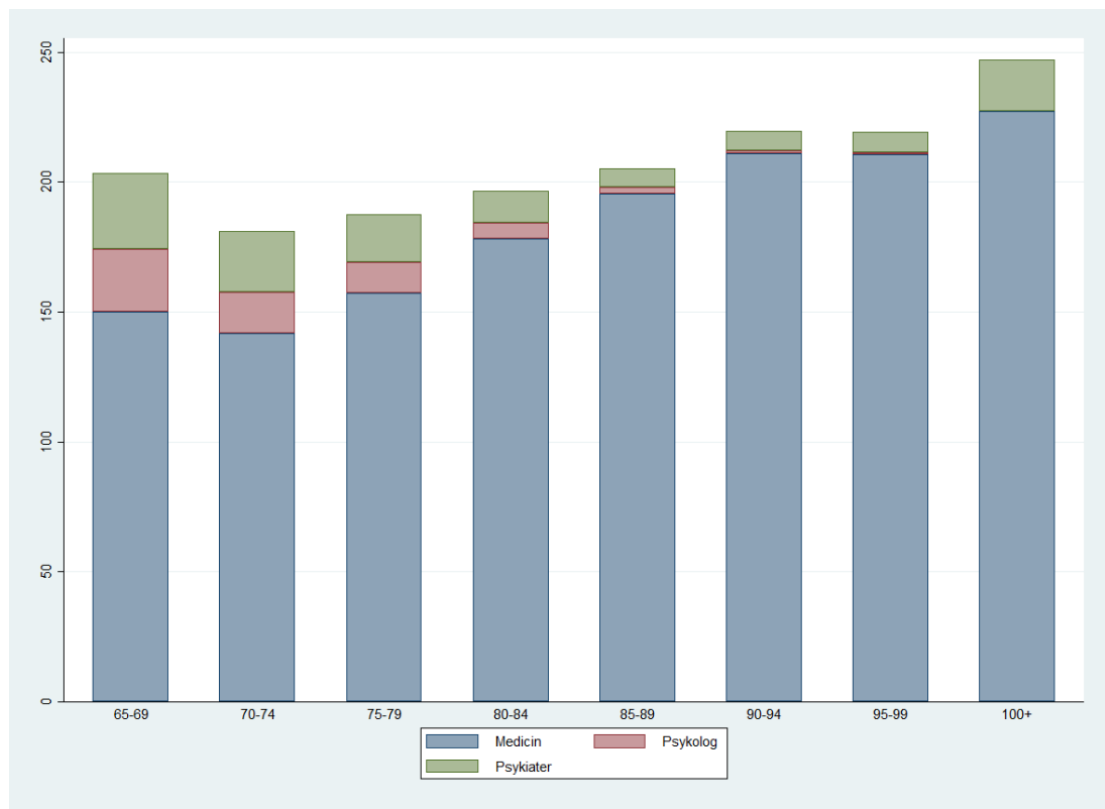
Kilde: Baseret på udtræk fra Landspatientregisteret (psykiatrisk), Lægemiddelstatistikregisteret og Sygesikringsregisteret.

Det ses af Figur 4.12, at de samlede omkostninger til behandling af psykisk sygdom udgør ca. 1.000 kr. for de 65-69-årige. Dette billede genfindes til og med gruppen af 90-94-årige. Herefter falder forbruget af sundhedsydelser i forbindelse med psykisk sygdom.

Det ses endvidere, at langt størstedelen af omkostningerne forbundet med psykisk sygdom skyldes behandling i hospitalspsykiatrien, selvom det er en relativt mindre andel af de ældre, der har modtaget behandling i hospitalspsykiatrien.

I Figur 4.13 ses opgørelsen af omkostninger i forbindelse med psykisk sygdom hos psykolog og privatpraktiserende psykiater samt psykofarmaka. Dette er gjort for at give et bedre visuelt overblik over behandlingen uden for hospitalspsykiatrien.

Figur 4.13 De samlede gennemsnitlige omkostninger pr. person ved forbrug af psykofarmaka, psykolog og psykiater hos 65-100+-årige personer fordelt på alder og ydelsestype. Danmark, 2018. Kroner.



Kilde: Baseret på udtræk fra Landspatientregisteret (psykiatrisk), Lægemedelstatistikregisteret og Sygesikringsregisteret.

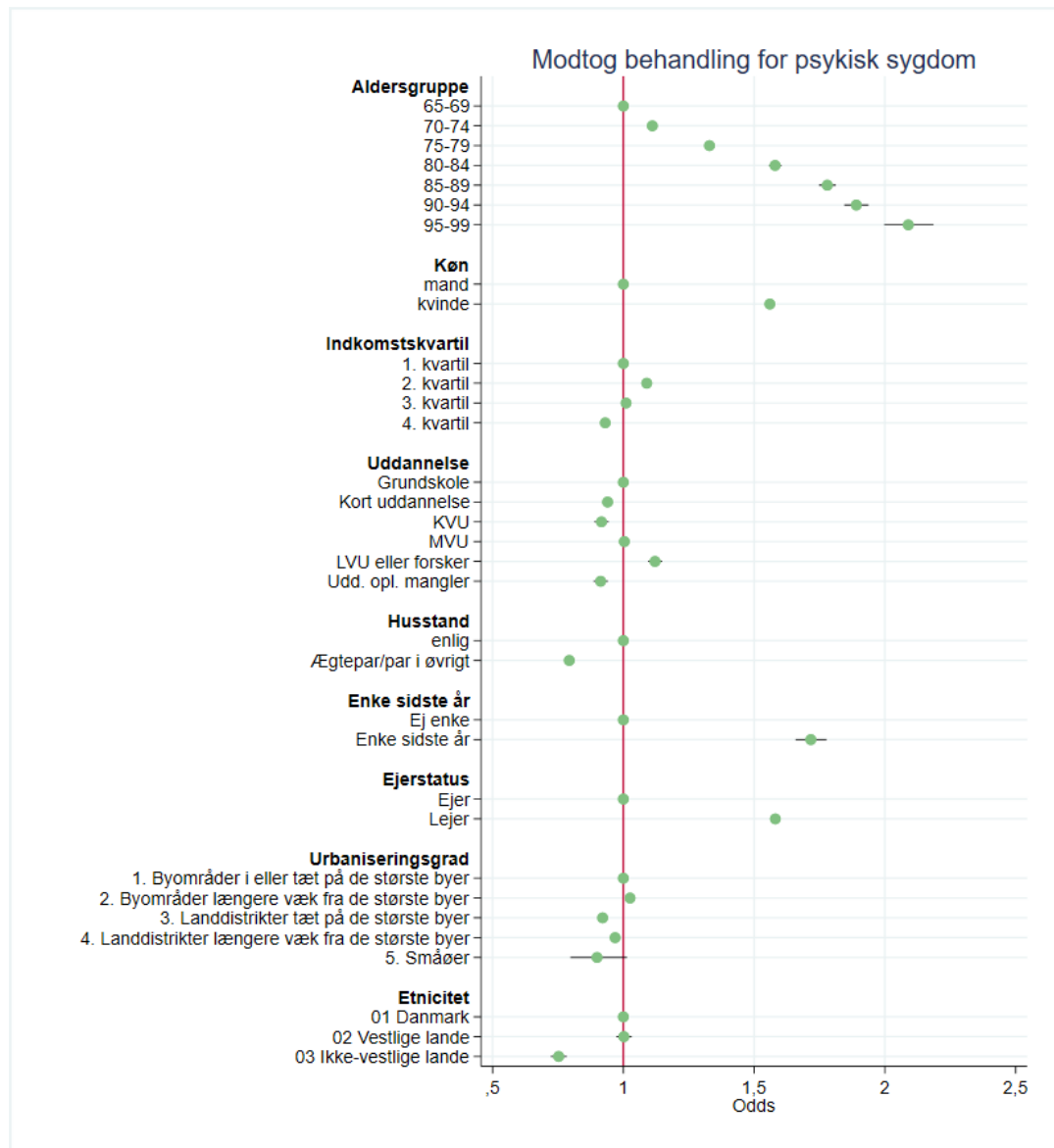
Af Figur 4.13 ses det, at forbruget af psykofarmaka stiger fra ca. 150 kr. for de 65-69-årige til ca. 220 kr. for de 90-94-årige. Omvendt falder forbruget af ydelser leveret af psykiater med alderen, og dette er også specielt klart, når det gælder psykologydelser.

I Figur 4.14 præsenteres resultaterne af en logistisk regression, hvori det er muligt at aflæse karakteristika, som påvirker sandsynligheden for at tilhøre den andel af ældre, der har modtaget behandling for psykisk sygdom.

Det ses af figuren, at der er en klar aldersgradient, der viser, at sandsynligheden for at modtage behandling for psykisk sygdom stiger med alderen. Der er også en klar tendens til, at kvinder, ældre, der bor i lejlighed, og ældre, der er blevet enke/enkemand det forgangne år, har højere sandsynlighed. Omvendt har ældre, der er gift eller indgår i par i øvrigt og indvandrere fra ikke-vestlige lande, lavere sandsynlighed.

Der er ikke klare gradienter for indkomst og uddannelse. Det tyder endvidere på, at der er en tendens til, at sandsynligheden falder med faldende urbaniseringsgrad.

Figur 4.14 Psykisk sygdom. Sandsynligheden for at have modtaget behandling for psykisk sygdom (Logistisk regression, odds ratio).



Anm.: Estimater og p-værdier findes i bilag

Punkterne repræsenterer punktestimatet, og de sorte linjer repræsenterer 95 % konfidensintervaller. Estimater og konfidensintervaller kan findes i bilag.

Som subgruppeanalyser er analysen ligeledes udført for de 80+-årige hhv. borgere på 79 år eller yngre (Bilagstabel 1.20). Resultaterne følger generelt resultaterne i Figur 4.14, dog ses, at sandsynligheden for at modtage behandling for psykisk sygdom stiger med stigende indkomst kvartil for de 80+-årige, hvor det omvendte er tilfældet for de ældre på 79 år eller yngre.

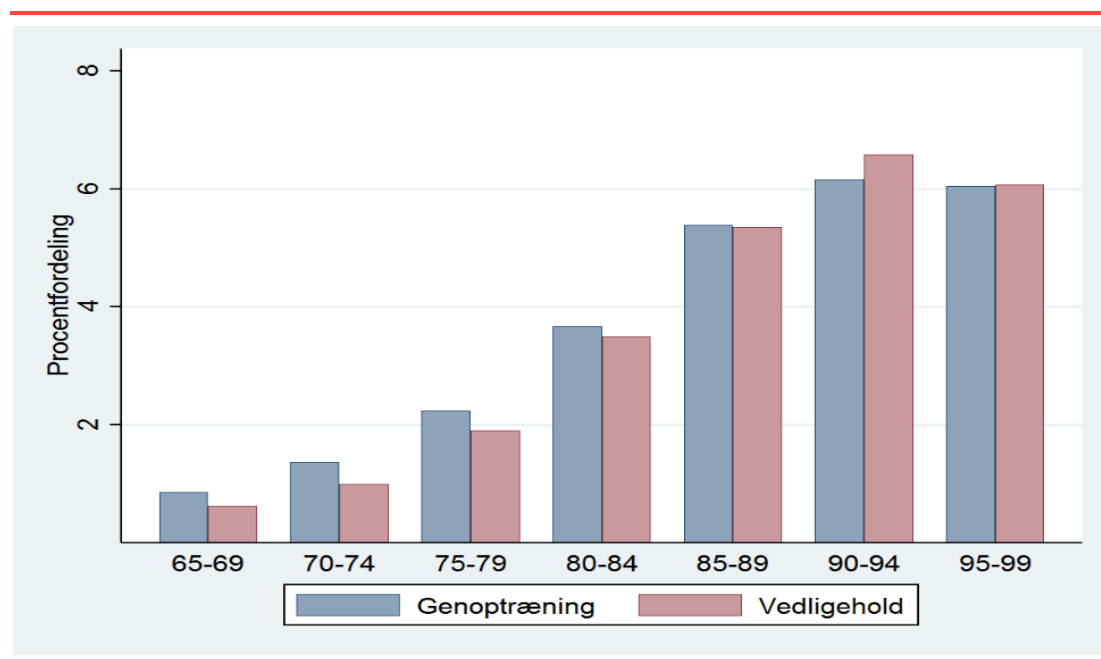
4.4 Genoptræning og vedligeholdelsestræning

Ud over den rene hjemmepleje, der finder sted i regi af kommunerne, findes også den kommunalt leverede genoptræning og vedligeholdelsestræning. Denne træning spiller sammen med hjemmeplejen og leveres for hhv. at genoprette eller vedligeholde fysiske og psykiske færdigheder.

I dette afsnit har vi identificeret og beskrevet ældre borgere, der har modtaget genoptræning og/eller vedligeholdelsestræning efter servicelovens § 86.

I Figur 4.15 ses andelen i de enkelte aldersgrupper, der har modtaget genoptræning hhv. vedligeholdelsestræning i kommunalt regi.

Figur 4.15 Andelen af borgere, der har modtaget kommunal **genoptræning hhv. vedligeholdelsestræning**, blandt de 65-99-årige personer fordelt på aldersgrupper og ydelse. Danmark, 2018.



Anm.: Omfatter kommunal genoptræning efter § 86, stk. 1, vedligeholdelsestræning efter § 86, stk. 2 (11).

Kilde: Baseret på udtræk fra Ældredokumentationen.

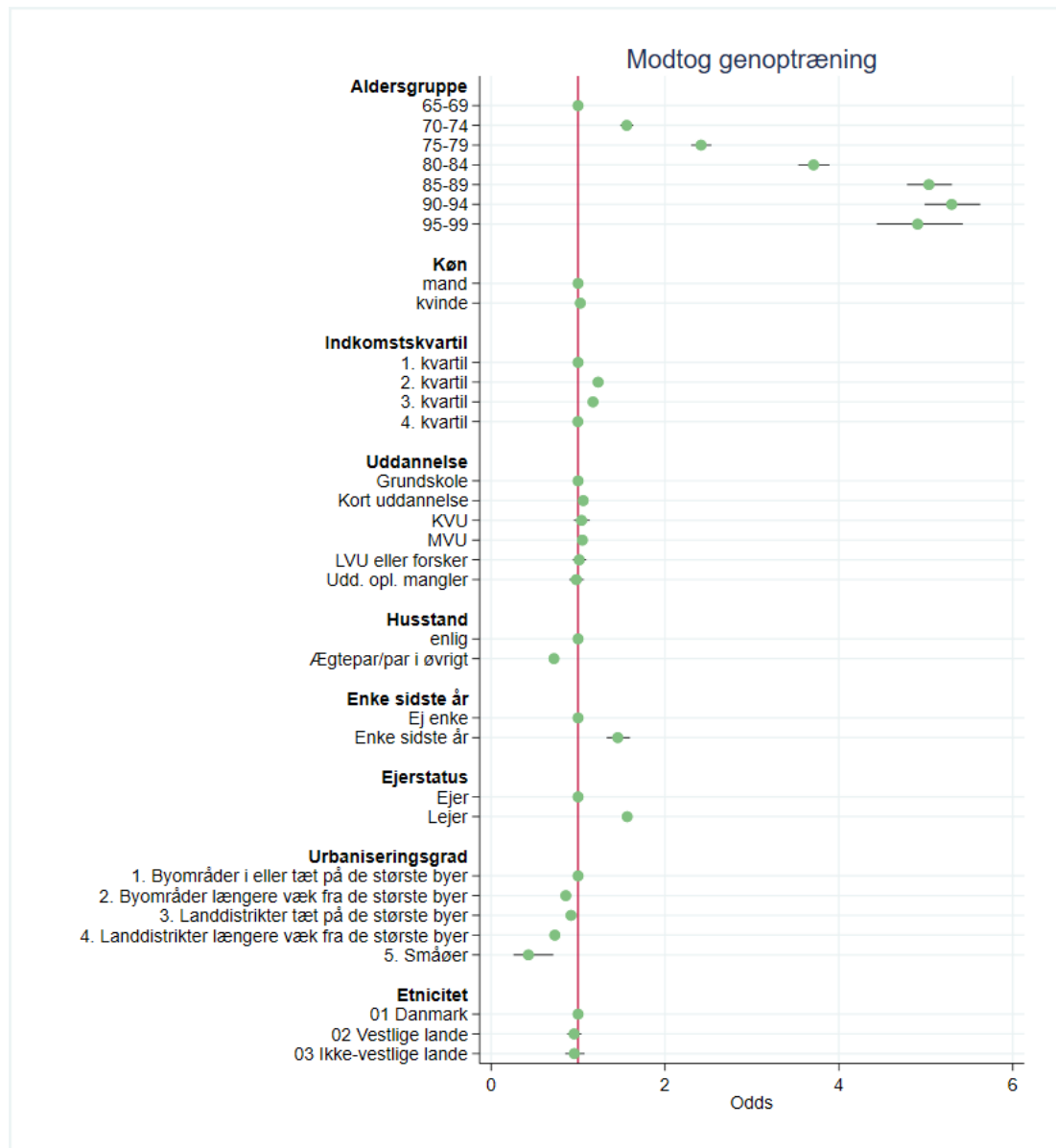
Af Figur 4.15 fremgår det, at andelen af ældre borgere, der har modtaget genoptræning hhv. vedligeholdelsestræning, stiger med alderen. For de 65-69-årige er det hhv. 0,9 %, der har modtaget genoptræning, og 0,6 %, der har modtaget vedligeholdelsestræning. For de 95-99-årige er det 6 %, der har modtaget genoptræning, og 6 %, der har modtaget vedligeholdelsestræning.

I Figur 4.16 og Figur 4.17 fremstilles resultaterne af en logistisk regression, hvori det er muligt at aflæse karakteristika, som påvirker sandsynligheden for at tilhøre den andel af ældre, der har modtaget genoptræning hhv. vedligeholdelsestræning.

Det ses, at der er en betydelig aldersgradient, således at sandsynligheden for at modtage genoptræning og vedligeholdelsestræning stiger frem til 85-årsalderen.

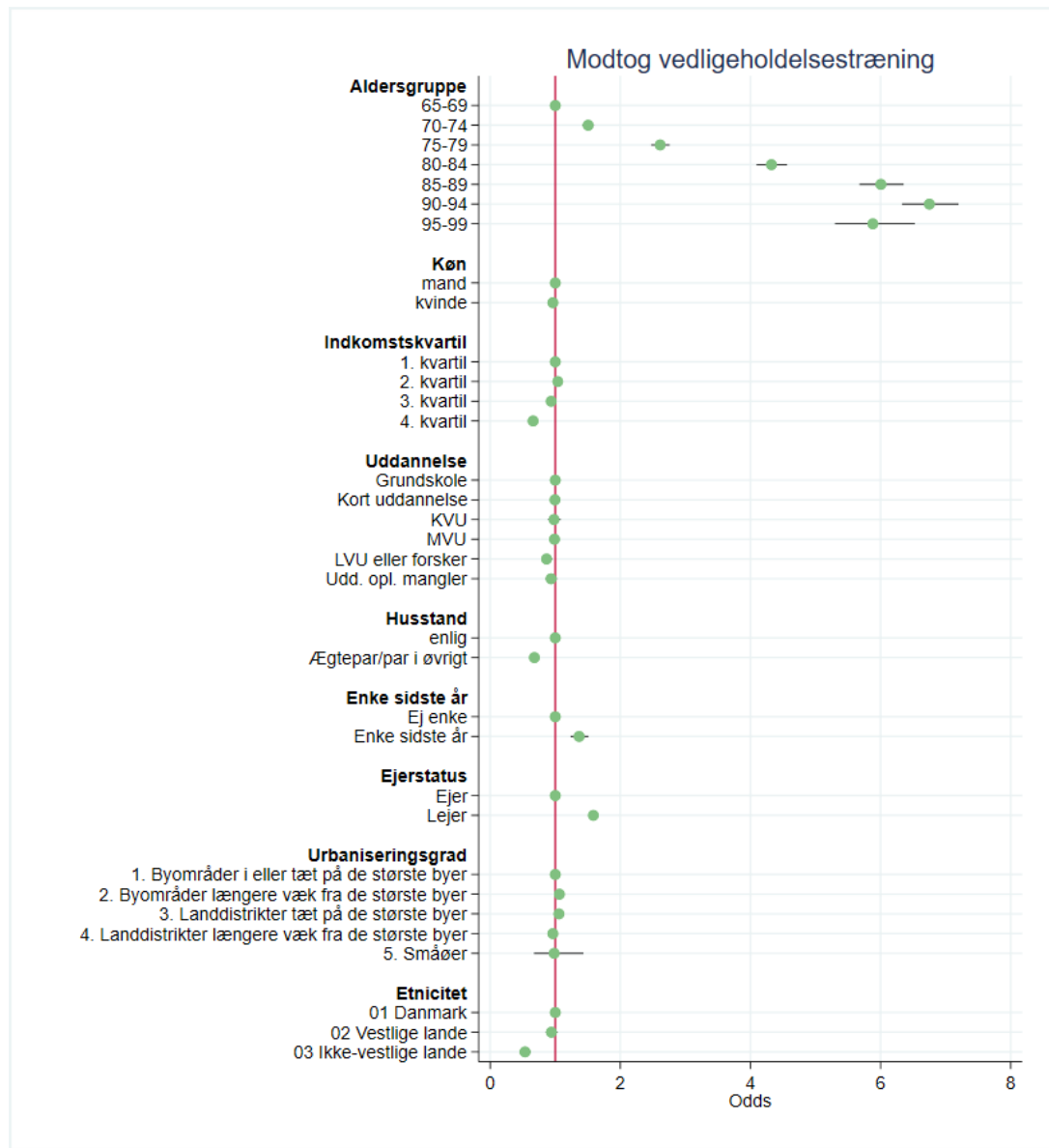
Par har lavere sandsynlighed, mens ældre, der er blevet enke/enkemand, og ældre i lejebolig har højere sandsynlighed for at modtage genoptræning og vedligeholdelsestræning. Der ses endvidere en vis geografisk gradient i forhold til urbanisering for genoptræning, men ikke for vedligeholdelsestræning.

Figur 4.16 Genoptræning: Betydende socioøkonomiske faktorer associeret med at modtage genoptræning (Logistisk regression). Danmark, 2018.



Anm.: Estimer og p-værdier findes i bilag.
 Punkterne repræsenterer punktestimatet, og de sorte linjer repræsenterer 95 % konfidensintervaller. Estimer og konfidensintervaller kan findes i bilag.

Figur 4.17 Vedligeholdelsestræning: Betydende socioøkonomiske faktorer associeret med at modtage vedligeholdelsestræning (Logistisk regression). Danmark, 2018.



Anm.: Estimer og p-værdier findes i bilag.

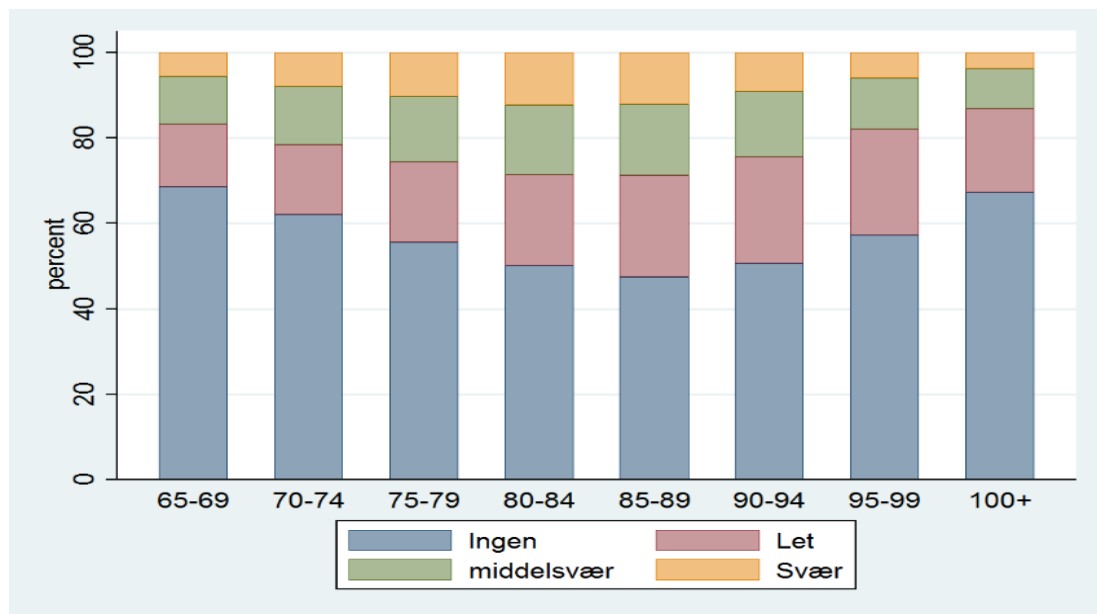
Punkterne repræsenterer punktestimatet, og de sorte linjer repræsenterer 95 % konfidensintervaller. Estimer og konfidensintervaller kan findes i bilag.

4.5 Betydende faktorer for komorbiditet

I de ovenstående analyser af omkostninger i relation til sundhed- og plejeydelser har vi udelukkende set på de leverede ydelser og ikke, hvorvidt de var udtryk for et behov. I dette afsnit analyserer vi betydende socioøkonomiske faktorer for at have en høj grad af komorbiditet, hvilket er udtrykt i Charlson indekset, der giver et kumuleret billede af sygeligheden.

I Figur 4.18 ses sværhedsgrader af komorbiditet opgjort som den procentvise andel uden komorbiditet (CCI er 0), med let komorbiditet (CCI er 1), middelsvær komorbiditet (CCI er 2) og svær komorbiditet (CCI er 3 eller mere) fordelt på alder.

Figur 4.18 Procentvise andele med **komorbiditet** hos 65-100+-årige personer fordelt på aldersgrupper og graden af komorbiditet^{a)}. Danmark, 2018.



Anm.: ^{a)} Indekset er baseret på summen af vægtede værdier relateret til 19 udvalgte sygdomme og lidelser, hvor sværhedsgraden er udtrykt ved en værdi fra 1-6. Ingen komorbiditet (CCI er 0), let komorbiditet (CCI er 1), middelsvær komorbiditet (CCI er 2) og svær komorbiditet (CCI er 3 eller mere).

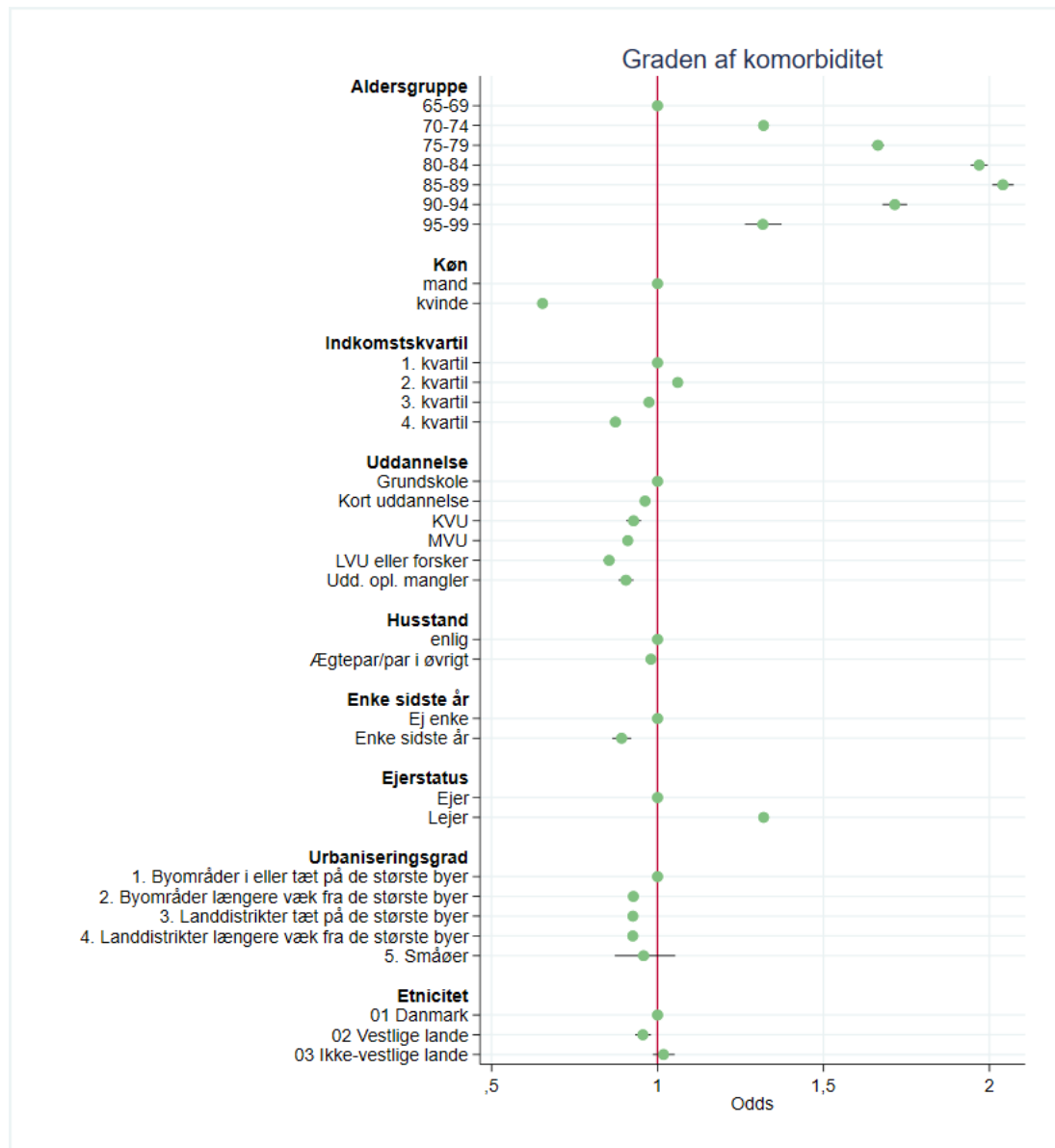
Kilde: Baseret på udtræk fra Landspatientregisteret med sammenkobling til Charlsons komorbiditetsindeks (16).

Det fremgår af Figur 4.18, at graden af komorbiditet stiger med alderen indtil 85-89-årsalderen, hvorefter graden af komorbiditet falder igen indtil 100+-årsalderen. Andel med svær eller middelsvær komorbiditet stiger fra en andel på knap 20 % for de 65-69-årige til knap 30 % for de 85-89-årige. Antallet af 100+-årige med svær til middelsvær komorbiditet er knap 15 %.

I Figur 4.19 præsenteres resultaterne af den ordinale logistiske regression, hvori det er muligt at aflæse karakteristika, som påvirker sandsynligheden for at stige et niveau inden for kategorierne af komorbiditet (ingen, let, middelsvær eller svær komorbiditet).

Det ses i figuren, at graden af komorbiditet stiger indtil 85-89-årsalderen. Kvinder har lavere sandsynlighed for svær komorbiditet, det samme gælder højere indkomstkvarter, ældre med længere uddannelse, og ældre, der bor uden for de største byer. Indvandrere fra vestlige lande har endvidere marginalt lavere sandsynlighed for en høj grad af komorbiditet. Der er endvidere udført en logistisk regression for sandsynligheden for overhovedet at have komorbiditet. Denne analyse finder de samme resultater som nedenstående tabel. Tabellen findes i Bilagstabel 1.21.

Figur 4.19 Komorbiditet. Betydende socioøkonomiske faktorer, der kan forklare graden af komorbiditet (Rangordnet Logistisk regression, odds ratio): Danmark, 2018.



Anm.: Estimeret og p-værdier findes i bilag.

Punkterne repræsenterer punktestimatet for at stige et niveau i komorbiditet, og de sorte linjer repræsenterer 95 % konfidensintervaller. Estimeret og konfidensintervaller kan findes i bilag.

I den aldersopdelte analyse for de 80+-årige og 79-årige eller yngre (Bilagstabel 1.21) ses generelt lignende tendenser som den samlede analyse. Dog ses, at:

- Sandsynligheden for højere komorbiditet falder med alderen for de 80+-årige
- Sandsynligheden for højere komorbiditet stiger med indkomstkvarter
- Der er højere sandsynlighed for høj komorbiditet for par blandt de 80+-årige
- Indvandrere med vestlig baggrund har for de 80+-åriges vedkommende højere sandsynlighed, men de, der er 79 år eller yngre, har lavere sandsynlighed.

4.6 Sammenligning imellem 2018 og 2012 – Forbrug af sundheds- og hjemmeplejeydelser

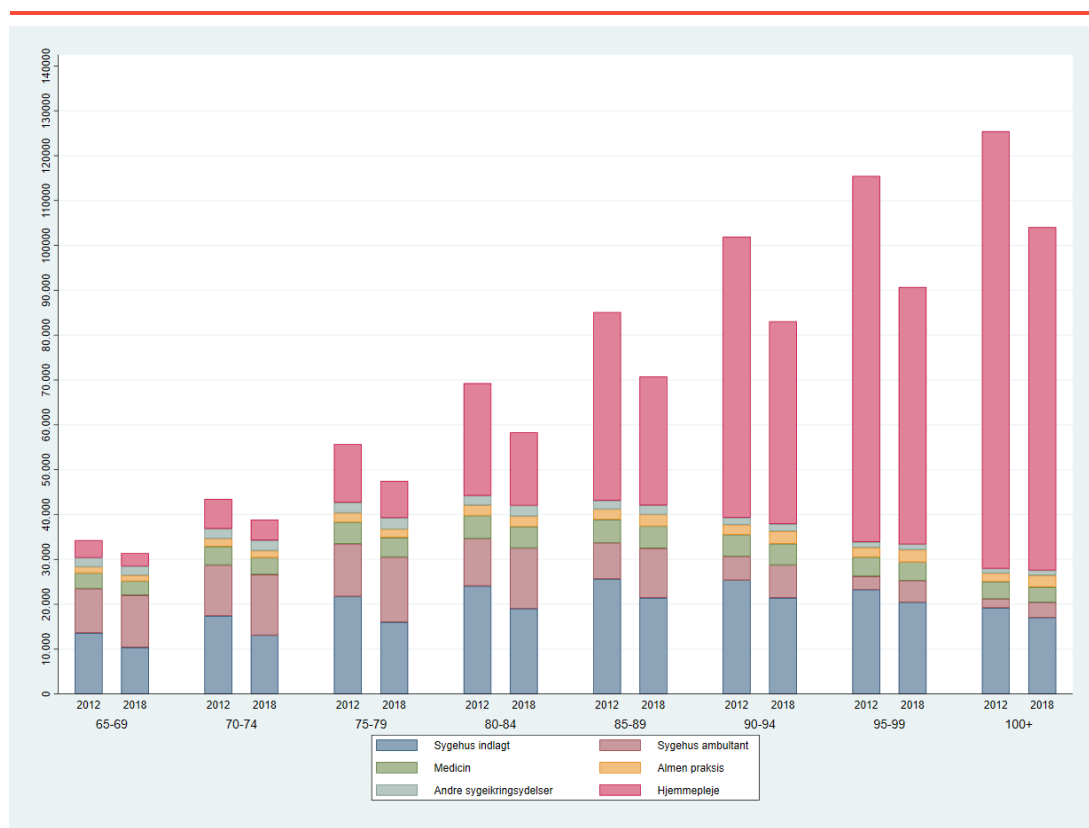
I dette afsnit sammenligner vi de samlede sundheds- og hjemmeplejeomkostninger opgjort og afrapporteret i afsnit 4.2 for 2018 med de samme opgørelser baseret på data fra 2012. Dette for at se på udviklingen i sundheds- og hjemmeplejeforbruget fra 2012 til 2018, samt at analysere, om der er sket ændringer i de betydende faktorer.

Først vises omkostningsfordelingerne for hhv. de samlede sundheds- og hjemmeplejeomkostninger, sundhedsomkostningerne og hjemmeplejeomkostningerne.

Herefter sammenlignes, hvorvidt der er forskel i, hvilke faktorer der er betydende i forhold til at bestemme det samlede sundheds- og hjemmeplejeforbrug.

I Figur 4.20 ses de samlede gennemsnitlige omkostninger ved forbrug af sundheds- og hjemmeplejeydelser opgjort i 5-årsintervaller i 2018 og 2012.

Figur 4.20 De samlede gennemsnitlige omkostninger pr. person ved forbrug af **sundheds- og hjemmeplejeydelser** hos 65-100+-årige personer fordelt på aldersgrupper og ydelsestype. Danmark, 2018 og 2012. Kroner.



Anm.: Forbrug af hjemmeplejeydelser til personer, der bor i plejebolig, indgår ikke i opgørelserne, da der ikke findes registerdata herfor.

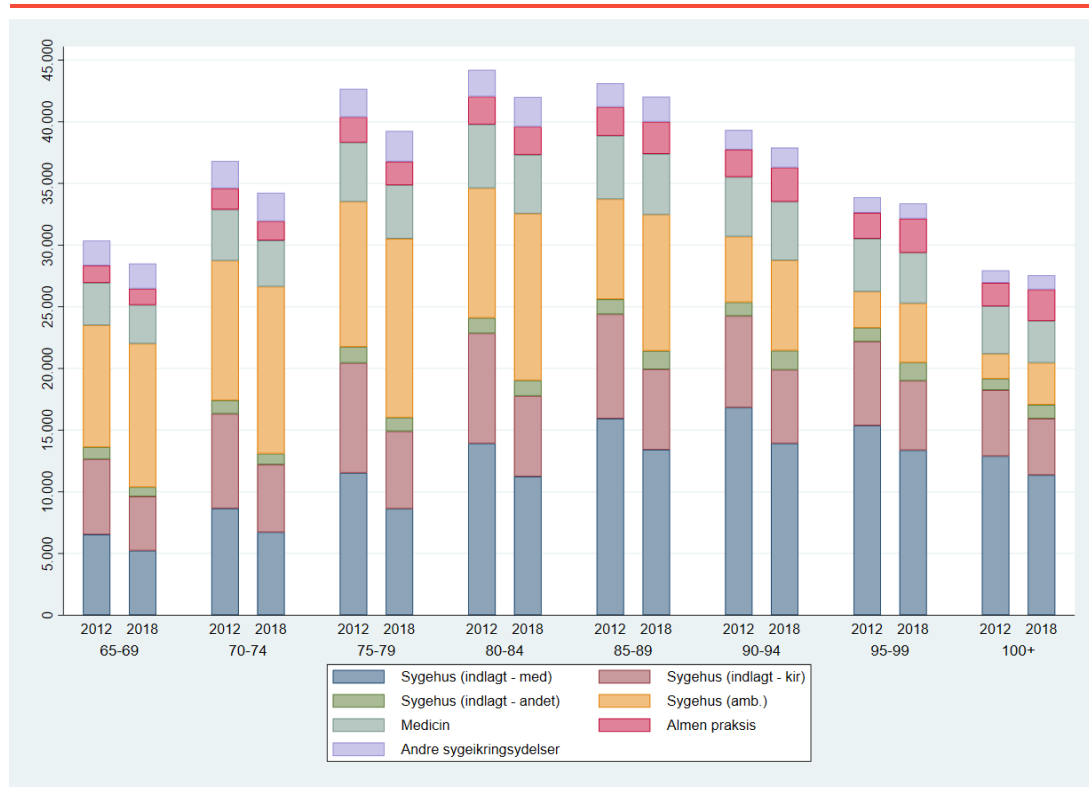
Kilde: Baseret på udtræk fra Landspatientregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret, Sygesikringsregisteret og Ældredokumentationen.

Af Figur 4.20 ses det, at de samlede sundheds- og hjemmeplejeydelser var højere i 2012 sammenlignet med 2018 for alle aldersgrupper. Forskellen drives for hovedparten af hjemmeplejeydelserne, hvor omkostningerne i 2012 er betragteligt højere.

Sundhedsomkostninger

I Figur 4.21 præsenteres de samlede gennemsnitlige sundhedsomkostninger pr. person i hhv. 2018 og 2012. Omkostningerne ved indlæggelse på somatisk sygehus er fordelt på hhv. kirurgisk, medicinsk og indlæggelse på andre afdelinger. Omkostningerne er ydermere opgjort for ambulante sygehuskontakter, medicinforbrug, almen praksis og andre sygesikringsydelser.

Figur 4.21 De samlede gennemsnitlige omkostninger pr. person ved forbrug af **sundhedsydelser** hos 65-100+-årige personer fordelt på alder og ydelsestype. Danmark, 2018 og 2012. Kroner.



Anm.: Sygehus (indlagt – med) = medicinske indlæggelser, Sygehus (indlagt – kir) = kirurgiske indlæggelser, Sygehus (indlagt – andet) = andre indlæggelser, Sygehus (amb.) = ambulante behandling på sygehus, Medicin = receptpligtig medicin, Almen praksis = ydelser leveret af almen praksis, Andre sygesikringsydelser = ydelser leveret under Sygesikringen, som ikke er almen praksis (fx privatpraktiserende speciallæge).

Kilde: Baseret på udtræk fra Landspatientregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret og Sygesikringsregisteret.

I Figur 4.21 ses det, at omkostninger til de samlede sundhedsydelser ligger lidt højere i 2012 i forhold til 2018. Det ses endvidere, at der er sket et betragteligt fald i omkostninger til indlæggelser (medicinske, kirurgiske og andre), og at dette fald er specielt udtalt for de 65-84-årige.

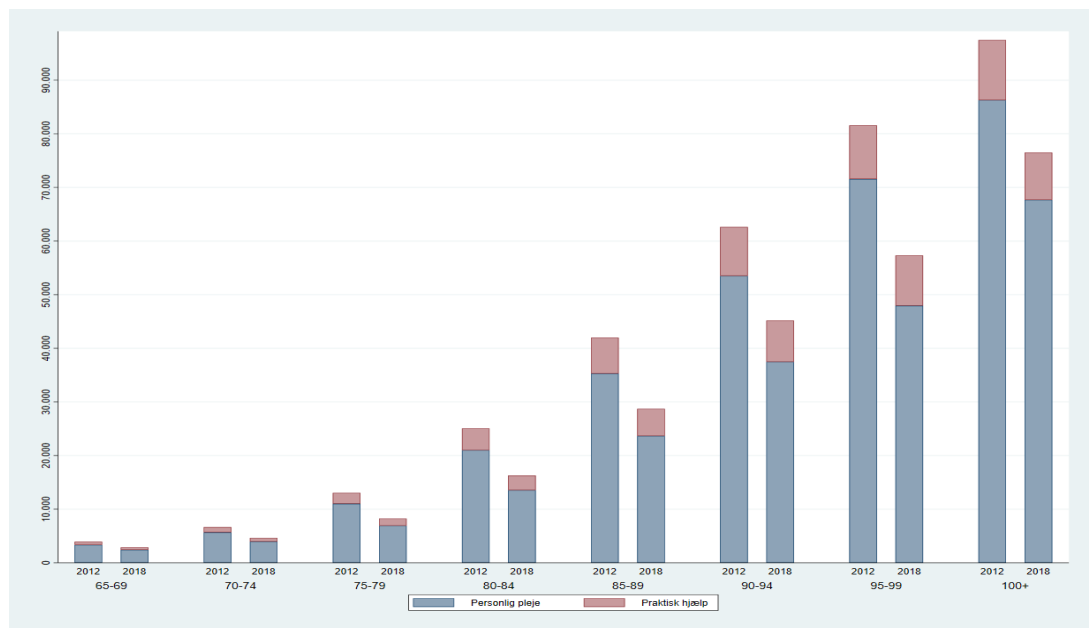
Omkostninger til ambulante behandling er steget fra 2012 til 2018 for alle aldersgrupper, men opvejer ikke faldet i omkostninger til indlæggelser.

For de 85+-årige er der sket en stigning i omkostninger hos almen praksis, mens omkostninger til medicin er faldet i alle aldersgrupper.

Hjemmeplejeomkostninger

I Figur 4.22 er de samlede gennemsnitlige omkostninger ved hjemmeplejeydelser pr. person fordelt på personlig pleje og praktisk hjælp opgjort for 2018 og 2012.

Figur 4.22 De samlede gennemsnitlige omkostninger pr. person ved forbrug af **hjemmeplejeydelser** hos 65-100+-årige personer fordelt på alder og ydelsestype. Danmark, 2018 og 2012. Kroner.



Anm.: Forbrug af hjemmeplejeydelser til personer, der bor i plejebolig, indgår ikke i opgørelserne, da der ikke findes registerdata herfor.

Kilde: Baseret på udtræk fra Ældredokumentationen.

Af Figur 4.22 ses det, at der er et lavere forbrug af sundheds- og hjemmeplejeydelser i 2018 sammenlignet med 2012. Dette gælder både for personlig pleje og praktisk hjælp og for alle aldersgrupper. Beregninger baseret på Bilagstabel 1.2 viser, at forbruget af hjemmeplejeydelser er faldet med imellem 22 % og 37 % for de 100+-årige hhv. de 75-79-årige.

Det samlede forbrug af sundheds- og hjemmeplejeydelser – Lineær regression

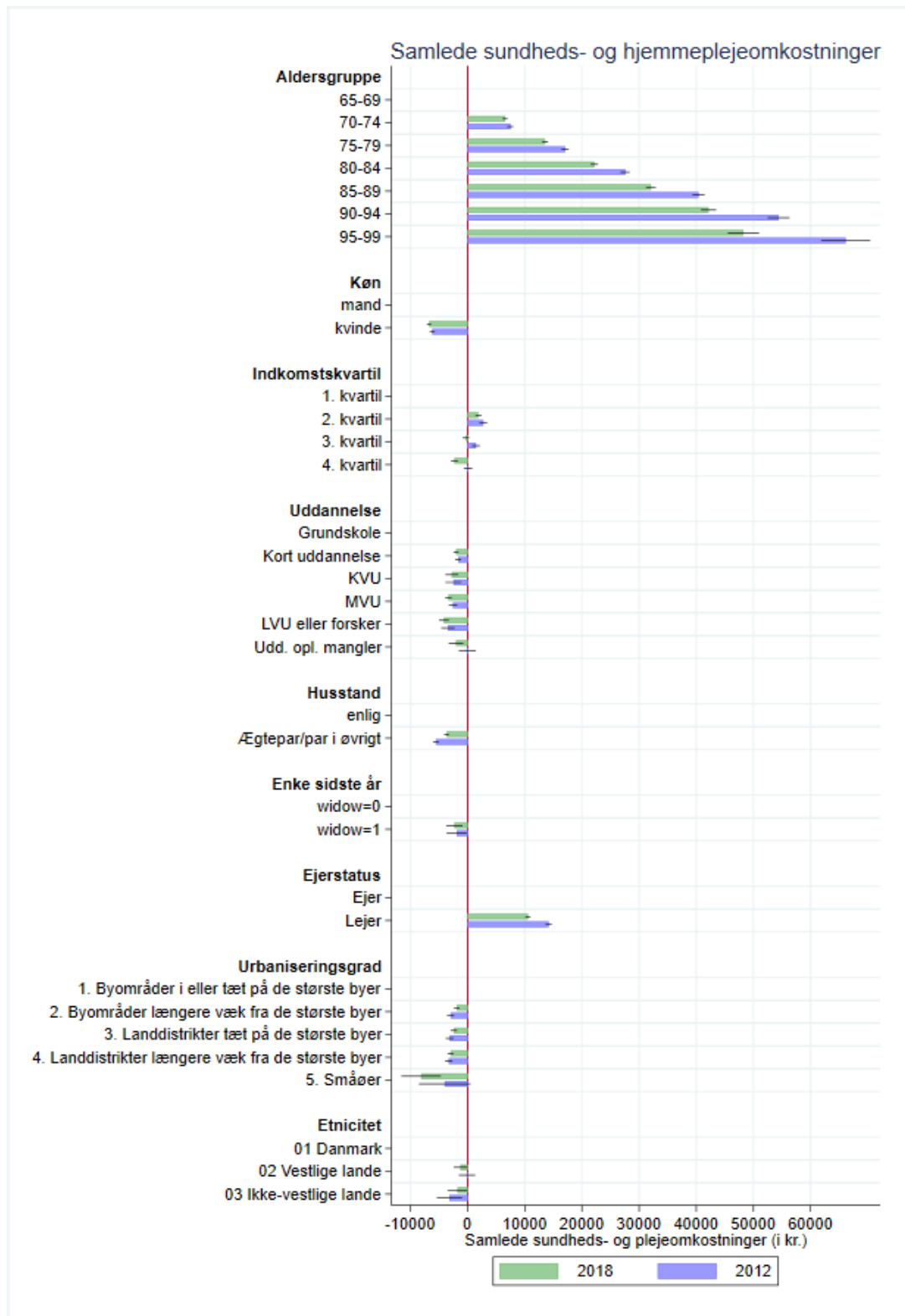
I Figur 4.23 præsenteres resultaterne af den lineære regression, hvori det er muligt at aflæse karakteristika, der påvirker de samlede gennemsnitlige omkostninger pr. person ved forbrug af sundheds- og hjemmeplejeydelser. Koefficienterne er estimeret og angivet for hhv. 2018 og 2012.

Af figuren ses, at det generelt er de samme indikatorer, der er signifikant korreleret med de samlede sundheds- og hjemmeplejeydelser i 2012, som er tilfældet i 2018. Det vil sige, at vi ser en klar aldersgradient med højere omkostninger ved højere alder. Vi ser endvidere, at kvinder, langtuddannede og par/ægtepar har lavere omkostninger, mens borgere, der bor i lejebolig, har højere omkostninger. Vi ser endvidere, at 2. indkomstkvartil har det højeste forbrug, men at 4. indkomstkvartil har de laveste omkostninger i 2018 i modsætning til i 2012, hvor de lå på niveau med 1. indkomstkvartil.

I både 2012 og 2018 ses en klar geografisk gradient, der viser, at omkostningerne falder med faldende urbaniseringsgrad.

I 2012 havde indvandrere med ikke-vestlig baggrund signifikant lavere sundheds- og hjemmeplejeforbrug end etnisk danskere. I 2018 er dette ikke tilfældet, til gengæld har indvandrere fra vestlige lande et lavere sundheds- og hjemmeplejeforbrug i 2018.

Figur 4.23 De gennemsnitlige samlede omkostninger pr. person ved forbrug af sundheds- og hjemmeplejeydelser hos 65-99-årige personer. Danmark, 2018 og 2012.



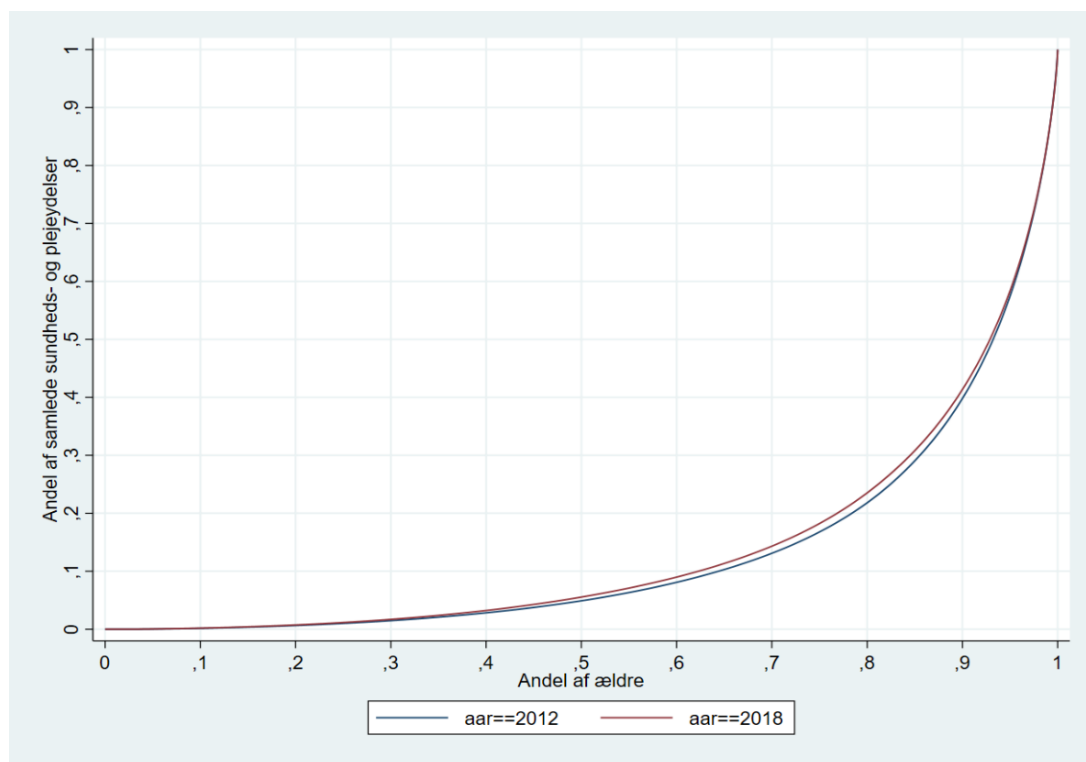
Kilde: Baseret på udtræk fra Landspatientregisteret, Lægemedelstatistikregisteret, Sygesikringsregisteret, Ældredokumentationen, en række socioøkonomiske variable fra Danmarks Statistik samt oplysninger om kommunernes urbaniseringsgrad, (5).

Anm.: Søjlerne repræsenterer punkttestimatet, og de sorte linjer repræsenterer 95 % konfidensintervaller

Højt forbrug af sundheds- og hjemmeplejeydelser – Logistisk regression

I Figur 4.24 sammenlignes ved hjælp af en Lorenz-kurve fordelingen af forbruget af sundheds- og hjemmeplejeydelser udtrykt ved de samlede omkostninger for hhv. 2018 og 2012.

Figur 4.24 Lorenz-kurve, der viser, hvor stor en andel af de samlede omkostninger ved sundheds- og hjemmeplejeydelser som en given andel af de 65+-årige kan tilskrives. Danmark, 2018 og 2012.



Figuren viser, at der ikke er sket et betydeligt ryk i fordelingen af sundheds- og hjemmeplejeydelser fra 2012 til 2018. Fordelingen af omkostninger er en anelse mere ligeligt fordelt i 2018.

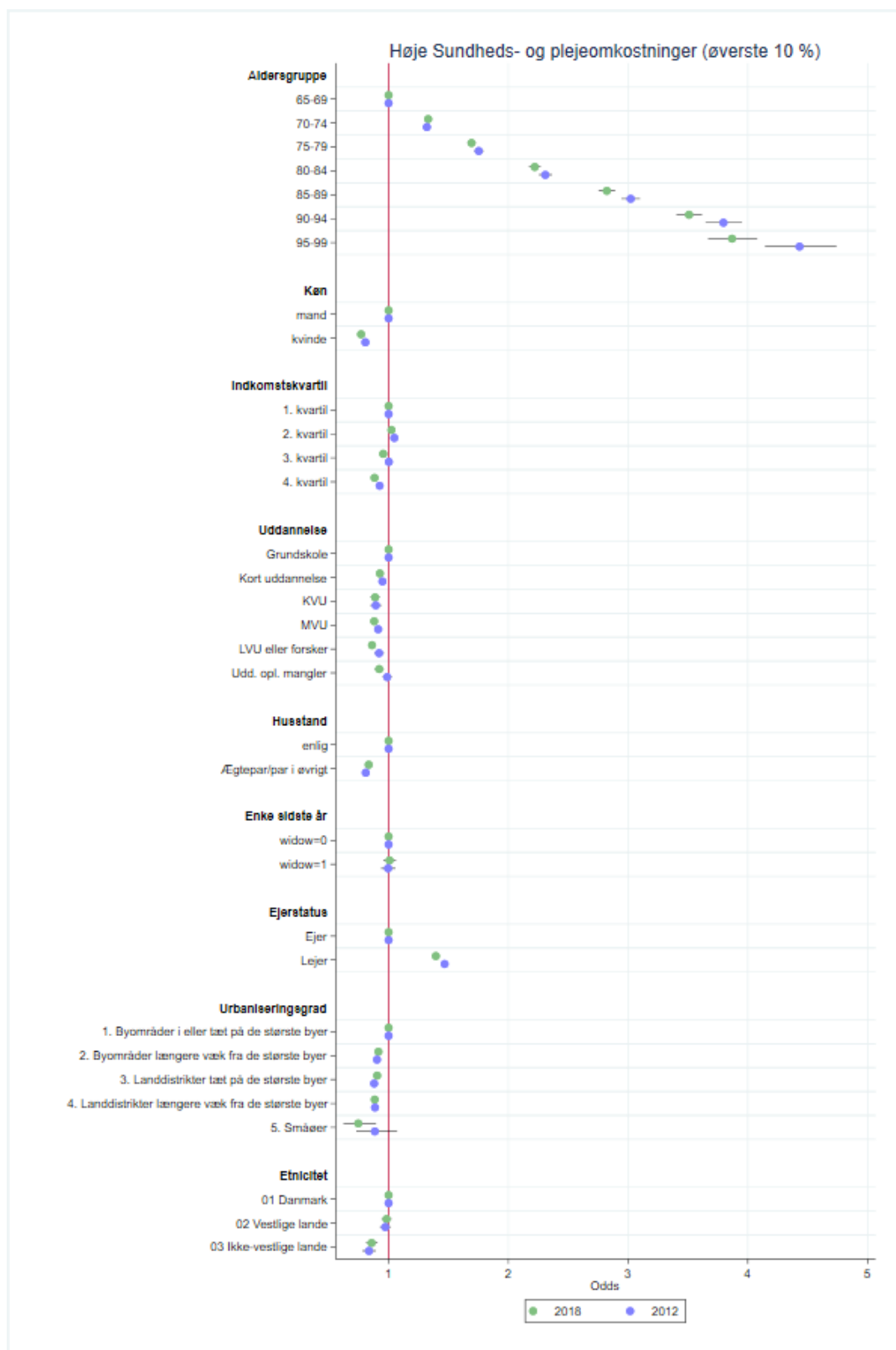
Det ses, at også i 2012 stod de 10 % af de ældre med det højeste forbrug for ca. 60 % af omkostningerne (60 % i 2012 og 59 % i 2018).

I Figur 4.25 præsenteres resultaterne af den logistiske regression, hvori det er muligt at aflæse karakteristika, som påvirker sandsynligheden (odds) for at være blandt de 10 % af ældre i hhv. 2018 og 2012 med højt forbrug. Et estimat større end 1,0 betyder, at der er øget sandsynlighed for at være blandt de ældre med det allerhøjeste forbrug, mens en værdi mindre end 1,0 indikerer en lavere sandsynlighed – hvis resultatet vel at mærke er signifikant.

Af figuren ses det, at også når vi analyserer på sandsynligheden for at være blandt de 10 %, der har det højeste forbrug af sundheds- og hjemmeplejeydelser, så er der for langt størstedelen af faktorerne ikke set ændringer i, hvem der er signifikant korrelerede med at have et højt forbrug.

Det ses dog, at 3. indkomstkvarter har lavere sandsynlighed for at være blandt de 10 % med højest forbrug i 2018, hvilket ikke var tilfældet i 2012.

Figur 4.25 Logistisk regression, odds ratio: De gennemsnitlige samlede omkostninger pr. person ved forbrug af sundheds- og hjemmeplejeydelser hos 65-99-årige personer. Danmark, 2018 og 2012.



Anm.: Estimer og p-værdier findes i bilag
 Punkterne repræsenterer punkttestimatet, og de sorte linjer repræsenterer 95-% konfidensintervaller

5 Diskussion

Vi har i denne rapport belyst en række aspekter, der knytter sig til ældres forbrug af sundheds- og plejeydelser helt overordnet, og belyst betydende socioøkonomiske faktorer for at have et lavt eller højt sundhedsforbrug. Dette er en måde at se på en social og geografisk gradient i de leverede sundheds- og hjemmeplejeydelser. Vi har ud over det overordnede forbrug også analyseret specifikt på ældres forbrug af sundhedsydelser i relation til psykisk sygdom, analyseret på sammenhængen imellem socioøkonomi og komorbiditet samt på brugen af genoptræning og vedligeholdelsestræning. Endelig har vi sammenholdt forbruget af sundheds- og hjemmeplejeydelser i 2018 med resultater baseret på tal fra 2012.

Data og metode

Hvor valid denne rapport's resultater kan anses for at være, afhænger for størstedelens vedkommende af de data, som indgår i analyserne. Danmark har en lang tradition for registreringer af befolkningens forbrug. Vi vurderer, at registrene til brug for opgørelse af forbrug ved sundhedsydelser (Landspatientregisteret, Sygesikringsregisteret og Lægemiddelstatistikregisteret) generelt er troværdige i forhold til denne analyses brug, idet vi ikke anser det for sandsynligt, at der skulle forekomme systematiske fejl i forhold til det registrerede forbrug blandt personer med forskellig socioøkonomisk baggrund. I forhold til de anvendte variable med henblik på opgørelse af forbrug af hjemmeplejeydelser (i form af tildelte antal minutter), som vi har fra Ældredokumentationen, har det været nødvendigt at gøre antagelse om forbruget i de tilfælde, hvor dokumentationen har været mangelfuld. Der er dog ikke grund til at formode, at dette har ført til en systematisk skæv fordeling mellem grupperne inden for de respektive socioøkonomiske variabler, som er anvendt i denne rapport.

Personer, der er døde i løbet af året, indgår med de omkostninger, der er blevet tilskrevet inden dødsfald. Antallet af ældre borgere, der dør i hhv. 2012 og 2018, er tilnærmelsesvist lige fordelt, og eventuelle afvigelser vurderes ikke at påvirke resultaterne.

Omkostninger ved psykisk sygdom, herunder psykiatrisk behandling, er udskilt og analyseret separat. Vi vurderer, at behandling for psykisk sygdom og specielt behandling i hospitalspsykiatrien er af en sådan karakter, at det er væsentligt at analysere for sig selv.

Analyserne er baseret på data fra 2018, hvilket er de nyeste tilgængelige data på tidspunktet for gennemførelsen af indeværende analyser. Der er endvidere indhentet data fra 2012. Analyserne er således to tværsnitsanalyser af den ældre del af befolkningen i hhv. 2012 og 2018.

Der findes i de danske registre ikke oplysninger om borgernes generelle sundhedstilstand eller sundhedsrelaterede livskvalitet. Disse oplysninger ville have kunnet bidrage til at korrigere analyserne for det faktiske behov for hhv. sundhedsydelser og hjemmepleje.

Resultater

Vi finder generelt, at de samlede sundheds- og hjemmeplejeomkostninger stiger med alderen. Dette dækker over, at sundhedsomkostningerne stiger indtil 85-årsalderen, hvorefter de falder, men at hjemmeplejeomkostningerne stiger med alderen og stiger mere for ældre i starten af 80'erne og ældre. Disse resultater ligger i tråd med tidligere undersøgelser, der har vist, at sundhedsomkostningerne topper for ældre med en alder et sted i 80'erne (17). Vi er kun vidende om et tidligere studie, der kigger på omkostninger til hjemmepleje, og det er en tidligere rapport fra VIVE, der ligger til grund for denne rapport (4).

Der findes ikke en klar entydig forklaring på den observerede stagnering og fald i sundhedsudgifterne i de højere aldersgrupper. Tidligere studier har peget på, at det afgørende for sundhedsforbruget er tiden til død, og at der proportional er en større andel af ældre, der dør i gruppen omkring 85-årsalderen (18). Det observerede resultat kan også afspejle en healthy survivor effekt, hvor de borgere med det ringeste helbred og højeste forbrug af sundhedsydelser er døde, inden de når 85-årsalderen (19).

Sundheds- og hjemmeplejeomkostninger

I en analyse af betydende socioøkonomiske faktorer ser vi, at alle de valgte faktorer har en statistisk signifikant sammenhæng med de samlede sundheds- og hjemmeplejeydelser.

Her ses bl.a., at

- Kvinder har et lavere forbrug end mænd
 - Dette resultat dækker over, at mænd har et højere forbrug af sundhedsydelser, men at kvinder har et højere forbrug af hjemmepleje
 - Dette resultat kan måske være en konsekvens af, at kvinder i gennemsnit er gift med ældre mænd, og at kvinder i gennemsnit bliver ældre.
- At omkostningerne generelt falder med stigende indkomst
 - Dette billede er ikke lige så klart, når der kontrolleres for andre variable i regressionsmodellerne
 - Dette indikerer, at det ikke er indkomst i sig selv, der er betydende for forbruget
 - Der kan være en vis grad af omvendt sammenhæng imellem indkomst og sundhed/sundhedsforbrug, idet borgere, der har en god sundhedstilstand, har mulighed for at være og blive ved med at være i beskæftigelse og dermed have en højere indkomst. Der er for de yngste aldersgrupper over 65 år en betragtelig andel, der stadig er erhvervsaktiv.
 - Omkostninger til hjemmepleje er højere for 2. indkomstkvarantil i forhold til 1. indkomstkvarantil i gruppen af ældre op til 79 år, når der kontrolleres for andre karakteristika. Dette er ikke et umiddelbart intuitivt resultat, idet ældre med højere indkomst generelt ikke har lavere funktionsniveau. Der er ikke umiddelbart en entydig forklaring på denne sammenhæng, men tidligere studier har vist, at ældre med børn, der tjener mere, har tendens til at få mere hjemmehjælp, hvilket muligvis kan forklares med bedre evne til at bede om den hjælp, der er berettiget (20).
- At enlige har et højere forbrug end par
 - Dette dækker over, at par fra ca. 80-årsalderen har et højere sundhedsforbrug, men at hjemmeplejeforbruget for enlige er så stort, at dette trækker det samlede forbrug op
 - Dette kan skyldes, at der er en vis selektion i de ældre borgere, der er gifte eller i parforhold i de ældste aldersgrupper, og at de kan være med til at holde gensidigt fokus på hinandens sundhed. Det er fx relativt velkendt, at gifte mænd og kvinder i parforhold går oftere til læge (21).
- At omkostninger er lavere, jo mindre urbaniseret område, den ældre bor i
 - Dette skyldes hovedsageligt, at forbruget af sundhedsydelser falder med faldende urbanisering

- Det gennemsnitlige forbrug af hjemmepleje falder med faldende urbanisering, men dette resultat genfindes ikke helt definitivt, når der i regressionen kontrolleres for andre faktorer (fx køn, uddannelse og husstandstype)
- Det er ikke muligt at sige, om de fundne resultater er et udtryk for et mindre behov eller et lavere serviceniveau i mindre urbaniserede områder. Der er dog ifølge den nationale sundhedsprofil fra 2017 ikke noget, der tyder på, at befolkningen generelt er sundere i mindre urbaniserede områder (se Bilagsfigur 1.2).
- Ved lavere urbaniseringsgrad er der alt andet lige længere til sundhedstilbud, specielt sygehus, hvilket ikke kan udelukkes at være en del af forklaringen på den fundne sammenhæng.
- At indvandrere med anden etnisk baggrund end dansk har lavere omkostninger end etnisk danske
 - Dette dækker over en ikke signifikant forskel i hjemmeplejeforbrug, og et betydeligt lavere forbrug af sundhedsydelser.
 - Der er en generel tendens i analyserne til, at indvandrere og specielt indvandrere med ikke-vestlig baggrund modtager færre sundheds- og plejeydelser, og sundhedsydelser i særdeleshed.
 - Der er ingen oplagt forklaring på denne forskel, og indeværende analyse kan ikke i sig selv svare på, hvilke mekanismer der ligger til grund for resultatet. Der er dog intet, der tyder på, at ikke-vestlige indvandrere generelt skulle have en bedre sundhed eller lavere behov for sundheds- og hjemmeplejeydelser.
 - Tidligere studier har foreslået, at forskellen kan skyldes mindre kendskab til mulighederne for hjælp fra det offentlige blandt ældre indvandrere, og at ældre indvandrere i højere grad end etniske danskere modtager hjælp fra slægtninge (22).

I opdelingerne af analyserne på de 80+-årige og dem på 79 år eller yngre indikerer, at de fundne resultater bliver defineret af de ældre borgere under 79 år, hvor der for de 80+-årige ikke findes lige så klare tendenser, når det kommer til de sociale gradienter. Dette kan der i denne analyse ikke findes en entydig forklaring på, men resultaterne tyder på, at de identificerede sociale uligheder i forbrug af sundheds- og hjemmeplejeydelser udviskes med stigende alder.

Behandling af psykisk sygdom

I analysen af behandling af psykisk sygdom finder vi, at langt størstedelen af de ældre, der modtager behandling for psykisk sygdom, modtager det i form af medicinsk behandling. Andelen af ældre, der modtager medicinsk behandling, stiger med alderen.

Der er betragteligt få ældre, der modtager behandling i hospitalspsykiatrien eller hos psykolog eller psykiater i forhold til antallet, der modtager medicinsk behandling. I en analyse af udviklingen i behandling for psykisk sygdom fandt KORA og Implement Consulting Group i 2015, at de 65+-årige havde den laveste risiko for at modtage behandling hos psykolog (23). Sundhedsstyrelsen anbefaler, at ikke-medicinsk behandling skal afprøves inden opstart af behandling med lægemidler eller kombineres med behandling med lægemidler. I en analyse fra 2020 fandt Sundhedsdatastyrelsen, at kun godt hver tredje ældre over 65 år modtager samtidig terapi i forbindelse med medicinsk behandling mod angst og depression, hvor det for de 25-39-årige er knap 80 % (24).

På baggrund af en logistisk regression (sandsynlighedsmodel) kan vi sige, at de mest sandsynlige i forhold til at modtage behandling for psykisk sygdom er kvinder, enlige, hvis man er blevet enke eller enkemand det forgangne år og/eller bor i lejebolig. Der ses endvidere en

tendens til, at ældre længere fra de største byer har mindre tilbøjelighed til at modtage behandling for psykisk sygdom.

Endelig ser vi, at indvandrere med ikke-vestlig baggrund har lavere sandsynlighed for at modtage behandling for psykisk sygdom.

Komorbiditet

I en analyse af komorbiditet baseret på Charlson indekset finder vi, at graden af komorbiditet og antallet af diagnoser stiger indtil 85-89-årsalderen for derefter at falde igen. Dette stemmer overens med tidligere studier, der har fundet, at dødeligheden stiger ved ca. 80-årsalderen (25). Det underbygger og uddyber endvidere resultaterne fra Schiøtz et al., der viser, at multi-morbiditet er stigende frem til 85-årsalderen (26). Man kan altså tolke tallene således, at fra 85 år og op efter er de ældre med højere grad af komorbiditet faldet fra, og det er de relativt raske, der er tilbage. Dette kan være en effekt af den såkaldte "healthy survivor effect" (19), hvor de ældre borgere med højere komorbiditet er døde, inden de når 85-årsalderen.

I en regressionsanalyse af betydende socioøkonomiske faktorer (rangordnet logistisk regression) finder vi en statistisk signifikant sammenhæng med graden af komorbiditet. Således at der ses en social gradient i retning af højere komorbiditet for lavere socioøkonomisk status.

Sammenligning mellem sundheds- og hjemmeplejeforbrug i 2018 og 2012

Når vi sammenligner forbruget af sundheds- og hjemmeplejeydelser i 2018 med 2012, ser vi et fald for alle aldersgrupper, der skyldes et marginalt fald i forbruget af sundhedsydelser og et markant fald i den leverede hjemmepleje.

Vi kan ikke ud fra analyserne i denne rapport vurdere, om faldet i omkostninger relateret til hjemmepleje skyldes et mindre behov (en generel forbedring af funktionsevne) eller et fald i serviceniveauet i kommunerne.

Vi ser i analyserne af sundhedsomkostninger, at der er sket et skifte i sygehusbehandlingen, således at omkostningerne forbundet med indlæggelser er faldet, hvorimod omkostninger til ambulans behandling er steget, dog ikke så det opvejer faldet i omkostninger til indlæggelser. Der har i perioden fra 2012 til 2018 været et stort fokus på at omlægge de behandlinger, der kan varetages ambulant, til ambulant behandling. Det har ikke været muligt inden for rammerne af dette projekt at analysere eventuelle konsekvenser i det primære sundhedsvæsen (fx hjemmesygepleje) af denne omlægning.

Generelt genfindes de samme mønstre i 2018 som i 2012, når vi ser på sammenhænge imellem socioøkonomiske faktorer og det at have et højt eller lavt forbrug af sundheds- og hjemmeplejeydelser. Der er ikke klare indikatorer for, at gradienterne er blevet større fra 2012-2018.

6 Konklusion

Alder, køn og socioøkonomiske variable som uddannelse, husstandstype, civilstand, ejerforhold for bolig og urbaniseringsgrad har signifikant betydning for det samlede gennemsnitlige forbrug af sundheds- og hjemmeplejeydelser pr. person samt sandsynligheden for at tilhøre de ældre, som har de højeste omkostninger ved forbrug af sundheds- og hjemmeplejeydelser.

Faktorerne er også signifikant betydende for at modtage behandling for psykisk sygdom. Specielt stiger andelen af ældre, der modtager behandling med psykofarmaka, med alderen betydeligt.

Der er ligeledes identificeret en socioøkonomisk gradient i forhold til, hvem der modtager genoptræning og vedligeholdelsestræning.

Komorbiditet er stigende med alderen, men aftager efter 85-årsalderen. Også for komorbiditet har vi identificeret betydelige sociale gradienter i forhold til, hvem der har høj komorbiditet.

De gennemsnitlige omkostninger ved ældres forbrug af sundheds- og hjemmeplejeydelser stiger signifikant med alderen, hvor sundhedsforbruget stiger frem til 79-85-årsalderen og herefter falder, så fortsætter hjemmeplejeforbruget med at stige. Resultaterne viser, at forbrug af sundheds- og hjemmeplejeydelser for 65+-årige er socialt ulige fordelt: Mænd, enlige og personer med lav indkomst har højere gennemsnitlige omkostninger end kvinder, ægtepar/par i øvrigt og personer med høj indkomst. Mænd, enlige og socioøkonomisk dårligt stillede (uden uddannelse og lav indkomst) har højere sandsynlighed for et højt forbrug af sundheds- og hjemmeplejeydelser end kvinder, ægtepar/par i øvrigt og socioøkonomisk bedre stillede (høj uddannelse og høj indkomst).

Vi ser et faldende forbrug af sundheds- og hjemmeplejeydelser ved lavere urbaniseringsgrad, specielt drevet af et lavere forbrug af sundhedsydelser. Denne gradient kan ikke umiddelbart forklares af, at befolkningen i mindre urbaniserede områder har et bedre helbred generelt.

Forbruget af sundheds- og hjemmeplejeydelser er faldet fra 2012 til 2018, drevet af et betragteligt fald i forbruget af hjemmepleje. Det giver anledning til samlet set at konkludere, at uligheden i forbruget af sundheds- og hjemmeplejeydelser er uændret i 2018 i forhold til 2012.

Samlet set viser resultaterne i denne rapport, at der stadig er betydelige socioøkonomiske gradienter, når det kommer til ældres forbrug af sundheds- og hjemmeplejeforbruget, og vi har endvidere vist, at dette også gør sig gældende for behandling af psykisk sygdom og komorbiditet.

Litteratur

- (1) Danmarks Statistik. Middellevetiden stiger fortsat. 2020; Available at: <https://www.dst.dk/da/Statistik/nyt/NytHtml?cid=30217>. Accessed 5/5, 2021.
- (2) Sundhedsstyrelsen. Ældres sundhed og trivsel. København: Sundhedsstyrelsen; 2019.
- (3) Sundheds- og Ældreministeriet. Sundheds- og Ældreøkonomisk Analyse: Kontaktmønstre på tværs af sektorer blandt befolkningen, kronikere og ældre medicinske patienter. København: Sundheds- og Ældreministeriet; 2018.
- (4) Fredslund EK, Rasmussen SR. Ældres forbrug af sundheds- og hjemmeplejeydelser - betydende socioøkonomiske faktorer. København: VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd; 2018.
- (5) Rostgaard T, Matthiessen MU, Amilon A. Hjemmehjælp og omsorgsrelateret livskvalitet. København: VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd; 2020.
- (6) WHO. Social determinants of health: Key concepts. 2013; Available at: <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/social-determinants-of-health-key-concepts>. Accessed 5/3, 2021.
- (7) Ministeriet for By, Bolig og Landdistrikter. Regional- og Landdistriktpolitisk Redegørelse: Regeringens redegørelse til Folketinget. København: Ministeriet for By, Bolig og Landdistrikter; 2013.
- (8) Sundhedsdatastyrelsen. Nye nøgletal for indlagte og ambulante patienter på sygehuse. København: Sundhedsdatastyrelsen; 2019.
- (9) Socialstyrelsen. Fritvalgsdatabasen. Available at: <https://fritvalgsdatabasen.dk/kommunereport>. Accessed 3/6, 2021.
- (10) Sundhedsdatastyrelsen. Nye brugere af psykofarmaka. København: Sundhedsdatastyrelsen; 2020.
- (11) LBK nr 798 af 07/08/2019 (Serviceloven). Gældende. København: Social- og Indenrigsministeriet; 2019.
- (12) Quan H, Li B, Couris CM, Fushimi K, Graham P, Hider P, et al. Updating and Validating the Charlson Comorbidity Index and Score for Risk Adjustment in Hospital Discharge Abstracts Using Data From 6 Countries. *American Journal of Epidemiology* 2011;173(6):676-682.
- (13) Sundhedsdatastyrelsen. Bilag 3. Charlsons komorbiditetsindeks. Borgere med KOL - kontaktforsøg i sundhedsvæsenet og medicinforbrug København: Sundhedsdatastyrelsen; 2016. p. xi.
- (14) Thygesen SK, Christiansen CF, Christensen S, Lash TL, Sørensen HT. The predictive value of ICD-10 diagnostic coding used to assess Charlson comorbidity index conditions in the population-based Danish National Registry of Patients. *BMC Medical Research Methodology* 2011;11(1):83.

- (15) Danmarks Statistik. Nettoprisindeks. Available at: <https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/priser-og-forbrug/forbrugerpriser/nettoprisindeks>. Accessed 3/6, 2021.
- (16) Sundhedsdatastyrelsen. Bilagstabel A. Charlsons komorbiditetsindeks (CCI). Sygelighed og kontakt til sundhedsvæsenet: En sammenligning af sygelighed og kontaktmønster for tre udvalgte grupper af borgere, fordelt på regioner København: Sundhedsdatastyrelsen; 2018. p. 37.
- (17) Kjellberg J, Ibsen R. Fremtidens sundhedsudgifter: En analyse af sund aldring, "steeping" og teorien om alder som "red herring". København: VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd; 2020.
- (18) Melberg HO, Sørensen J. How does end of life costs and increases in life expectancy affect projections of future hospital spending? Oslo: University of Oslo, Health Economics Research Programme; 2013.
- (19) Arrighi HM, Hertz-Picciotto I. The evolving concept of the healthy worker survivor effect. *Epidemiology* 1994;189-196.
- (20) Danmarks Statistik. Ældre med rige børn får mere hjemmehjælp. 2013; Available at: <https://www.dst.dk/da/Statistik/bagtal/2013/2013-02-20-hjemmehjaelp-efter-boerns-indkomst>. Accessed 5/3, 2021.
- (21) Simonsen S. Mænd, sundhed og sygdom: ronkedorfænomenet. Aarhus: Forlaget Klim; 2006.
- (22) Hansen EB, Siganos G. Ældre danskeres og indvandreres brug af pleje- og omsorgsydelser. København: AKF - Anvendt KommunalForskning; 2009.
- (23) Daugbjerg M, Bundgaard Dige M, Reindahl Rasmussen S, Henriksen J, Permin Berger N, Schepelehn Johansen K. Kortlægning og analyse af tilskudsordningen for psykologbehandling i praksissektoren. København: KORA - Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning; 2015.
- (24) Sundhedsdatastyrelsen. Nye brugere af lægemidler mod angst og depression og samtidig terapi. København: Sundhedsdatastyrelsen; 2020.
- (25) Kjøller M, Davidsen M, Juel K. Ældrebefolkningens sundhedstilstand i Danmark: Analyser baseret på Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005 og udvalgte registre. København: Sundhedsstyrelsen; 2010.
- (26) Schiøtz ML, Stockmarr A, Høst D, Glümer C, Frølich A. Social disparities in the prevalence of multimorbidity—a register-based population study. *BMC Public Health* 2017;17(1):1-11.

Bilag 1 Bilagstabeller

Bilagstabel 1.1 De samlede gennemsnitlige omkostninger pr. person ved forbrug af sundheds- og hjemmeplejeydelser hos 65-100-årige personer fordelt på alder og ydelsestype i Danmark, 2018. Kroner.

Alder (år)	Sygehus (indlagt – med.)	Sygehus (indlagt – kir.)	Sygehus (indlagt – andet)	Sygehus (amb.)	Medicin	Almen prak. læge	Andre sygesikringsydelse	Personlig pleje	Praktisk hjælp
65	4.709	3.983	691	10.914	2.889	1.242	1.938	1.922	359
66	4.879	4.151	688	11.073	3.023	1.281	1.989	2.247	430
67	5.428	4.378	797	11.698	3.131	1.330	2.036	2.535	488
68	5.351	4.506	786	11.892	3.215	1.369	2.075	2.631	494
69	5.793	4.925	801	12.583	3.397	1.409	2.113	2.787	508
70	6.166	5.002	771	12.741	3.487	1.468	2.220	3.468	578
71	6.199	5.290	879	13.399	3.607	1.521	2.253	3.463	633
72	6.609	5.559	837	13.342	3.782	1.573	2.295	3.783	650
73	7.375	5.674	1.066	14.102	3.883	1.638	2.344	4.274	769
74	7.518	5.998	906	14.359	4.002	1.683	2.399	4.977	903
75	7.667	6.038	980	14.328	4.171	1.770	2.443	5.278	1.027
76	8.205	6.185	1.119	14.407	4.300	1.854	2.487	6.164	1.137
77	8.974	6.402	1.149	14.752	4.317	1.935	2.498	7.134	1.381
78	9.235	6.503	1.204	14.709	4.452	2.006	2.513	7.756	1.479
79	9.456	6.414	1.139	14.330	4.507	2.074	2.438	8.982	1.788
80	10.421	6.421	1.232	13.987	4.721	2.166	2.461	10.771	2.082
81	10.537	6.492	1.276	13.709	4.692	2.229	2.464	11.335	2.363
82	11.428	6.501	1.219	13.659	4.767	2.302	2.372	13.395	2.690
83	11.946	6.523	1.338	13.226	4.862	2.379	2.359	15.960	3.308
84	12.455	6.866	1.258	12.604	4.880	2.442	2.306	18.521	3.596
85	12.648	6.801	1.394	12.293	4.935	2.527	2.185	20.383	4.183
86	13.873	6.605	1.478	11.377	4.942	2.550	2.102	20.737	4.594
87	13.307	6.531	1.452	11.290	4.916	2.638	1.973	24.354	5.258
88	13.661	6.289	1.582	10.092	4.985	2.714	1.960	26.433	5.771
89	13.924	6.185	1.555	9.235	4.856	2.684	1.855	29.186	6.193
90	13.604	6.042	1.516	8.026	4.906	2.771	1.793	32.574	6.844
91	13.667	5.765	1.597	7.846	4.755	2.768	1.593	35.532	7.488
92	14.370	6.126	1.528	7.292	4.813	2.793	1.569	38.585	7.864
93	13.696	5.712	1.480	6.388	4.600	2.793	1.521	41.483	8.447
94	14.789	6.303	1.638	5.824	4.518	2.787	1.414	45.674	9.052
95	14.552	4.920	1.617	5.407	4.283	2.875	1.289	44.388	8.771
96	13.446	6.402	1.543	5.455	4.235	2.805	1.255	47.213	9.553
97	12.032	5.367	1.473	4.039	3.887	2.691	1.085	50.320	9.330
98	13.362	5.741	1.109	3.738	4.004	2.726	1.228	47.525	9.470
99	11.670	6.390	1.208	3.758	3.480	2.560	1.142	59.862	11.006
100	11.359	4.575	1.121	3.405	3.392	2.559	1.145	67.682	8.823
Total	7.940	5.532	1.002	12.723	3.917	1.772	2.217	8.031	1.588

Kilde: Baseret på udtræk fra Landspatientregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret, Sygesikringsregisteret og Ældredokumentationen.

Bilagstabel 1.2 De samlede gennemsnitlige omkostninger pr. person ved forbrug af sundheds- og hjemmeplejeydelser hos 65-100-årige personer fordelt på aldersgruppe, køn og ydelsestype i Danmark, 2018. Kroner.

Alder (år)	Køn	Sygehus (incl.)	Sygehus (amb.)	Medicin	Almen prak. læge	Andre sygesikringsydelser	Hjemmepleje
65-69	Mand	12.148	12.039	3.261	1.288	1.812	2.969
	Kvinde	8.691	11.253	3.009	1.364	2.239	2.797
70-74	Mand	15.371	14.777	3.853	1.548	2.133	4.444
	Kvinde	10.971	12.398	3.631	1.591	2.450	4.827
75-79	Mand	18.607	15.850	4.347	1.897	2.374	7.263
	Kvinde	13.793	13.328	4.325	1.930	2.562	9.092
80-84	Mand	21.976	15.472	4.661	2.283	2.376	13.242
	Kvinde	16.813	12.016	4.859	2.292	2.421	18.588
85-89	Mand	25.254	13.256	4.753	2.629	2.081	23.746
	Kvinde	19.083	9.683	5.037	2.599	2.007	31.761
90-94	Mand	25.485	9.373	4.559	2.841	1.720	36.845
	Kvinde	19.737	6.442	4.839	2.754	1.566	48.709
95-99	Mand	25.940	5.839	3.921	2.883	1.406	47.081
	Kvinde	18.950	4.522	4.141	2.746	1.168	60.182

Bilagstabel 1.3 De samlede gennemsnitlige omkostninger pr. person ved forbrug af sundheds- og hjemmeplejeydelser hos 65-100-årige personer fordelt på aldersgruppe, indkomstkvartiler og ydelsestype i Danmark, 2018. Kroner.

Alder (år)	Indkomst	Sygehus (incl.)	Sygehus (amb.)	Medicin	Almen prak. læge	Andre sygesikringsydelser	Hjemmepleje
65-69	1. kvartil	13.298	11.712	3.747	1.453	1.740	4.433
	2. kvartil	12.694	12.814	3.879	1.508	2.083	4.560
	3. kvartil	10.046	11.793	3.077	1.363	2.098	2.867
	4. kvartil	8.077	10.837	2.493	1.144	2.078	1.287
70-74	1. kvartil	15.683	13.526	4.418	1.716	1.999	7.112
	2. kvartil	14.622	14.222	4.189	1.719	2.277	6.334
	3. kvartil	12.293	13.511	3.425	1.526	2.346	3.429
	4. kvartil	10.400	12.962	3.086	1.360	2.504	2.300
75-79	1. kvartil	17.419	13.870	4.753	2.025	2.137	10.720
	2. kvartil	17.474	14.918	4.680	2.029	2.419	9.634
	3. kvartil	14.790	14.641	3.958	1.849	2.620	6.540
	4. kvartil	13.464	14.658	3.699	1.672	2.872	4.737
80-84	1. kvartil	19.417	12.785	4.857	2.337	2.057	18.138
	2. kvartil	19.603	13.334	5.070	2.369	2.315	17.931
	3. kvartil	18.664	14.014	4.536	2.260	2.653	14.211
	4. kvartil	17.510	14.929	4.315	2.042	3.073	11.329
85-89	1. kvartil	21.021	10.090	4.893	2.630	1.666	30.252
	2. kvartil	21.803	10.477	5.170	2.692	2.029	29.318
	3. kvartil	21.597	11.716	4.899	2.579	2.358	26.498
	4. kvartil	21.590	14.485	4.518	2.398	2.754	25.803
90-94	1. kvartil	21.129	6.752	4.711	2.772	1.340	47.667

Alder (år)	Indkomst	Sygehus (incl.)	Sygehus (amb.)	Medicin	Almen prak. læge	Andre sygesikringsydelse	Hjemmepleje
	2. kvartil	21.073	6.602	4.931	2.891	1.598	43.237
	3. kvartil	21.464	7.865	4.623	2.727	1.795	41.683
	4. kvartil	23.710	10.534	4.670	2.587	2.374	47.528
95-99	1. kvartil	20.579	4.294	4.039	2.735	1.024	63.898
	2. kvartil	19.204	4.409	4.158	2.847	1.162	49.862
	3. kvartil	19.482	5.697	4.143	2.769	1.461	52.006
	4. kvartil	26.622	6.680	3.998	2.719	1.799	65.459

Bilagstabel 1.4 De samlede gennemsnitlige omkostninger pr. person ved forbrug af sundheds- og hjemmeplejeydelser hos 65-100-årige personer fordelt på aldergruppe, husstandstype og ydelsestype i Danmark, 2018. Kroner.

Alder (år)	Husstandstype	Sygehus (incl.)	Sygehus (amb.)	Medicin	Almen prak. læge	Andre sygesikringsydelse	Hjemmepleje
65-69	Enlig	12.780	11.624	3.663	1.433	2.175	6.447
	Ægtepar og par i øvrigt	9.351	11.738	2.924	1.294	1.997	1.465
70-74	Enlig	12.780	11.624	3.663	1.433	2.175	6.447
	Ægtepar og par i øvrigt	9.351	11.738	2.924	1.294	1.997	1.465
75-79	Enlig	17.387	13.429	4.731	2.012	2.483	12.906
	Ægtepar og par i øvrigt	15.074	15.295	4.080	1.866	2.493	5.059
80-84	Enlig	19.057	12.109	4.999	2.349	2.349	20.586
	Ægtepar og par i øvrigt	18.952	15.156	4.551	2.252	2.502	11.394
85-89	Enlig	21.188	9.868	5.065	2.631	1.959	31.858
	Ægtepar og par i øvrigt	21.866	13.781	4.664	2.615	2.245	21.044
90-94	Enlig	20.943	6.759	4.804	2.788	1.560	46.378
	Ægtepar og par i øvrigt	24.052	10.304	4.598	2.841	1.867	36.917
95-99	Enlig	20.018	4.681	4.108	2.779	1.208	57.528
	Ægtepar og par i øvrigt	26.677	6.676	3.796	2.935	1.451	47.779

Bilagstabel 1.5 De samlede gennemsnitlige omkostninger pr. person ved forbrug af sundheds- og hjemmeplejeydelser hos 65-100-årige personer fordelt på aldersgruppe, urbaniseringsgrad og ydelsestype i Danmark, 2018. Kroner.

Alder (år)	Urbaniseringsgrad	Sygehus (incl.)	Sygehus (amb.)	Medicin	Almen prak. læge	Andre sygesikringsydelser	Hjemmepleje
65-69	Byområder tæt på de største byer	10.462	12.015	3.179	1.328	2.248	3.220
	Byområder længere væk fra de største byer	10.821	11.618	3.258	1.379	1.892	3.088
	Landdistrikter tæt på de største byer	9.641	11.320	2.910	1.320	1.804	2.097
	Landdistrikter længere væk fra de største byer	10.303	10.770	3.045	1.286	1.665	2.215
	Småøer	7.512	8.485	3.115	1.170	1.266	1.514
70-74	Byområder tæt på de største byer	13.319	14.075	3.799	1.563	2.536	5.139
	Byområder længere væk fra de største byer	12.893	12.909	3.781	1.623	2.118	4.966
	Landdistrikter tæt på de største byer	12.785	13.402	3.536	1.585	2.035	3.194
	Landdistrikter længere væk fra de største byer	12.748	12.508	3.645	1.537	1.894	3.801
	Småøer	11.423	9.232	4.162	1.585	1.593	2.132
75-79	Byområder tæt på de største byer	16.263	15.152	4.429	1.895	2.725	8.565
	Byområder længere væk fra de største byer	15.752	14.224	4.283	1.974	2.287	8.583
	Landdistrikter tæt på de største byer	15.614	13.788	4.121	1.962	2.184	6.879
	Landdistrikter længere væk fra de største byer	15.864	13.114	4.219	1.881	2.024	7.732
	Småøer	18.754	9.645	4.616	2.165	1.585	9.287
80-84	Byområder tæt på de største byer	19.556	14.410	4.869	2.236	2.647	17.084
	Byområder længere væk fra de største byer	18.370	12.511	4.756	2.370	2.230	16.407
	Landdistrikter tæt på de største byer	18.653	12.774	4.674	2.397	2.131	13.898
	Landdistrikter længere væk fra de største byer	18.230	11.962	4.521	2.300	1.915	14.944
	Småøer	16.561	7.312	4.749	2.255	1.672	18.602
85-89	Byområder tæt på de største byer	22.192	11.911	4.994	2.536	2.215	29.119
	Byområder længere væk fra de største byer	20.454	10.099	4.941	2.665	1.890	29.328
	Landdistrikter tæt på de største byer	20.161	9.909	4.760	2.815	1.765	26.636

Alder (år)	Urbaniseringsgrad	Sygehus (indl.)	Sygehus (amb.)	Medicin	Almen prak. læge	Andre sygesikringsydelse	Hjemmepleje
	Landdistrikter længere væk fra de største byer	20.277	9.615	4.800	2.699	1.711	27.577
	Småøer	20.386	6.543	4.048	2.889	1.675	23.303
90-94	Byområder tæt på de største byer	23.162	8.228	4.777	2.719	1.746	45.790
	Byområder længere væk fra de største byer	18.993	6.310	4.866	2.721	1.534	45.224
	Landdistrikter tæt på de største byer	19.890	6.353	4.644	3.104	1.333	42.097
	Landdistrikter længere væk fra de største byer	19.021	5.628	4.615	2.898	1.386	45.098
	Småøer	9.994	1.318	4.572	3.014	747	29.290
95-99	Byområder tæt på de største byer	22.010	5.295	4.125	2.714	1.231	56.413
	Byområder længere væk fra de største byer	18.790	4.099	3.981	2.685	1.187	61.711
	Landdistrikter tæt på de største byer	19.050	4.202	3.997	3.168	1.175	57.370
	Landdistrikter længere væk fra de største byer	16.829	4.120	4.064	2.907	1.282	55.075
	Småøer	23.269	3.239	5.837	4.916	464	27.929

Bilagstabel 1.6 Fordeling af personer i forhold til omkostninger ved hjemmeplejeydelser blandt 65+årige i Danmark, 2018.

		Indkomstkvartil				
		1. kvartil	2. kvartil	3. kvartil	4. kvartil	Total
Lavt forbrug	Antal	243.927	247.003	254.151	259.366	1.004.447
	Rækkeprocent	24 %	25 %	25 %	26 %	100
	Kolonneprocent	87 %	89 %	91 %	93 %	90
Højt forbrug	Antal	35.089	32.034	24.863	19.619	111.605
	Rækkeprocent	31 %	28,7	22,28	17,58	100
	Kolonneprocent	13 %	11 %	9 %	7 %	10
Total	Antal	279.016	279.037	279.014	278.985	1.116.052
	Rækkeprocent	25 %	25 %	25 %	25 %	100
	Kolonneprocent	100	100	100	100	100

Bilagstabel 1.7 Andel, der har modtaget vedligeholdelsestræning hhv. genoptræning i 2018 fordelt på aldersgruppe.

Aldersgruppe	Vedligeholdelsestræning	Genoptræning
65-69	1 %	1 %
70-74	1 %	1 %
75-79	2 %	2 %
80-84	3 %	4 %
85-89	5 %	5 %
90-94	7 %	6 %
95-99	6 %	6 %
100+	5 %	4 %

Bilagstabel 1.8 De samlede gennemsnitlige omkostninger pr. person ved forbrug af sundhedsydelser i relation til psykisk sygdom hos 65-100-årige personer fordelt på aldersgruppe i Danmark, 2018. Kroner.

Aldersgruppe	Sygehus (incl.)	Sygehus (amb.)	Medicin	Psykolog	Psykiater
65-69	588	193	150	24	29
70-74	516	176	142	16	24
75-79	539	219	157	12	18
80-84	549	266	178	6	12
85-89	505	294	196	3	7
90-94	523	256	211	1	8
95-99	239	161	211	-	8

Anm.: Celler markeret med "-" er ikke afrapporteret, da de baserer sig på færre end 5 individer.

Bilagstabel 1.9 Andel, der har modtaget behandling for psykisk sygdom fordelt på aldersgrupper. 2018

Aldersgruppe	Medicin	Psykiatri	Psykolog	Psykiater
65-69	18 %	1 %	1 %	1 %
70-74	21 %	1 %	1 %	0 %
75-79	25 %	2 %	0 %	0 %
80-84	31 %	2 %	0 %	0 %
85-89	36 %	3 %	0 %	0 %
90-94	40 %	3 %	0 %	0 %
95-99	45 %	2 %	-	0 %

Anm.: Celler markeret med "-" er ikke afrapporteret, da de baserer sig på færre end 5 individer.

Bilagstabel 1.10 Charlson komobiditetsindex: Fordelingen af sværhedsgrad af komorbiditet fordelt på aldersgrupper

Charlson index	Aldersgruppe							
	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95-99	100+
Ingen	69 %	62 %	56 %	50 %	47 %	51 %	57 %	67 %
Let	15 %	16 %	19 %	21 %	24 %	25 %	25 %	20 %
Middelsvær	11 %	14 %	15 %	16 %	17 %	15 %	12 %	9 %
Svær	6 %	8 %	10 %	12 %	12 %	9 %	6 %	4 %

Bilagstabel 1.11 Lineær regression: De gennemsnitlige samlede omkostninger pr. person ved forbrug af sundheds- og hjemmeplejeydelser hos 65+-årige personer i Danmark, 2018. Kroner.

	Samlede omkostninger	P-værdi	(95 % konfidensinterval)
Alder (ref. 65-69)			
70-74	6.547***	(0,000)	[6.106,6.989]
75-79	13.537***	(0,000)	[13.018,14.056]
80-84	22.171***	(0,000)	[21.530,22.811]
85-89	32.071***	(0,000)	[31.195,32.946]
90-94	42.156***	(0,000)	[40.831,43.481]
95-99	48.255***	(0,000)	[45.531,50.979]
100+	54.060***	(0,000)	[44.711,63.410]
Køn (ref: Mand)			
Kvinde	-6.792***	(0,000)	[-7.164,-6.421]
Indkomst (ref: 1. kvartil, lavest indkomst)			
2. kvartil	1.876***	(0,000)	[1.334,2.418]
3. kvartil	-311	(0,285)	[-881,259]
4. kvartil (højeste indkomst)	-2.313***	(0,000)	[-2.932,-1.694]
Uddannelse (ref: Grundskole)			
Kort uddannelse	-2.036***	(0,000)	[-2.474,-1.597]
KVU	-2.782***	(0,000)	[-3.892,-1.672]
MVU	-3.382***	(0,000)	[-3.955,-2.810]
LVU eller forsker	-4.163***	(0,000)	[-5.030,-3.296]
Udd. opl. Mangler	-2.046**	(0,002)	[-3.325,-767]
Husstandstype (ref: Enlig)			
Ægtepar eller par i øvrigt	-3.711***	(0,000)	[-4.131,-3.290]
Andet	-1.424***	(0,001)	[-2.261,-587]
Civilstand (ref: øvrige (alle andre))			
Enke/enkemand det forgangne år	-2.336**	(0,001)	[-3.768,-904]
Boligens ejerforhold (ref: Ejerbolig)			
Lejebolig	10.545***	(0,000)	[10.083,11.007]
Ukendt	49.480***	(0,000)	[47.794,51.166]
Urbaniseringsgrad (ref: Byområder i eller tæt på de største byer)			
Byområder længere væk fra de største byer	-1.921***	(0,000)	[-2.426,-1.417]
Landdistrikter tæt på de største byer	-2.429***	(0,000)	[-3.001,-1.857]
Landdistrikter længere væk fra de største byer	-2.991***	(0,000)	[-3.504,-2.477]
Småøer	-8.155***	(0,000)	[-11.619,-4.691]
Etnicitet (ref.: Danmark)			
Vestlige lande	-1.260*	(0,036)	[-2.440,-80]
Ikke-vestlige lande	-1.787*	(0,041)	[-3.500,-73]
Konstant	37.013***	(0,000)	[36.218,37.809]
N	1.103.805		
R ²	0,0325		

Anm.: Signifikante resultater er markeret med * < 0,05, ** < 0,01 og *** < 0,001.

Regressionen kan bruges til at beregne det forventede forbrug for en given borger. En "referenceborger" 65-69-årig mand i første indkomstkvarantil, med grundskoleuddannelse, der er enlig, bor i ejerbolig og bor i byen, samt er etnisk dansk, vil have et forventet forbrug på 37.013 kr. (konstantledet). En kvinde på 80-84-år, men ellers med de samme socioøkonomiske karakteristika, vil derfor have et forventet forbrug på 37.013 - 6.792 + 22.171 = 52.392.

Kilde: Baseret på udtræk fra Landspatientregisteret, Lægemedelstatistikregisteret, Sygesikringsregisteret, Ældredokumentationen, en række socioøkonomiske variable fra Danmarks Statistik samt oplysninger om kommunernes urbaniseringsgrad, Ministeriet for Fødevarer, Landbrug og Fiskeri 2008 (5).

Bilagstabel 1.12 Sandsynligheden for at være blandt de 10 % med det højeste forbrug af sundheds- og hjemmeplejeydelser hos 65+-årige personer i Danmark, 2018.

	Blandt de 10 % med højest forbrug	P-værdi	(95 % konfidensinterval)
Alder (ref. 65-69)			
70-74	1,330***	(0,000)	[1,305,1,357]
75-79	1,693***	(0,000)	[1,658,1,728]
80-84	2,220***	(0,000)	[2,172,2,269]
85-89	2,822***	(0,000)	[2,754,2,893]
90-94	3,509***	(0,000)	[3,403,3,618]
95-99	3,868***	(0,000)	[3,669,4,079]
100+	4,192***	(0,000)	[3,636,4,833]
Køn (ref: Mand)			
Kvinde	0,770***	(0,000)	[0,759,0,780]
Indkomst (ref: 1. kvartil)			
2. kvartil	1,023**	(0,007)	[1,006,1,041]
3. kvartil	0,954***	(0,000)	[0,936,0,973]
4. kvartil	0,882***	(0,000)	[0,862,0,903]
Uddannelse (ref: Grundskole)			
Kort uddannelse	0,927***	(0,000)	[0,913,0,941]
KVU	0,887***	(0,000)	[0,849,0,926]
MVU	0,880***	(0,000)	[0,860,0,900]
LVU eller forsker	0,861***	(0,000)	[0,831,0,892]
Udd. opl. Mangler	0,921***	(0,000)	[0,884,0,960]
Husstandstype (ref: Enlig)			
Ægtepar eller par i øvrigt	0,833***	(0,000)	[0,821,0,846]
Andet	0,938***	(0,000)	[0,910,0,967]
Civilstand (ref: øvrige (alle andre))			
Enke/enkemand det forgangne år	1,008	(0,781)	[0,956,1,062]
Ejerforhold (ref: Ejer)			
Lejer	1,394***	(0,000)	[1,372,1,417]
Ukendt	3,172***	(0,000)	[3,082,3,265]
Urbanisering (ref: Byområder i eller tæt på de største byer)			
Byområder længere væk fra de største byer	0,915***	(0,000)	[0,898,0,931]
Landdistrikter tæt på de største byer	0,904***	(0,000)	[0,885,0,924]
Landdistrikter længere væk fra de største byer	0,884***	(0,000)	[0,867,0,901]
Småøer	0,746**	(0,002)	[0,622,0,895]
Etnicitet (ref: Danmark)			
Vestlige lande	0,982	(0,400)	[0,942,1,024]
Ikke-vestlige lande	0,858***	(0,000)	[0,811,0,907]
N	1.103.805		

Anm.: Signifikante resultater er markeret med * < 0,05, ** < 0,01 og *** < 0,001.

Kilde: Baseret på udtræk fra Landspatientregisteret, Lægemedelstatistikregisteret, Sygesikringsregisteret, Ældredokumentationen, en række socioøkonomiske variable fra Danmarks Statistik samt oplysninger om kommunernes urbaniseringsgrad, Ministeriet for Fødevarer, Landbrug og Fiskeri 2008 (5).

Bilagstabel 1.13 Lineær regression: Gennemsnitlige omkostninger pr. person ved forbrug af sundhedsydelser hhv. hjemmepleje hos 65+-årige personer i Danmark, 2018.

	Sundhedsomkostninger	P-værdi	Hjemmeplejeomkostninger	P-værdi
Alder (ref. 65-69)				
70-74	5.193***	(0,000)	1.354***	(0,000)
75-79	9.505***	(0,000)	4.031***	(0,000)
80-84	11.361***	(0,000)	10.810***	(0,000)
85-89	10.415***	(0,000)	21.655***	(0,000)
90-94	5.475***	(0,000)	36.681***	(0,000)
95-99	861	(0,111)	47.394***	(0,000)
100+	-7.409***	(0,000)	61.470***	(0,000)
Køn (ref: Mand)				
Kvinde	-7.319***	(0,000)	527***	(0,000)
Indkomst (ref: 1. kvartil)				
2. kvartil	1.812***	(0,000)	64	(0,691)
3. kvartil	340	(0,130)	-651***	(0,000)
4. kvartil	-1.461***	(0,000)	-852***	(0,000)
Uddannelse (ref: Grundskole)				
Kort uddannelse	-751***	(0,000)	-1.284***	(0,000)
KVU	-1.213**	(0,010)	-1.569***	(0,000)
MVU	-1.775***	(0,000)	-1.607***	(0,000)
LVU eller forsker	-2.760***	(0,000)	-1.403***	(0,000)
Udd. opl. Mangler	-2.251***	(0,000)	205	(0,612)
Husstandstype (ref: Enlig)				
Ægtepar eller par i øvrigt	1.217***	(0,000)	-4.927***	(0,000)
Andet	1.373***	(0,000)	-2.797***	(0,000)
Civilstand (ref: øvrige (alle andre))				
Enke/enkemand det forgangne år	-4.408***	(0,000)	2.072***	(0,000)
Ejerforhold (ref: Ejer)				
Lejer	7.347***	(0,000)	3.198***	(0,000)
Ukendt	33.769***	(0,000)	15.711***	(0,000)
Urbanisering (ref: Byområder i eller tæt på de største byer)				
Byområder længere væk fra de største byer	-1.967***	(0,000)	46	(0,748)
Landdistrikter tæt på de største byer	-1.758***	(0,000)	-671***	(0,000)
Landdistrikter længere væk fra de største byer	-2.622***	(0,000)	-369**	(0,009)
Småøer	-6.818***	(0,000)	-1.336	(0,125)
Etnicitet (ref: Danmark)				
Vestlige lande	-662	(0,151)	-598	(0,080)
Ikke-vestlige lande	-2.761***	(0,000)	975	(0,077)
Konstant	3.0679***	(0,000)	6.334***	(0,000)
N	1.103.805		1.103.805	

Anm.: Signifikante resultater er markeret med * p < 0,05, ** p < 0,01, *** p < 0,001.

Kilde: Baseret på udtræk fra Landspatientregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret, Sygesikringsregisteret, en række socioøkonomiske variable fra Danmarks Statistik samt oplysninger om kommunernes urbaniseringsgrad fra Ministeriet for Fødevarer, Landbrug og Fiskeri 2008 (5).

Bilagstabel 1.14 Lineær regression: De gennemsnitlige samlede omkostninger pr. person opgjort for borgere 80 år eller ældre og 79 år eller yngre i Danmark, 2018.

	80 år eller ældre		79 år eller yngre	
	Samlede omkostninger	P-værdi	Samlede omkostninger	P-værdi
Alder	2.006***	(0,000)	1.362***	(0,000)
Køn (ref: Mand)				
Kvinde	-4.495***	(0,000)	-7.340***	(0,000)
Indkomst (ref: 1. kvartil)				
2. kvartil	-206	(0,704)	2.587***	(0,000)
3. kvartil	-842	(0,188)	-33	(0,919)
4. kvartil	1.355	(0,110)	-2.279***	(0,000)
Uddannelse (ref: Grundskole)				
Kort uddannelse	-635	(0,208)	-2.501***	(0,000)
KVU	-3.073*	(0,041)	-2.877***	(0,000)
MVU	-1.988*	(0,011)	-3.847***	(0,000)
LVU eller forsker	17	(0,990)	-5.234***	(0,000)
Udd. opl. mangler	-2.934*	(0,048)	-2.671***	(0,000)
Husstandstype (ref: Enlig)				
Ægtepar eller par i øvrigt	-2.658***	(0,000)	-3.697***	(0,000)
Andet	4.377***	(0,001)	-2.336***	(0,000)
Civilstand (ref: øvrige (alle andre))				
Enke/enkemand det forgangne år	-3.087*	(0,029)	-2.427**	(0,004)
Ejerforhold(ref: Ejer)				
Lejer	8.910***	(0,000)	11.293***	(0,000)
Ukendt	50.908***	(0,000)	47.729***	(0,000)
Urbanisering (ref: Byområder i eller tæt på de største byer)				
Byområder længere væk fra de største byer	-3.999***	(0,000)	-1.125***	(0,000)
Landdistrikter tæt på de største byer	-5.461***	(0,000)	-1.365***	(0,000)
Landdistrikter længere væk fra de største byer	-6.028***	(0,000)	-1.910***	(0,000)
Småøer	-13.143**	(0,004)	-6.577***	(0,000)
Etnicitet (ref: Danmark)				
Vestlige lande	950	(0,489)	-1.790**	(0,007)
Ikke-vestlige lande	1.075	(0,673)	-1761	(0,055)
Konstant	-105.570***	(0,000)	-54.449***	(0,000)
N	253.862		849.943	

Anm.: Signifikante resultater er markeret med * p < 0,05, ** p < 0,01, *** p < 0,001.

Bilagstabel 1.15 Lineær regression: De gennemsnitlige omkostninger pr. person ved medicinske indlæggelser hos 65+-årige personer i Danmark, 2018.

	Medicinsk indlæggelse	P-værdi
Alder (ref. 65-69)		
70-74	6.547***	(0,000)
75-79	13.537***	(0,000)
80-84	22.171***	(0,000)
85-89	32.071***	(0,000)
90-94	42.156***	(0,000)
95-99	48.255***	(0,000)
100+	54.060***	(0,000)
Køn (ref: Mand)		
Kvinde	-6.792***	(0,000)
Indkomst (ref: 1. kvartil, laveste indkomst)		
2. kvartil	1.876***	(0,000)
3. kvartil	-311	(0,285)
4. kvartil (højeste indkomst)	-2.313***	(0,000)
Uddannelse (ref: Grundskole)		
Kort uddannelse	-2.036***	(0,000)
KVU	-2.782***	(0,000)
MVU	-3.382***	(0,000)
LVU eller forsker	-4.163***	(0,000)
Udd. opl. mangler	-2.046**	(0,002)
Husstandstype (ref: Enlig)		
Ægtepar eller par i øvrigt	-3.711***	(0,000)
Andet	-1.424***	(0,001)
Civilstand (ref: øvrige (alle andre))		
Enke/enkemand det forgangne år	-2.336**	(0,001)
Boligens ejerforhold (ref: Ejerbolig)		
Lejebolig	10.545***	(0,000)
Ukendt	49.480***	(0,000)
Urbaniseringsgrad (ref: Byområder i eller tæt på de største byer)		
Byområder længere væk fra de største byer	-1.921***	(0,000)
Landdistrikter tæt på de største byer	-2.429***	(0,000)
Landdistrikter længere væk fra de største byer	-2.991***	(0,000)
Småøer	-8.155***	(0,000)
Etnicitet (ref: Danmark)		
Vestlige lande	-1.260*	(0,036)
Ikke-vestlige lande	-1.787*	(0,041)
Konstant	37.013***	(0,000)
N	1.103.805	

Anm.: Signifikante resultater er markeret med * p < 0,05, ** p < 0,01, *** p < 0,001.

Bilagstabel 1.16 Lineær regression: De gennemsnitlige omkostninger pr. person ved medicinske indlæggelser opgjort for borgere 80 år eller ældre og 79 år eller yngre i Danmark, 2018.

	80 år eller ældre		79 år eller yngre	
	Samlede omkostninger	P-værdi	Samlede omkostninger	P-værdi
Alder	184***	(0,000)	272***	(0,000)
Køn (ref: Mand)				
Kvinde	-4.832***	(0,000)	-3.164***	(0,000)
Indkomst (ref: 1. kvartil)				
2. kvartil	554**	(0,003)	284*	(0,037)
3. kvartil	798***	(0,001)	-490***	(0,000)
4. kvartil	1.282***	(0,000)	-1.031***	(0,000)
Uddannelse (ref: Grundskole)				
Kort uddannelse	-520**	(0,005)	-847***	(0,000)
KVU	-1.407*	(0,018)	-935***	(0,000)
MVU	-1.772***	(0,000)	-1.468***	(0,000)
LVU eller forsker	-1.784***	(0,000)	-1.589***	(0,000)
Udd. opl. mangler	-2.576***	(0,000)	-995**	(0,001)
Husstandstype (ref: Enlig)				
Ægtepar eller par i øvrigt	414*	(0,032)	-551***	(0,000)
Andet	2.763***	(0,000)	289	(0,127)
Civilstand (ref: øvrige (alle andre))				
Enke/enkemand det forgangne år	-3.742***	(0,000)	-1.379***	(0,000)
Ejerforhold(ref: Ejer)				
Lejer	3.625***	(0,000)	2.768***	(0,000)
Ukendt	18.956***	(0,000)	17.288***	(0,000)
Urbanisering (ref: Byområder i eller tæt på de største byer)				
Byområder længere væk fra de største byer	-1.142***	(0,000)	-16	(0,891)
Landdistrikter tæt på de største byer	-1.326***	(0,000)	93	(0,471)
Landdistrikter længere væk fra de største byer	-1.394***	(0,000)	106	(0,376)
Småøer	-2.592	(0,148)	-386	(0,636)
Etnicitet (ref: Danmark)				
Vestlige lande	891	(0,074)	-285	(0,312)
Ikke-vestlige lande	98	(0,887)	-791*	(0,029)
Konstant	-3.066*	(0,045)	-10.965***	(0,000)
N	253.862		849.943	

Bilagstabel 1.17 Sandsynligheden for at være blandt de 10 % med det højeste forbrug af sundhedsydelser hhv. hjemmepleje hos 65+-årige personer i Danmark, 2018.

	Sundheds- omkostninger	P-værdi	Hjemmepleje- omkostninger	P-værdi
Alder (ref. 65-69)				
70-74	1,498***	(0,000)	1,298***	(0,000)
75-79	2,550***	(0,000)	1,571***	(0,000)
80-84	4,749***	(0,000)	1,776***	(0,000)
85-89	8,025***	(0,000)	1,795***	(0,000)
90-94	11,419***	(0,000)	1,541***	(0,000)
95-99	11,705***	(0,000)	1,194***	(0,000)
100+	9,835***	(0,000)	0,727*	(0,014)
Køn (ref: Mand)				
Kvinde	1,004	(0,567)	0,726***	(0,000)
Indkomst (ref: 1. kvartil)				
2. kvartil	0,921***	(0,000)	1,057***	(0,000)
3. kvartil	0,757***	(0,000)	0,998	(0,808)
4. kvartil	0,594***	(0,000)	0,926***	(0,000)
Uddannelse (ref: Grundskole)				
Kort uddannelse	0,870***	(0,000)	0,957***	(0,000)
KVU	0,805***	(0,000)	0,918***	(0,000)
MVU	0,852***	(0,000)	0,918***	(0,000)
LVU eller forsker	0,817***	(0,000)	0,888***	(0,000)
Udd. opl. mangler	0,894***	(0,000)	0,884***	(0,000)
Husstandstype (ref: Enlig)				
Ægtepar eller par i øvrigt	0,401***	(0,000)	1,017*	(0,023)
Andet	0,568***	(0,000)	1,075***	(0,000)
Civilstand (ref: øvrige (alle andre))				
Enke/enkemand det forgangne år	1,907***	(0,000)	0,849***	(0,000)
Ejerforhold (ref: Ejer)				
Lejer	1,456***	(0,000)	1,350***	(0,000)
Ukendt	2,491***	(0,000)	2,949***	(0,000)
Urbanisering (ref: Byområder i eller tæt på de største byer)				
Byområder længere væk fra de største byer	0,944***	(0,000)	0,907***	(0,000)
Landdistrikter tæt på de største byer	0,838***	(0,000)	0,912***	(0,000)
Landdistrikter længere væk fra de største byer	0,851***	(0,000)	0,890***	(0,000)
Småøer	1,048	(0,596)	0,755**	(0,002)
Etnicitet (ref: Danmark)				
Vestlige lande	0,955*	(0,041)	1,004	(0,862)
Ikke-vestlige lande	0,910**	(0,002)	0,836***	(0,000)
N	1.103.805		1.103.805	

Bilagstabel 1.18 Sandsynligheden for at være blandt de 10 % med det højeste gennemsnitlige samlede omkostninger opgjort for borgere 80 år eller ældre og 79 år eller yngre. Danmark. 2018

	80 år eller ældre		79 år eller yngre	
	Samlede omkostninger	P-værdi	Samlede omkostninger	P-værdi
Alder pr. 1. januar.	1,048***	(0,000)	1,054***	(0,000)
<i>Køn (ref: Mand)</i>				
Kvinde	0,892***	(0,000)	0,721***	(0,000)
Indkomst (ref: 1. kvartil)				
2. kvartil	0,974	(0,050)	1,054***	(0,000)
3. kvartil	0,944***	(0,000)	0,966**	(0,007)
4. kvartil	1,007	(0,737)	0,869***	(0,000)
Uddannelse (ref: Grundskole)				
Kort uddannelse	0,981	(0,141)	0,898***	(0,000)
KVU	0,880**	(0,002)	0,882***	(0,000)
MVU	0,937**	(0,002)	0,849***	(0,000)
LVU eller forsker	0,972	(0,392)	0,806***	(0,000)
Udd. opl. mangler	0,878***	(0,000)	0,877***	(0,000)
Husstandstype (ref: Enlig)				
Ægtepar eller par i øvrigt	0,896***	(0,000)	0,830***	(0,000)
Andet	1,034	(0,251)	0,910***	(0,000)
Civilstand (ref: øvrige (alle andre))				
Enke/enkemand det forgangne år	0,966	(0,374)	1,009	(0,812)
Ejerforhold (ref: Ejer)				
Lejer	1,222***	(0,000)	1,504***	(0,000)
Ukendt	2,716***	(0,000)	3,534***	(0,000)
Urbanisering (ref: Byområder i eller tæt på de største byer)				
Byområder længere væk fra de største byer	0,880***	(0,000)	0,946***	(0,000)
Landdistrikter tæt på de største byer	0,845***	(0,000)	0,954***	(0,001)
Landdistrikter længere væk fra de største byer	0,818***	(0,000)	0,937***	(0,000)
Småøer	0,718*	(0,037)	0,774*	(0,024)
Etnicitet (ref: Danmark)				
Vestlige lande	1,012	(0,717)	0,971	(0,292)
Ikke-vestlige lande	0,952	(0,338)	0,856***	(0,000)
N	253.862		849.943	

Anm.: Signifikante resultater er markeret med * < 0,05, ** < 0,01 og *** < 0,001.

Kilde: Baseret på udtræk fra Landspatientregisteret (psykiatri), Lægemedelstatistikregisteret, Sygesikringsregisteret, en række socioøkonomiske variable fra Danmarks Statistik samt oplysninger om kommunernes urbaniseringsgrad fra Ministeriet for Fødevarer, Landbrug og Fiskeri 2008 (5).

Bilagstabel 1.19 Psykisk sygdom. Sandsynligheden for at have modtaget behandling for psykisk sygdom (Logistisk regression, odds ratio).

	Registreret med be- handling for psykisk lidelse (odds ratio)	P-værdi	(95 % konfidens- interval)
Alder (ref. 65-69)			
70-74	1,111***	(0,000)	[1,097,1,125]
75-79	1,329***	(0,000)	[1,311,1,347]
80-84	1,580***	(0,000)	[1,556,1,604]
85-89	1,780***	(0,000)	[1,748,1,813]
90-94	1,891***	(0,000)	[1,845,1,938]
95-99	2,090***	(0,000)	[1,998,2,186]
100+	2,437***	(0,000)	[2,152,2,759]
Køn (ref: Mand)			
Kvinde	1,560***	(0,000)	[1,545,1,575]
Indkomst (ref: 1. kvartil)			
2. kvartil	1,089***	(0,000)	[1,076,1,103]
3. kvartil	1,010	(0,142)	[0,997,1,024]
4. kvartil	0,931***	(0,000)	[0,916,0,946]
Uddannelse (ref: Grundskole)			
Kort uddannelse	0,940***	(0,000)	[0,930,0,950]
KVU	0,916***	(0,000)	[0,889,0,944]
MVU	1,004	(0,627)	[0,989,1,019]
LVU eller forsker	1,121***	(0,000)	[1,095,1,148]
Udd. opl. mangler	0,913***	(0,000)	[0,886,0,941]
Husstandstype (ref: Enlig)			
Ægtepar eller par i øvrigt	0,793***	(0,000)	[0,785,0,801]
Andet	0,799***	(0,000)	[0,782,0,817]
Civilstand (ref: øvrige (alle andre))			
Enke/enkemand det forgangne år	1,717***	(0,000)	[1,659,1,777]
Ejerforhold (ref: Ejer)			
Lejer	1,581***	(0,000)	[1,564,1,599]
Ukendt	2,376***	(0,000)	[2,318,2,436]
Urbanisering (ref: Byområder i eller tæt på de største byer)			
Byområder længere væk fra de største byer	1,026***	(0,000)	[1,013,1,038]
Landdistrikter tæt på de største byer	0,921***	(0,000)	[0,907,0,935]
Landdistrikter længere væk fra de største byer	0,968***	(0,000)	[0,956,0,982]
Småøer	0,899	(0,083)	[0,798,1,014]
Etnicitet (ref: Danmark)			
Vestlige lande	1,002	(0,899)	[0,973,1,032]
Ikke-vestlige lande	0,752***	(0,000)	[0,723,0,784]
N	1.103.805		

Anm.: Signifikante resultater er markeret med * < 0,05, ** < 0,01 og *** < 0,001.

Kilde: Baseret på udtræk fra Landspatientregisteret (psykiatri), Lægemiddelstatistikregisteret, Sygesikringsregisteret, en række socioøkonomiske variable fra Danmarks Statistik samt oplysninger om kommunernes urbaniseringsgrad fra Ministeriet for Fødevarer, Landbrug og Fiskeri 2008 (5).

Bilagstabel 1.20 Psykisk sygdom. Sandsynligheden for at have modtaget behandling for psykisk sygdom (Logistisk regression, odds ratio). Opgjort for borgere 80 år eller ældre og 79 år eller yngre.

	79 år eller yngre		80 år eller ældre	
	Behandling for psykisk sygdom	P-værdi	Behandling for psykisk sygdom	P-værdi
Alder pr. 1. januar.	1,029***	(0,000)	1,023***	(0,000)
<i>Køn (ref: Mand)</i>				
Kvinde	1,585***	(0,000)	1,520***	(0,000)
Indkomst (ref: 1. kvartil)				
2. kvartil	1,055***	(0,000)	1,156***	(0,000)
3. kvartil	0,958***	(0,000)	1,170***	(0,000)
4. kvartil	0,874***	(0,000)	1,238***	(0,000)
Uddannelse (ref: Grundskole)				
Kort uddannelse	0,918***	(0,000)	0,997	(0,752)
KVU	0,886***	(0,000)	1,009	(0,780)
MVU	0,994	(0,462)	0,991	(0,607)
LVU eller forsker	1,094***	(0,000)	1,147***	(0,000)
Udd. opl. mangler	0,897***	(0,000)	0,905***	(0,000)
Husstandstype (ref: Enlig)				
Ægtepar eller par i øvrigt	0,773***	(0,000)	0,892***	(0,000)
Andet	0,794***	(0,000)	0,808***	(0,000)
Civilstand (ref: øvrige (alle andre))				
Enke/enkemand det forgangne år	1,840***	(0,000)	1,398***	(0,000)
<i>Ejerforhold (ref: Ejer)</i>				
Lejer	1,537***	(0,000)	1,716***	(0,000)
Ukendt	2,341***	(0,000)	2,490***	(0,000)
Urbanisering (ref: Byområder i eller tæt på de største byer)				
Byområder længere væk fra de største byer	1,030***	(0,000)	1,027*	(0,031)
Landdistrikter tæt på de største byer	0,910***	(0,000)	0,985	(0,328)
Landdistrikter længere væk fra de største byer	0,964***	(0,000)	1,003	(0,844)
Småøer	0,883	(0,074)	0,979	(0,870)
Etnicitet (ref: Danmark)				
Vestlige lande	1,000	(0,998)	1,001	(0,977)
Ikke-vestlige lande	0,754***	(0,000)	0,754***	(0,000)
N	882.993		220.812	

Anm.: Signifikante resultater er markeret med * < 0,05, ** < 0,01 og *** < 0,001.

Kilde: Baseret på udtræk fra Landspatientregisteret (psykiatri), Lægemiddelstatistikregisteret, Sygesikringsregisteret, en række socioøkonomiske variable fra Danmarks Statistik samt oplysninger om kommunernes urbaniseringsgrad fra Ministeriet for Fødevarer, Landbrug og Fiskeri 2008 (5).

Bilagstabel 1.21 Komorbiditet. Betydende socioøkonomiske faktorer, der kan forklare graden af komorbiditet (Rangordnet Logistisk regression, odds ratio: Danmark, 2018).

	Sværhedsgrad af komorbiditet (odds ratio)	P-værdi	(95 % konfidens-interval)
Alder (ref. 65-69)			
70-74	1,319***	(0,000)	[1,306,1,333]
75-79	1,664***	(0,000)	[1,645,1,683]
80-84	1,969***	(0,000)	[1,944,1,995]
85-89	2,041***	(0,000)	[2,009,2,073]
90-94	1,715***	(0,000)	[1,678,1,752]
95-99	1,317***	(0,000)	[1,263,1,374]
100+	0,938	(0,324)	[0,827,1,065]
Køn (ref: Mand)			
Kvinde	0,654***	(0,000)	[0,648,0,659]
Indkomst (ref: 1. kvartil)			
2. kvartil	1,061***	(0,000)	[1,050,1,072]
3. kvartil	0,974***	(0,000)	[0,963,0,986]
4. kvartil	0,873***	(0,000)	[0,862,0,885]
Uddannelse (ref: Grundskole)			
Kort uddannelse	0,962***	(0,000)	[0,954,0,971]
KVU	0,928***	(0,000)	[0,906,0,951]
MVU	0,910***	(0,000)	[0,899,0,922]
LVU eller forsker	0,854***	(0,000)	[0,838,0,871]
Udd. opl. mangler	0,905***	(0,000)	[0,883,0,928]
Husstandstype (ref: Enlig)			
Ægtepar eller par i øvrigt	0,980***	(0,000)	[0,972,0,989]
Andet	1,014	(0,122)	[0,996,1,032]
Civilstand (ref: øvrige (alle andre))			
Enke/enkemand sidste år	0,892***	(0,000)	[0,863,0,921]
Ejerforhold (ref: Ejer)			
Lejer	1,320***	(0,000)	[1,307,1,332]
Ukendt	1,930***	(0,000)	[1,888,1,973]
Urbanisering (ref: Byområder i eller tæt på de største byer)			
Byområder længere væk fra de største byer	0,927***	(0,000)	[0,917,0,937]
Landdistrikter tæt på de største byer	0,926***	(0,000)	[0,914,0,937]
Landdistrikter længere væk fra de største byer	0,925***	(0,000)	[0,915,0,936]
Småøer	0,958	(0,376)	[0,871,1,054]
Etnicitet (ref: Danmark)			
Vestlige lande	0,956***	(0,000)	[0,933,0,980]
Ikke-vestlige lande	1,018	(0,275)	[0,986,1,051]
N	1.103.805		

Anm.: Signifikante resultater er markeret med * < 0,05, ** < 0,01 og *** < 0,001.

Kilde: Baseret på udtræk fra Landpatientregistret med sammenkobling til Charlsons komorbiditetsindeks (16).

Bilagstabel 1.22 Komorbiditet. Betydende socioøkonomiske faktorer, der kan forklare graden af komorbiditet (Rangordnet Logistisk regression, odds ratio: Danmark, 2018). Opgjort for borgere 80 år eller ældre og 79 år eller yngre.

	79 år eller yngre		80 år eller ældre	
	Sværhedsgrad af komorbiditet	P-værdi	Sværhedsgrad af komorbiditet	P-værdi
Alder pr. 1. januar	0,990***	(0,000)	1,052***	(0,000)
Køn (ref: Mand)				
Kvinde	0,613***	(0,000)	0,669***	(0,000)
Indkomst (ref: 1. kvartil)				
2. kvartil	1,084***	(0,000)	1,041***	(0,000)
3. kvartil	1,065***	(0,000)	0,942***	(0,000)
4. kvartil	1,056***	(0,000)	0,845***	(0,000)
Uddannelse (ref: Grundskole)				
Kort uddannelse	1,030***	(0,001)	0,934***	(0,000)
KVU	1,027	(0,328)	0,894***	(0,000)
MVU	0,969*	(0,028)	0,880***	(0,000)
LVU eller forsker	0,944*	(0,012)	0,816***	(0,000)
Udd. opl. mangler	0,766***	(0,000)	0,907***	(0,000)
Husstandstype (ref: Enlig)				
Ægtepar eller par i øvrigt	1,044***	(0,000)	0,962***	(0,000)
Andet	1,090***	(0,000)	0,996	(0,686)
Civilstand (ref: øvrige (alle andre))				
Enke/enkemand det forgangne år	0,841***	(0,000)	0,901***	(0,000)
Ejerforhold (ref: Ejer)				
Lejer	1,367***	(0,000)	1,307***	(0,000)
Ukendt	1,937***	(0,000)	1,961***	(0,000)
Urbanisering (ref: Byområder i eller tæt på de største byer)				
Byområder længere væk fra de største byer	0,886***	(0,000)	0,946***	(0,000)
Landdistrikter tæt på de største byer	0,894***	(0,000)	0,945***	(0,000)
Landdistrikter længere væk fra de største byer	0,881***	(0,000)	0,948***	(0,000)
Småøer	0,896	(0,269)	0,984	(0,776)
Etnicitet (ref: Danmark)				
Vestlige lande	1,052*	(0,033)	0,921***	(0,000)
Ikke-vestlige lande	1,042	(0,260)	1,021	(0,274)
N	882.993		220.812	

Anm.: Signifikante resultater er markeret med * < 0,05, ** < 0,01 og *** < 0,001.

Kilde: Baseret på udtræk fra Landpatientregistret med sammenkobling til Charlsons komorbiditetsindeks (16).

Bilagstabel 1.23 Komorbiditet. Betydende socioøkonomiske faktorer for at have komorbiditet (Logistisk regression, odds ratio: Danmark, 2018).

	Sandsynlighed for komorbiditet (odds ratio)	P-værdi
Alder (ref. 65-69)		
70-74	1,302***	(0,000)
75-79	1,648***	(0,000)
80-84	1,988***	(0,000)
85-89	2,140***	(0,000)
90-94	1,856***	(0,000)
95-99	1,445***	(0,000)
100+	0,990	(0,882)
Køn (ref: Mand)		
Kvinde	0,661***	(0,000)
Indkomst (ref: 1. kvartil)		
2. kvartil	1,065***	(0,000)
3. kvartil	0,977***	(0,000)
4. kvartil	0,872***	(0,000)
Uddannelse (ref: Grundskole)		
Kort uddannelse	0,954***	(0,000)
KVU	0,914***	(0,000)
MVU	0,901***	(0,000)
LVU eller forsker	0,843***	(0,000)
Udd. opl. mangler	0,895***	(0,000)
Husstandstype (ref: Enlig)		
Ægtepar eller par i øvrigt	0,965***	(0,000)
Andet	1,006	(0,497)
Civilstand (ref: øvrige (alle andre))		
Enke/enkemand sidste år	0,897***	(0,000)
Ejerforhold (ref: Ejer)		
Lejer	1,326***	(0,000)
Ukendt	1,955***	(0,000)
Urbanisering (ref: Byområder i eller tæt på de største byer)		
Byområder længere væk fra de største byer	0,929***	(0,000)
Landdistrikter tæt på de største byer	0,927***	(0,000)
Landdistrikter længere væk fra de største byer	0,928***	(0,000)
Småøer	0,969	(0,533)
Etnicitet (ref: Danmark)		
Vestlige lande	0,955***	(0,000)
Ikke-vestlige lande	1,032	(0,066)
N	1.103.805	

Anm.: Signifikante resultater er markeret med * < 0,05, ** < 0,01 og *** < 0,001.

Kilde: Baseret på udtræk fra Landpatientregistret med sammenkobling til Charlsons komorbiditetsindeks (16).

Bilagstabel 1.24 Komorbiditet. Betydende socioøkonomiske faktorer for at have komorbiditet (Logistisk regression, odds ratio: Danmark, 2018). Opgjort for borgere 80 år eller ældre og 79 år eller yngre.

	80 år eller ældre		79 år eller yngre	
	Sandsynlighed for komorbiditet (odds ratio)	P-værdi	Sandsynlighed for komorbiditet (odds ratio)	P-værdi
Alder pr. 1. januar	0,996***	(0,000)	1,051***	(0,000)
Køn (ref: Mand)				
Kvinde	0,629***	(0,000)	0,673***	(0,000)
Indkomst (ref: 1. kvartil)				
2. kvartil	1,095***	(0,000)	1,041***	(0,000)
3. kvartil	1,079***	(0,000)	0,940***	(0,000)
4. kvartil	1,070***	(0,000)	0,839***	(0,000)
Uddannelse (ref: Grundskole)				
Kort uddannelse	1,018	(0,065)	0,928***	(0,000)
KVU	1,003	(0,925)	0,884***	(0,000)
MVU	0,961**	(0,008)	0,873***	(0,000)
LVU eller forsker	0,935**	(0,006)	0,808***	(0,000)
Udd. opl. mangler	0,751***	(0,000)	0,894***	(0,000)
Husstandstype (ref: Enlig)				
Ægtepar eller par i øvrigt	1,025*	(0,015)	0,950***	(0,000)
Andet	1,074**	(0,001)	0,993	(0,496)
Civilstand (ref: øvrige (alle andre))				
Enke/enkemand det forgangne år	0,852***	(0,000)	0,904***	(0,000)
Ejerforhold (ref: Ejer)				
Lejer	1,390***	(0,000)	1,309***	(0,000)
Ukendt	2,053***	(0,000)	1,908***	(0,000)
Urbanisering (ref: Byområder i eller tæt på de største byer)				
Byområder længere væk fra de største byer	0,879***	(0,000)	0,950***	(0,000)
Landdistrikter tæt på de største byer	0,889***	(0,000)	0,947***	(0,000)
Landdistrikter længere væk fra de største byer	0,878***	(0,000)	0,951***	(0,000)
Småøer	0,950	(0,634)	0,981	(0,742)
Etnicitet (ref: Danmark)				
Vestlige lande	1,059*	(0,023)	0,921***	(0,000)
Ikke-vestlige lande	1,051	(0,206)	1,040*	(0,046)
N	253.862		849.943	

Bilagstabel 1.25 Genoptræning og vedligeholdstræning. Betydende socioøkonomiske faktorer associeret med at modtage genoptræning og vedligeholdelsestræning (Logistisk regression, odds ratio^{a)}: Danmark, 2018.

	Modtaget Genoptræning (odds ratio)	P-værdi	(95 % konfidens-interval)	Modtaget Vedligeholdelsestræning (odds ratio)	P-værdi	(95 % konfidens-interval)
Alder (ref. 65-69)						
70-74	1,559***	(0,000)	[1,486,1,636]	1,506***	(0,000)	[1,423,1,594]
75-79	2,415***	(0,000)	[2,302,2,534]	2,612***	(0,000)	[2,473,2,760]
80-84	3,709***	(0,000)	[3,534,3,892]	4,322***	(0,000)	[4,094,4,563]
85-89	5,036***	(0,000)	[4,785,5,300]	6,005***	(0,000)	[5,675,6,354]
90-94	5,297***	(0,000)	[4,986,5,628]	6,750***	(0,000)	[6,331,7,198]
95-99	4,906***	(0,000)	[4,436,5,425]	5,881***	(0,000)	[5,300,6,526]
100+	3,534***	(0,000)	[2,617,4,773]	5,095***	(0,000)	[3,839,6,763]
Køn (ref: Mand)						
Kvinde	1,026	(0,071)	[0,998,1,056]	0,963*	(0,015)	[0,934,0,993]
Indkomst (ref: 1. kvartil)						
2. kvartil	1,231***	(0,000)	[1,190,1,273]	1,039*	(0,030)	[1,004,1,075]
3. kvartil	1,171***	(0,000)	[1,126,1,219]	0,937**	(0,002)	[0,899,0,977]
4. kvartil	0,998	(0,924)	[0,949,1,049]	0,660***	(0,000)	[0,623,0,699]
Uddannelse (ref: Grundskole)						
Kort uddannelse	1,059***	(0,000)	[1,027,1,093]	0,995	(0,746)	[0,963,1,028]
KVU	1,040	(0,392)	[0,951,1,136]	0,981	(0,706)	[0,889,1,083]
MVU	1,049*	(0,043)	[1,001,1,099]	0,987	(0,631)	[0,938,1,040]
LVU eller forsker	1,013	(0,740)	[0,939,1,093]	0,866**	(0,003)	[0,789,0,951]
Udd. opl. mangler	0,980	(0,641)	[0,901,1,066]	0,936	(0,163)	[0,854,1,027]
Husstandstype (ref: Enlig)						
Ægtepar eller par i øvrigt	0,723***	(0,000)	[0,700,0,746]	0,680***	(0,000)	[0,657,0,703]
Andet	0,917**	(0,009)	[0,859,0,978]	0,645***	(0,000)	[0,595,0,700]
Civilstand (ref: øvrige (alle andre))						
Enke/enkemand sidste år	1,457***	(0,000)	[1,329,1,596]	1,367***	(0,000)	[1,237,1,510]
Ejerforhold (ref: Ejer)						
Lejer	1,565***	(0,000)	[1,514,1,618]	1,586***	(0,000)	[1,530,1,644]
Ukendt	2,328***	(0,000)	[2,197,2,467]	2,536***	(0,000)	[2,390,2,691]
Urbanisering (ref: Byområder i eller tæt på de største byer)						
Byområder længere væk fra de største byer	0,859***	(0,000)	[0,828,0,891]	1,063**	(0,001)	[1,024,1,104]
Landdistrikter tæt på de største byer	0,919***	(0,000)	[0,879,0,961]	1,057*	(0,021)	[1,008,1,107]
Landdistrikter længere væk fra de største byer	0,733***	(0,000)	[0,702,0,765]	0,963	(0,089)	[0,923,1,006]
Småøer	0,429**	(0,001)	[0,258,0,715]	0,983	(0,929)	[0,674,1,434]
Etnicitet (ref: Danmark)						
Vestlige lande	0,954	(0,273)	[0,877,1,038]	0,941	(0,196)	[0,858,1,032]
Ikke-vestlige lande	0,957	(0,457)	[0,852,1,075]	0,536***	(0,000)	[0,458,0,626]
N	1.103.805			1.103.805		

Anm.: Signifikante resultater er markeret med * < 0,05, ** < 0,01 og *** < 0,001.

Note: ^{a)} Omfatter kommunal genoptræning efter § 86, stk. 1, vedligeholdelsestræning efter § 86, stk. 2 (11).

Kilde: Baseret på udtræk fra Ældredokumentationen.

Bilagstabel 1.26 Genoptræning. Betydende socioøkonomiske faktorer associeret med at modtage genoptræning (Logistisk regression, odds ratio^a): Danmark, 2018. Opgjort for borgere 80 år eller ældre og 79 år eller yngre.

	80 år eller ældre		79 år eller yngre	
	Modtog genoptræning (odds ratio)	P-værdi	Modtog genoptræning (odds ratio)	P-værdi
Alder pr. 1. januar	1,042***	(0,000)	1,089***	(0,000)
Køn (ref: Mand)				
Kvinde	1,049*	(0,028)	1,044*	(0,025)
Indkomst (ref: 1. kvartil)				
2. kvartil	1,235***	(0,000)	1,226***	(0,000)
3. kvartil	1,245***	(0,000)	1,132***	(0,000)
4. kvartil	1,238***	(0,000)	0,915*	(0,011)
Uddannelse (ref: Grundskole)				
Kort uddannelse	1,135***	(0,000)	0,991	(0,699)
KVU	1,153*	(0,033)	0,941	(0,331)
MVU	1,054	(0,142)	1,008	(0,808)
LVU eller forsker	1,113	(0,063)	0,887*	(0,023)
Udd. opl. mangler	0,712***	(0,000)	1,037	(0,552)
Husstandstype (ref: Enlig)				
Ægtepar eller par i øvrigt	0,866***	(0,000)	0,658***	(0,000)
Andet	1,011	(0,841)	0,859***	(0,000)
Civilstand (ref: øvrige (alle andre))				
Enke/enkemand det forgangne år	1,380***	(0,000)	1,401***	(0,000)
Ejerforhold (ref: Ejer)				
Lejer	1,395***	(0,000)	1,698***	(0,000)
Ukendt	1,889***	(0,000)	2,999***	(0,000)
Urbanisering (ref: Byområder i eller tæt på de største byer)				
Byområder længere væk fra de største byer	0,902***	(0,000)	0,832***	(0,000)
Landdistrikter tæt på de største byer	0,925*	(0,020)	0,946	(0,076)
Landdistrikter længere væk fra de største byer	0,774***	(0,000)	0,722***	(0,000)
Småøer	0,385*	(0,021)	0,473*	(0,026)
Etnicitet (ref: Danmark)				
Vestlige lande	1,060	(0,319)	0,843**	(0,009)
Ikke-vestlige lande	0,869	(0,184)	0,982	(0,811)
N	253.862		849.943	

Anm.: Signifikante resultater er markeret med * < 0,05, ** < 0,01 og *** < 0,001.

Note: a: Omfatter kommunal genoptræning efter § 86, stk. 1(11).

Kilde: Baseret på udtræk fra Ældredokumentationen.

Bilagstabel 1.27 Vedligeholdstræning . Betydende socioøkonomiske faktorer associeret med at modtage vedligeholdstræning (Logistisk regression, odds ratio^a): Danmark, 2018. Opgjort for borgere 80 år eller ældre og 79 år eller yngre.

	80 år eller ældre		79 år eller yngre	
	Modtog vedligeholdstræning (odds ratio)	P-værdi	Modtog vedligeholdstræning (odds ratio)	P-værdi
Alder pr. 1. januar	1,047***	(0,000)	1,097***	(0,000)
Køn (ref: Mand)				
Kvinde	1,020	(0,364)	0,941**	(0,005)
Indkomst (ref: 1. kvartil)				
2. kvartil	1,026	(0,269)	1,045	(0,100)
3. kvartil	0,981	(0,515)	0,900**	(0,001)
4. kvartil	0,871***	(0,001)	0,557***	(0,000)
Uddannelse (ref: Grundskole)				
Kort uddannelse	1,064**	(0,006)	0,906***	(0,000)
KVU	1,084	(0,252)	0,863*	(0,043)
MVU	1,090*	(0,018)	0,859***	(0,000)
LVU eller forsker	0,948	(0,418)	0,735***	(0,000)
Udd. opl. mangler	0,695***	(0,000)	0,931	(0,320)
Husstandstype (ref: Enlig)				
Ægtepar eller par i øvrigt	0,803***	(0,000)	0,616***	(0,000)
Andet	0,736***	(0,000)	0,582***	(0,000)
Civilstand (ref: øvrige (alle andre))				
Enke/enkemand det forgangne år	1,245***	(0,001)	1,409***	(0,000)
Ejerforhold (ref: Ejer)				
Lejer	1,457***	(0,000)	1,724***	(0,000)
Ukendt	2,099***	(0,000)	3,409***	(0,000)
Urbanisering (ref: Byområder i eller tæt på de største byer)				
Byområder længere væk fra de største byer	0,961	(0,128)	1,231***	(0,000)
Landdistrikter tæt på de største byer	1,009	(0,795)	1,173***	(0,000)
Landdistrikter længere væk fra de største byer	0,865***	(0,000)	1,134***	(0,000)
Småøer	1,018	(0,946)	0,989	(0,968)
Etnicitet (ref: Danmark)				
Vestlige lande	1,054	(0,379)	0,816**	(0,008)
Ikke-vestlige lande	0,580***	(0,000)	0,550***	(0,000)
N	253.862		849.943	

Anm.: Signifikante resultater er markeret med * < 0,05, ** < 0,01 og *** < 0,001.

Note: Omfatter kommunal vedligeholdstræning efter § 86, stk. 1(11).

Kilde: Baseret på udtræk fra Ældredokumentationen.

Bilagstabel 1.28 Lineær regression: De gennemsnitlige samlede omkostninger pr. person ved forbrug af sundheds- og hjemmeplejeydelser hos 65+-årige personer. Danmark. 2018 og 2012

	2018			2012		
	Samlede omkostninger	P-værdi	(95 % konfidensinterval)	Samlede omkostninger	P-værdi	(95 % konfidensinterval)
Alder (ref. 65-69)						
70-74	6.547***	(0,000)	[6.106,6.989]	7.459***	(0,000)	[6.937,7.982]
75-79	13.537***	(0,000)	[13.018,14.056]	17.056***	(0,000)	[16.413,17.700]
80-84	22.171***	(0,000)	[21.530,22.811]	27.558***	(0,000)	[26.761,28.356]
85-89	32.071***	(0,000)	[31.195,32.946]	40.412***	(0,000)	[39.350,41.474]
90-94	42.156***	(0,000)	[40.831,43.481]	54.403***	(0,000)	[52.489,56.316]
95-99	48.255***	(0,000)	[45.531,50.979]	66.147***	(0,000)	[61.850,70.444]
100+	54.060***	(0,000)	[44.711,63.410]	65.344***	(0,000)	[52.380,78.308]
Køn (ref: Mand)						
Kvinde	-6.792***	(0,000)	[-7.164,-6.421]	-6.207***	(0,000)	[-6.663,-5.750]
Indkomst (ref: 1. kvartil)						
2. kvartil	1.876***	(0,000)	[1.334,2.418]	2.727***	(0,000)	[2.062,3.391]
3. kvartil	-311	(0,285)	[-881,259]	1.437***	(0,000)	[755,2119]
4. kvartil	-2312	(0,000)	[-2.932,-1.694]	60	(0,875)	[-687, 807]
Uddannelse (ref: Grundskole)						
Kort uddannelse	-2.036***	(0,000)	[-2.474,-1.597]	-1.675***	(0,000)	[-2.192,-1.158]
KVU	-2.782***	(0,000)	[-3.892,-1.672]	-2.492***	(0,000)	[-3.894,-1.090]
MVU	-3.382***	(0,000)	[-3.955,-2.810]	-2587***	(0,000)	[-3.324,-1.850]
LVU eller forsker	-4.163***	(0,000)	[-5.030,-3.296]	-3.464***	(0,000)	[-4.641,-2.286]
Udd. opl. mangler	-2.046**	(0,002)	[-3.325,-767]	-67	(0,929)	[-1.534,1.401]
Husstandstype (ref: Enlig)						
Ægtepar eller par i øvrigt	-3.711***	(0,000)	[-4.131,-3.290]	-5.559***	(0,000)	[-6.079,-5.038]
Andet	-1.424***	(0,001)	[-2.261,-587]	-2.833***	(0,000)	[-3.921,-1.745]
Civilstand (ref: øvrige (alle andre))						
Enke/enkemand det forgangne år	-2.336**	(0,001)	[-3.768,-904]	-1.926*	(0,033)	[-3.695,-157]
Ejerforhold (ref: Ejer)						
Lejer	10.545***	(0,000)	[10.083,11.007]	14.182***	(0,000)	[13.626,14.737]
Ukendt	49.480***	(0,000)	[47.794,51.166]	33.153***	(0,000)	[30.763,35.543]
Urbanisering (ref: Byområder i eller tæt på de største byer)						
Byområder længere væk fra de største byer	-1.921***	(0,000)	[-2.426,-1.417]	-3.002***	(0,000)	[-3.629,-2.375]
Landdistrikter tæt på de største byer	-2.429***	(0,000)	[-3.001,-1.857]	-3.159***	(0,000)	[-3.841,-2.477]
Landdistrikter længere væk fra de største byer	-2.991***	(0,000)	[-3.504,-2.477]	-3.316***	(0,000)	[-3.948,-2.685]
Småøer	-8.155***	(0,000)	[-11.619,-4.691]	-4.020	(0,080)	[-8.519,478]
Etnicitet (ref: Danmark)						
Vestlige lande	-1.260*	(0,036)	[-2.440,-80]	-130	(0,858)	[-1.558,1.298]
Ikke-vestlige lande	-1.787*	(0,041)	[-3.500,-73]	-3.215**	(0,004)	[-5.416,-1.014]
Konstant	37.013***	(0,000)	[36.218,37.809]	37.664***	(0,000)	[36.726,38.602]
N	1.103.805			926.833		

Anm.: Signifikante resultater er markeret med * < 0,05, ** < 0,01 og *** < 0,001.

Kilde: Baseret på udtræk fra Landspatientregisteret, Lægemedelstatistikregisteret, Sygesikringsregisteret, Ældredokumentationen, en række socioøkonomiske variable fra Danmarks Statistik samt oplysninger om kommunernes urbaniseringsgrad, Ministeriet for Fødevarer, Landbrug og Fiskeri 2008 (5).

Bilagstabel 1.29 Logistisk regression, odds ratio: De gennemsnitlige samlede omkostninger pr. person ved forbrug af sundheds- og hjemmeplejeydelser hos 65+årige personer i Danmark, 2018 og 2012.

	2018		2012	
	Odds ratio	P-værdi	Odds ratio	P-værdi
Alder (ref. 65-69)				
70-74	1,330***	(0,000)	1,319***	(0,000)
75-79	1,693***	(0,000)	1,753***	(0,000)
80-84	2,220***	(0,000)	2,309***	(0,000)
85-89	2,822***	(0,000)	3,021***	(0,000)
90-94	3,509***	(0,000)	3,796***	(0,000)
95-99	3,868***	(0,000)	4,432***	(0,000)
100+	4,192***	(0,000)	3,984***	(0,000)
Køn (ref: Mand)				
Kvinde	0,770***	(0,000)	0,806***	(0,000)
Indkomst (ref: 1. kvartil)				
2. kvartil	1,023**	(0,007)	1,047***	(0,000)
3. kvartil	0,954***	(0,000)	1,002	(0,881)
4. kvartil	0,882***	(0,000)	0,925***	(0,000)
Uddannelse (ref: Grundskole)				
Kort uddannelse	0,927***	(0,000)	0,948***	(0,000)
KVU	0,887***	(0,000)	0,893***	(0,000)
MVU	0,880***	(0,000)	0,913***	(0,000)
LVU eller forsker	0,861***	(0,000)	0,920***	(0,000)
Udd. opl. mangler	0,921***	(0,000)	0,988	(0,546)
Husstandstype (ref: Enlig)				
Ægtepar eller par i øvrigt	0,833***	(0,000)	0,809***	(0,000)
Andet	0,938***	(0,000)	0,893***	(0,000)
Civilstand (ref: øvrige (alle andre))				
Enke/enkemand sidste år	1,008	(0,781)	0,995	(0,877)
Ejerforhold (ref: Ejer)				
Lejer	1,394***	(0,000)	1,467***	(0,000)
Ukendt	3,172***	(0,000)	2,037***	(0,000)
Urbanisering (ref: Byområder i eller tæt på de største byer)				
Byområder længere væk fra de største byer	0,915***	(0,000)	0,903***	(0,000)
Landdistrikter tæt på de største byer	0,904***	(0,000)	0,879***	(0,000)
Landdistrikter længere væk fra de største byer	0,884***	(0,000)	0,886***	(0,000)
Småøer	0,746**	(0,002)	0,885	(0,210)
Etnicitet (ref: Danmark)				
Vestlige lande	0,982	(0,400)	0,972	(0,227)
Ikke-vestlige lande	0,858***	(0,000)	0,836***	(0,000)
N	1.103.805		926.833	

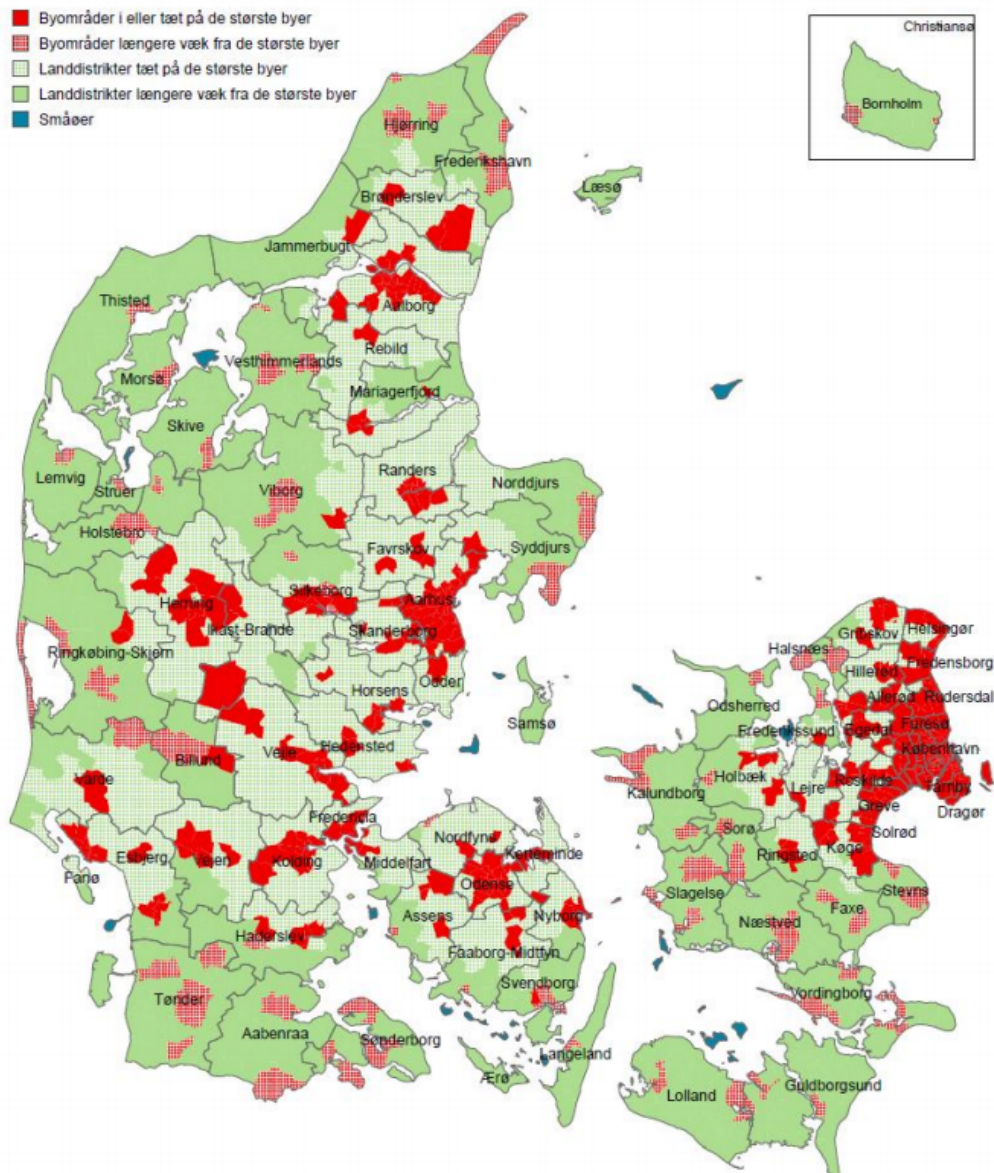
Anm.: Signifikante resultater er markeret med * < 0,05, ** < 0,01 og *** < 0,001.

Kilde: Baseret på udtræk fra Landspatientregisteret, Lægemedelstatistikregisteret, Sygesikringsregisteret, Ældredokumentationen, en række socioøkonomiske variable fra Danmarks Statistik samt oplysninger om kommunernes urbaniseringsgrad, Ministeriet for Fødevarer, Landbrug og Fiskeri 2008 (5).

Bilagstabel 1.30 De samlede gennemsnitlige omkostninger pr. person ved forbrug af sundheds- og hjemmeplejeydelser hos 65-100-årige personer fordelt på alder og ydelsestype i Danmark, 2012 og 2018. Kroner.

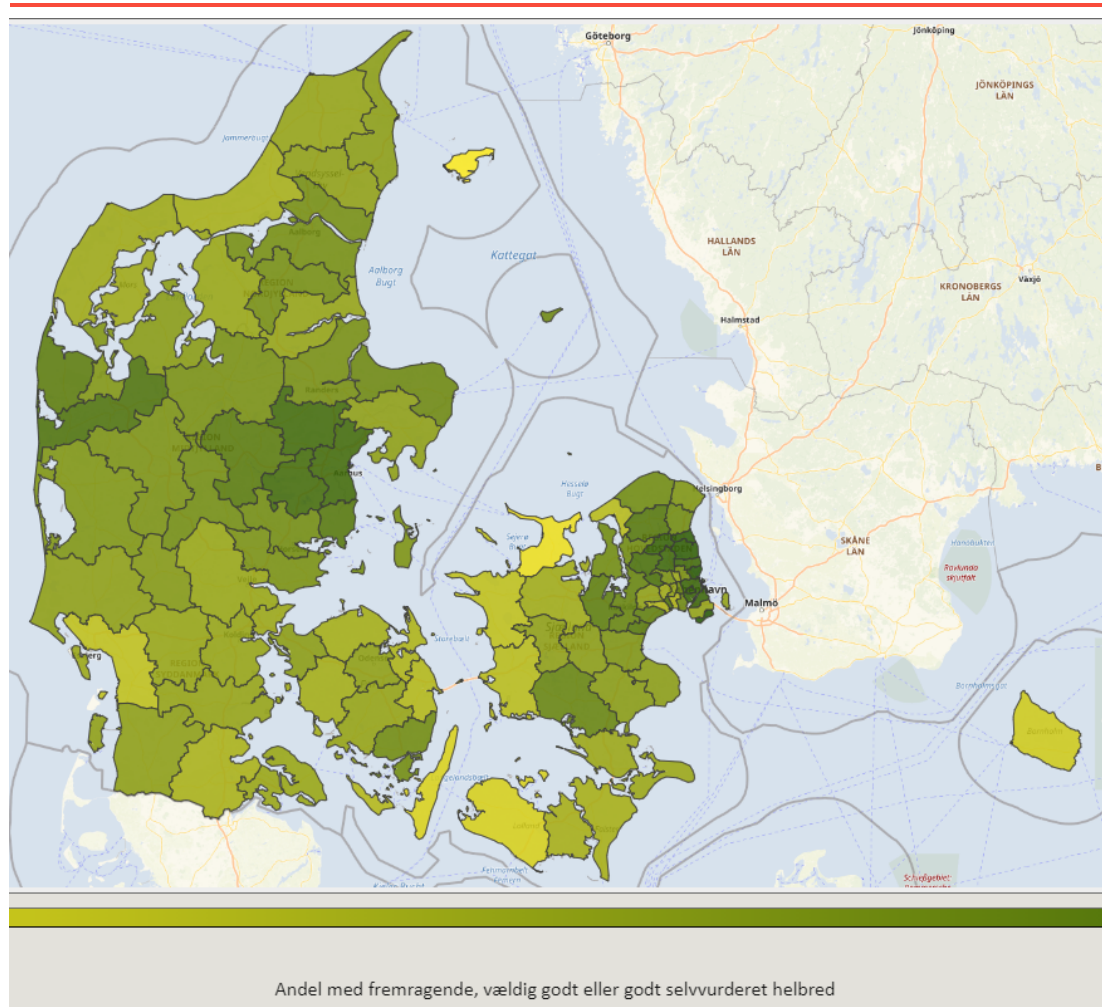
Alder (år)	År	Sygehus (indlagt – med.)	Sygehus (indlagt – kir.)	Sygehus (indlagt – andet)	Sygehus (amb.)	Medicin	Almen prak. læge	Andre sygesikringsydelser	Personlig pleje	Praktisk hjælp
65-69	2012	6.543	6.115	957	9.883	3.451	1.407	2.016	3.363	566
	2018	5.235	4.391	753	11.637	3.132	1.327	2.031	2.425	456
70-74	2012	8.659	7.669	1.091	11.322	4.141	1.726	2.214	5.666	983
	2018	6.727	5.479	888	13.546	3.738	1.571	2.297	3.945	697
75-79	2012	11.537	8.914	1.293	11.770	4.807	2.054	2.291	11.011	2.031
	2018	8.627	6.289	1.110	14.498	4.335	1.915	2.475	6.911	1.332
80-84	2012	13.932	8.919	1.250	10.522	5.160	2.267	2.157	21.008	4.055
	2018	11.238	6.541	1.262	13.507	4.774	2.288	2.402	13.560	2.721
85-89	2012	15.934	8.464	1.213	8.114	5.150	2.327	1.924	35.305	6.688
	2018	13.424	6.521	1.481	11.039	4.929	2.610	2.035	23.646	5.071
90-94	2012	16.828	7.430	1.109	5.327	4.830	2.231	1.580	53.505	9.117
	2018	13.927	5.971	1.547	7.313	4.756	2.780	1.612	37.463	7.721
95-99	2012	15.370	6.826	1.095	2.939	4.296	2.095	1.266	71.563	10.013
	2018	13.376	5.630	1.472	4.810	4.093	2.776	1.220	47.958	9.360

Bilagsfigur 1.1 Inddeling af sogne i urbaniseringsgrader.



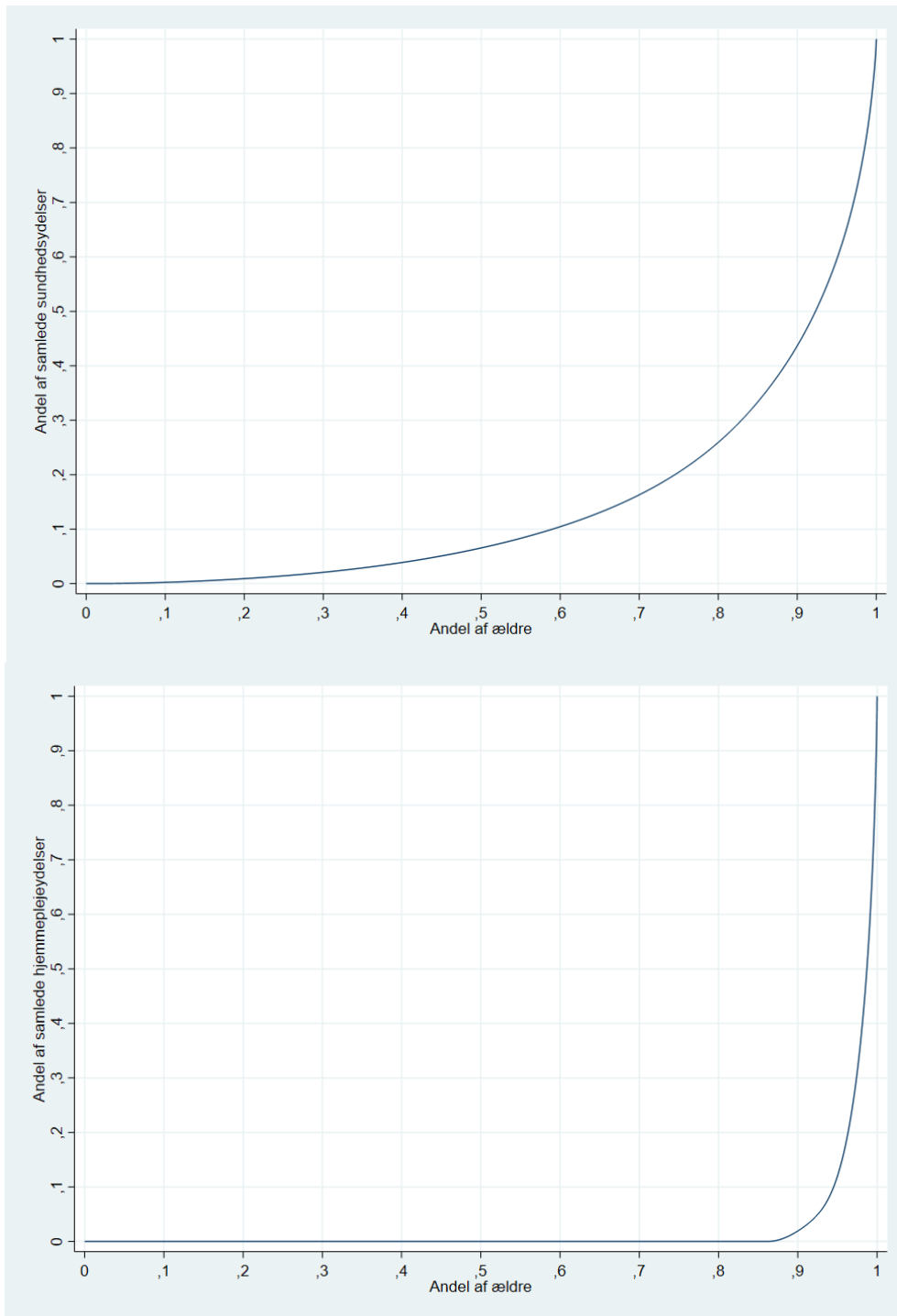
Kilde: Ministeriet for By, Bolig og Landdistrikters beregninger baseret på tal fra Danmarks Statistik, KRAKs Digitale Vejnet samt data fra Geodatastyrelsen (DAGI, januar 2013) (14).

Bilagsfigur 1.2 Andel med fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred. Lysere farver indikerer ringere selvvurderet helbred.



Kilde: <https://danskernessundhed.dk/> data baseret på sundhedsprofilen 2017.

Bilagsfigur 1.3 Lorenz-kurve, der viser, hvor stor en andel af hhv. sundhedskostninger og hjemmeplejekostninger, som en given andel af de 65+-årige kan tilskrives. Danmark, 2018.



Anm.: De 10 % af de ældre, der har det højeste forbrug af sundhedsydelse, kan tilskrives 56 % af de samlede sundhedsydelse.
De 10 % af de ældre, der har det højeste forbrug af hjemmeplejeydelse, kan tilskrives 98 % af de samlede hjemmeplejeydelse.

VIDEN
VELFÆRD

DET NATIONALE FORSKNINGS-
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD