

Dødsfald blandt ældre – hvor mange ældre ender med at dø på sygehuset?

November 2024



Indenrigs- og
Sundhedsministeriets

BENCHMARKINGENHED

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

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

Indhold

1 Ledelsesresumé	3
2 Indledning.....	8
3 Metode	10
3.1 Population og hovedindikator	10
3.2 Data og afgrænsning.....	11
3.3 Begreber og definitioner	11
4 Resultater på landsplan.....	12
4.1 Fokus på dødsfald på sygehuse	15
5 Geografiske forskelle og mønstre på tværs	24

1 Ledelsesresumé

I denne analyse har vi fokus på, hvor ældre dør henne (fx sygehus, eget hjem m.m.) og særligt, hvor stor en andel af de ældre, der ender med at dø på sygehuset. I disse år er der meget fokus på, hvad en værdig død er, og hvor man ønsker, den finder sted. Meget få af os ønsker at dø på sygehuset¹. De fleste ønsker at dø hjemme i kendte og trygge rammer. Men det er stadig omkring hver tredje ældre, der ender med at dø på sygehuset.

Ældre er i analysen afgrænset til personer der er 80+ år i starten af det år, de dør. Denne afgrænsning benyttes, fordi vi ønsker at se på den gruppe, der er i den allersidste del af livet, hvor døden kommer tættere på, og samtalen omkring, hvordan man ønsker afskeden med livet skal foregå, bliver mere og mere relevant.

Formålet med analysen er at give viden om, hvor ældre dør henne, og særligt i hvor høj grad de ender med at dø på sygehuset, samt sætte fokus på hvor stor variationen er på tværs af regioner, kommuner og sundhedsklynger. Tanken er, at denne viden kan bruges i den tværsektorielle dialog omkring potentialet for at give flere ældre mulighed for at dø i hjemlige rammer. I analysen er der også fokus på, hvad der kendetegner den sidste sygehuskontakt for dem, der ender med at dø på sygehuset, samt mønstre og sammenhænge i forhold til hvor stor en andel, der ender med at dø på sygehuset sammenholdt med faktorer som antallet af sygeplejersker og SOSU-personale ansat i den enkelte kommune, afstanden til nærmeste akutsygehus m.m.

Analysen er en del af et tema omkring ældres sidste tid.

Udover denne analyse vil vi i en senere analyse se på, hvilke sundheds- og plejeindsatser ældre modtager i den sidste tid inden død.

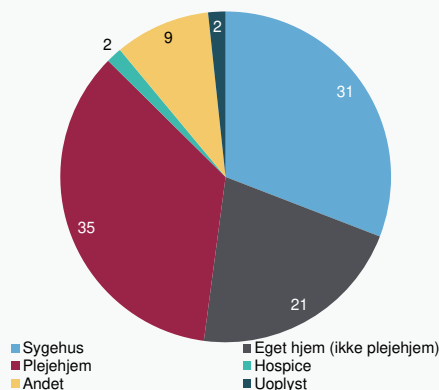
Næsten hver tredje ældre ender med at dø på sygehuset.

31 pct. af de ældre tager afsked med livet på sygehuset, jf. figur 1.1. Andelen er særlig høj i de yngste aldersgrupper blandt de 80+ årige: 39 pct. af dødsfald blandt 80-årige foregår på sygehuset, mens det er 12 pct. for de 100+ årige, jf. figur 1.2.

¹ "Danskernes holdning til at tale om sin egen og sine næres sidste tid og død", Ældre Sagen (2018)

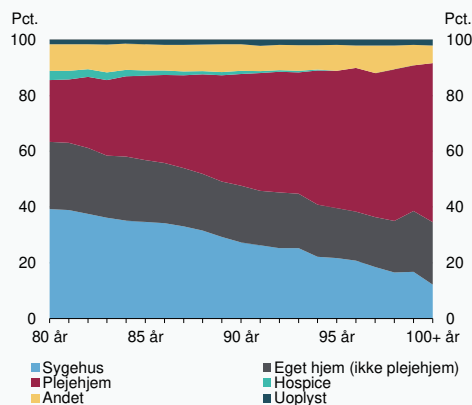
Figur 1.1

Dødsfald blandt 80+ årige fordelt efter dødssted (pct.), 2018-2022



Figur 1.2

Dødsfald blandt 80+ årige fordelt på dødssted og aldersgrupper, 2018-2022



Anm.: I Bilag 7: Metode kan du tilgå afgrænsningen af de enkelte dødssteder.
Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Udover at de yngste aldersgrupper blandt de 80+ årige i højere grad ender med at dø på sygehuset, så er der også flere mænd end kvinder, der dør på sygehuset. For mænd er det næsten 36 pct. af de ældre, der dør på sygehuset, mens andelen er 27 pct. blandt kvinder². Når der ses på tværs af kommuner, regioner og sundhedsklynger, er andelen der dør på sygehuset derfor også alders- og kønsstandardiseret for at tage højde for eventuelle alders- og kønsforskelle i gruppen af ældre på tværs af landet.

Der er forskel på, hvor den ældre dør på tværs af dødsårsag og sygelighed.

Det er ikke kun på tværs af alder, at andelen der dør på sygehuset, varierer. Hvorvidt den ældre ender med at dø på sygehuset kommer også an på, hvad den ældre dør af. Over halvdelen (52 pct.) af ældre der dør af *sygdomme i åndedrætsorganer* (fx KOL) ender med at dø på sygehuset, mens det kun er 5 pct. og 4 pct. af de ældre, hvor dødsårsagen er henholdsvis *demens inkl. Alzheimers* og *alderdomssvækkelse*. Analysen viser desuden, at omkring hver fjerde af de ældre, der dør af *kræft*, dør på sygehuset.

Det kan være forskelligt, i hvor høj grad den ældre har behov for specialiseret behandling på sygehuset i den sidste tid på tværs af, hvad den ældre dør af og med. Og vi ser da også, at ældre, der lider af en høj grad af alvorlig sygdom (høj komorbiditet³) i starten af det år, de ender med at dø, i højere grad ender med at dø på sygehuset, sammenlignet med ældre der er mindre syge.

Modtagere af kommunal hjemmesygepleje og plejehjemsbeboere dør sjældnere på sygehuset.

Langt færre af de ældre, der modtager hjemmesygepleje og/eller bor på plejehjem i tiden op til deres død, ender med at dø på sygehuset, end blandt ældre generelt⁴. Henholdsvis 16 pct. og 14 pct. dør på sygehuset blandt disse ældre – mod 31 pct. blandt alle ældre. Og det er værd at bemærke at fx for dødsårsagen *sygdomme i åndedrætsorganer*, hvor det blandt alle ældre er over halvdelen, der dør på sygehuset, der er det kun omkring hver tredje af de, der modtager hjemme-

² Dette resultat gælder også, når der tages højde for, at mænd ofte dør tidligere end kvinder.

³ En værdi på 3 eller højere på Charlsons komorbiditetsindeks

⁴ Vi har i en baggrundsanalyse set på, om andelen ændrer sig, hvis vi standardiserer for alder og køn. Konklusionen ændres ikke af denne øvelse.

sygepleje og/eller bor på plejehjem, der ender med at dø på sygehuset. Vi finder dog ikke den samme tendens for modtagere af hjemmepleje.

For ældre, der dør på sygehuset, er den sidste tid ofte en lang akut medicinsk indlæggelse

For de 31 pct. af ældre, der ender med at dø på sygehuset, er den sidste tid generelt en akut opstået, relativ lang indlæggelse på et medicinsk sygehusspecialt. Konkret viser analysen, at 97 pct. af de sygehusophold blandt ældre, der munder ud i død, starter akut. Sygehusopholdene er ofte relativt lange: I næsten 9 ud af 10 tilfælde er der tale om en decideret indlæggelse (sygehusophold af mere end 12 timers varighed), og hver tredje sygehusophold varer over en uge. Der er altså tale om nogle lange sygehusophold sammenlignet med aktiviteten generelt i sundhedsvæsenet⁵. Ser man på, hvilke sygehusspecialer den ældre er indlagt på ved død, er det i høj grad de medicinske specialer, der fylder: 26 pct. af ældre, der dør på sygehuset, har ophold på specialt *intern medicin* ved død. 10 pct. på *kardiologi* og 9 pct. på specialt *lungesygdomme*.

Hvert femte sygehusophold, der ender med død, er et sygehusophold med udvalgte diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv.

Det er ikke enkelt at identificere de sygehusophold, der ender med, at den ældre dør på sygehuset, hvor det havde været mere hensigtsmæssigt, at den ældre modtog behandling i hjemmet, således at den ældre kunne dø hjemme. Der er dog diagnoser, hvor man nogen gange kan diskutere, hvorvidt et sygehusophold er hensigtsmæssigt for den ældre, der ikke ønsker at dø på sygehuset.

Nogle af de tilstande, hvor det kan være relevant med denne type overvejelser, er tilstande som fx lungebetændelse, blærebetændelse og dehydrering. Det er eksempler på diagnoser, der kan optræde hos det ældre, skrøbelige menneske i den allersidste tid. Disse typer af diagnoser er i nogen grad sammenfaldende med de diagnoser, der ligger til grund for de såkaldt forebyggelige sygehusophold (se også Bilag 7: Metode). Vi har derfor valgt at se på denne gruppe af sygehusophold, og hvor meget de fylder blandt de sygehusophold, der ender med, at de ældre dør på sygehuset. Vi har dog i analysen kaldt denne type sygehusophold for *sygehusophold med udvalgte diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv.*⁶ Det skal dog understreges, at det selvfølgelig ikke er meningen, at vi med denne analyse vil sige, at et ældre, skrøbeligt menneske aldrig skal på sygehuset med denne type diagnoser. Derimod skal det ses som et udgangspunkt for diskussion af potentialet for at modtage behandling i hjemmet i stedet for indlæggelse på sygehuset i den allersidste del af livet, når vi nu ved, at disse mennesker endte med at tilbringe deres sidste tid på sygehuset.

Analysen viser, at knap hver femte sygehusophold (18 pct.) blandt ældre, der afsluttes med den ældres død, er med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. 75 pct. af disse sygehusophold er med diagnosen *lungebetændelse m.m.* og 16 pct. er med diagnosen *dehydrering*. Det er især blandt dødsfald med dødsårsagerne⁷ *demens inkl. Alzheimers* og *sygdomme i åndedrætsorganer* (fx KOL og influenza), at en stor del af dødsfaldene på sygehuset sker ved et sygehusophold med udvalgte diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. Der er generelt ikke særlig mange af dødsfaldene med *demens inkl. Alzheimers*, der sker på sygehuset, men over halvdelen af dødsfaldene med dødsårsagen *sygdomme i åndedrætsorganer* finder sted på sygehuset. Det kan derfor

⁵ I 2022 var det i det somatiske sygehusvæsen generelt kun omkring 3,3 pct. af alle sygehusophold, der varede over 48 timer.

⁶ Vi har dog valgt ikke at medtage diagnosen *knoglebrud*. Hvis uheldet er ude og et ældre menneske oplever et knoglebrud, vil det være nødvendigt med behandling på sygehuset. Og da knoglebrud i tidligere opgørelser af de forebyggelige sygehusophold ofte fylder en del, har vi derfor valgt at se bort fra denne diagnose. Læs mere om afgrænsning af de udvalgte diagnoser i kapitel 4, samt Bilag 7: Metode.

⁷ Dødsårsag og diagnose er ikke nødvendigvis det samme. Dødsårsagen er den tilgrundsliggende årsag til, at den ældre dør, mens diagnosen er den aktionsdiagnose, der er tilknyttet sygehusopholdet for de ældre, der ender med at dø på sygehuset.

være relevant i særlig grad at diskutere, om og hvordan mulighederne for at dø hjemme kan øges for ældre, der dør af disse sygdomme.

Mere end hver tredje ældre i Region Hovedstaden og Region Sjælland ender med at dø på sygehuset, mens det er under hver fjerde i Region Midtjylland

På tværs af landet, er der forskel i, hvor stor en andel af de ældre, der ender med at dø på sygehuset. I Region Midtjylland er den alders- og kønsstandardiserede andel af ældre, der dør på sygehuset 24 pct., mens den i Region Sjælland og Region Hovedstaden er 35 pct. I tabel 1.1 kan man se hvor meget andelen af ældre, der dør på sygehuset, varierer på tværs af henholdsvis regioner, sundhedsklynger og kommuner.

Tabel 1.1

Den alders- og kønsstandardiserede andel af 80+ årige, der dør på sygehuset (2018-2022)

	Region¹	Sundhedsklynge²	Kommune³
	----- Pct. -----		
Flest ældre dør på sygehuset	35	44	44
Færrest ældre dør på sygehuset	24	22	19

Anm.: 1) Region med henholdsvis flest og færrest af de 80+ årige, der dør på sygehuset. 2) Sundhedsklyngen med henholdsvis flest og færrest af de 80+ årige, der dør på sygehuset. 3) Kommunen med henholdsvis flest og færrest af de 80+ årige, der dør på sygehuset.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Variationen er endnu større på sundhedsklynge- og kommuneniveau. På tværs af kommunerne varierer det fra, at det i Lemvig Kommune var knap hver femte ældre (19 pct.), der døde på sygehuset i 2018-2022, til at det i Bornholms Kommune var næsten halvdelen (44 pct.).

Selvom der er taget højde for forskelle i køn og alder på tværs, kan der være andre ting på spil, der kan være med til at forklare forskellene mellem kommunerne. Der er en signifikant, men mindre tendens til, at ældre som bor i mere socioøkonomisk udfordrede kommuner, oftere dør på sygehuset, sammenlignet med ældre fra andre kommuner. Tendensen er som nævnt lille og kan langt fra forklare forskellene på tværs af landet.

Tidligere så vi dog, at der er stor forskel på, hvor mange der ender med at dø på sygehuset på tværs af dødsårsagerne, og det kan muligvis være med til at forklare nogle af forskellene mellem kommunerne – i det tilfælde, at der er forskel mellem kommunerne i forhold til, hvad de ældre døde af i den observerede periode. Men selv når vi ser på, i hvor høj grad de ældre dør på sygehuset på tværs af tre af de mest hyppige dødsårsager (*kræft, hjertesygdomme og sygdomme i åndedrætsorganerne*), tegner der sig det samme billede som for alle dødsfald samlet: I kommunerne i Region Midtjylland er det generelt en lille andel af de ældre, der ender med at dø på sygehuset, sammenlignet med kommunerne i de andre regioner – og særligt i Region Sjælland og Region Hovedstaden.

Ser vi nærmere på de sygehusophold, hvor den ældre ender med at dø på sygehuset, er der stor variation på tværs af regioner, kommuner og sundhedsklynger i forhold til, hvor stor en andel af de sidste sygehusophold, der er med udvalgte diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. Eksempelvis varierer andelen fra 14 pct. i Region Nordjylland til 22 pct. i Region Sjælland. Vi finder da også, at i kommuner, hvor en relativ stor del af de ældre, dør på sygehuset, der er der også en

tendens til, at en relativ stor andel af de sidste sygehusophold er med udvalgte diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv.

I bilag 1-6 kan du finde analysens centrale nøgletal på regions-, kommune- og sundhedsklyngeni-
veau.

I kommuner med langt til sygehuset og mange sygeplejersker dør færre ældre på sygehuset

Til sidst har vi set på, om der på kommuneniveau er sammenhæng mellem den andel af ældre der dør på sygehuset⁸ og udvalgte faktorer opgjort på kommuneniveau. Der er vigtigt at understrege, at der er tale om simple sammenhængsanalyser, som ikke siger noget om kausalitet eller effekt, men kun om mønstre på tværs.

Der er en signifikant tendens til, at i de kommuner, hvor der er relativt mange sygeplejersker ansat, ender færre af de ældre med at dø på sygehuset. Vi finder ikke den samme tendens i forhold til SOSU-personalet. Derudover er der en signifikant tendens til, at i de kommuner, hvor man varetager relativt mange specialiserede sygeplejeindsatser, der er der også færre af de ældre, der dør på sygehuset⁹.

Vi ser også en signifikant tendens til, at ældre der bor langt fra nærmeste akutsygehus i mindre grad dør på sygehuset, end ældre der bor tæt på nærmeste akutsygehus. Endelig er der en tendens til, at i de kommuner, hvor en stor del af de afdøde ældre boede på plejehjem, var der også færre ældre, der døde på sygehuset.

⁸ Andelene er alders- og kønsstandardiserede.

⁹ Her er det dog vigtigt at bemærke, at analysen af de mere specialiserede indsatser er baseret på aktivitetsdata for september 2021 alene. Da sammenhængen dog er rimelig stærk, er det alligevel medtaget i analysen.

2 Indledning

I Danmark er samtalen om, hvad en værdig død er, og hvor vi ønsker den finder sted, godt i gang^{10,11}. Langt de fleste af os ønsker ikke at dø på sygehuset, men at få mulighed for at dø hjemme i trygge rammer¹². Det vil ikke altid kunne lade sig gøre, men generelt er der i disse år en diskussion af, hvordan det vil være muligt for flere at dø hjemme i stedet for på sygehuset^{13,14,15}.

Det er i særlig grad en problemstilling, der er relevant i forhold til ældres død: Når døden i højere grad kommer på grund af den fremskredne alder og i mindre grad som følge af alvorlig sygdom hos et ellers friskt individ, så kan det være endnu mere relevant at se på, i hvor høj grad ældre ender med at dø på sygehuset i stedet for i kendte rammer i egen bopæl¹⁶. Derfor undersøger vi i denne analyse, hvor ældre dør, og særligt hvor stor en andel der dør på sygehuset. Derudover vises variationen på tværs af landet i forhold til, hvor stor en del af de ældre, der dør på sygehuset, og endelig ser vi nærmere på det sidste sygehusophold for de ældre, der dør på sygehuset. I boks 2.1 kan du læse, hvorfor der i analysen er særligt fokus på andelen, der dør på sygehuset.

Boks 2.1

Ældres død på sygehuset – en rammesætning

Vi har i denne analyse særligt fokus på hvor mange ældre, der dør på sygehuset. Dette fokus udspringer af, at det både ud fra den enkelte ældres perspektiv og ud fra et samfundsperspektiv ofte kan være mere hensigtsmæssigt, at man dør i hjemlige rammer frem for på sygehuset.

Fra et borgerperspektiv kan der med rimelighed argumenteres for, at ældre, der er tæt på livets afslutning, ikke skal bruge den sidste tid på sygehuset, men have mulighed for at dø i trygge rammer med familie og kendt plejepersonale omkring sig. Derudover viser analyser, at der er en risiko for, at den ældre i den sidste tid får unødvendig behandling, som muligvis kan forlænge livet men ikke forbedre livskvaliteten¹⁷.

Set fra et samfundsmæssigt perspektiv kan der også være en række prioriterings- og ressourcemæssige hensyn. I en tid hvor der er pres på det specialiserede sygehusvæsen, kan det således være mere hensigtsmæssigt, at ældre i den sidste tid modtager behandling og pleje i hjemmet. Det vil alt andet lige frigøre sygehuskapacitet.

Når en stor del af de ældre alligevel ender med at dø på sygehuset, så kan det hænge sammen med, at der dels er nogle situationer, hvor der er behov for en specialiseret indsats, som den ældre ikke kan modtage i eget hjem (fx hvis den ældre dør efter et akut hjertetilfælde vil behandlingen naturligt finde sted på sygehuset). Dels kan det skyldes, at den ældre har behov for fx en specialiseret palliationsindsats, hvor der kan være en tryghed for de pårørende i, at der er sundheds- og plejepersonale lettilgængeligt for den ældre, hvilket kan være med til at give en vis sikkerhed og kontinuitet i behandlingen og plejen af de døende ældre. Man kan dog anføre, at især forhold omkring sikkerhed og kontinuitet i den sidste tid også ved planlægning og samarbejde mellem sektorerne vil kunne varetages med fx et set up i det nære sundhedsvæsen, så de omtalte behov adresseres og imødekommes uden for sygehuset.

Udgangspunktet for analysen er, at det er relevant at belyse omfanget og variationen i ældre der dør på sygehuset frem for på egen bopæl, fordi det ofte kan være at foretrække at dø hjemme både for den enkelte borger og for samfundet. Det betyder dog ikke, at ingen ældre bør dø på sygehuset. Det er uden for denne analyses genstandsfelt at vurdere præcis, hvor stor en andel af de ældre borgere, der optimalt set bør dø hhv. på sygehuset og i eget hjem, men analysen bidrager med viden, der kan indgå i den videre dialog herom.

Kilder: "Danskernes holdning til at tale om sin egen og sine næres sidste tid og død", Ældre Sagen (2018). "Non-beneficial treat-

¹⁰ "Overlæge: Hvorfor må man ikke dø mere?", Altinget (2022).

¹¹ "Har du spurgt, hvor din patient helst vil dø?", Dagens Medicin (2022)

¹² "Danskernes holdning til at tale om sin egen og sine næres sidste tid og død", Ældre Sagen (2018)

¹³ "Mange dør en stressest og uværdig død på sygehuset - men sådan behøver det ikke være", TV2 Øst (2023)

¹⁴ "Danske Regioner: Flere skal have mulighed for at dø i trygge omgivelser derhjemme", www.regioner.dk (2024)

¹⁵ "Bliv klar til samtalen", Dansk Selskab for Patientsikkerhed m.fl. (2024)

¹⁶ "Egen bopæl" er i analysen en samlede betegnelse for både *eget hjem* og *plejehjem*.

¹⁷ "Non-beneficial treatments in hospital at the end of life: a systematic review on extent of the problem", Cardona-Morrell, M et al., International Journal for Quality in Health Care (2016)

ments in hospital at the end of life: a systematic review on extent of the problem", Cardona-Morrell, M et al., International Journal for Quality in Health Care (2016). "Bliv klar til samtalen", Dansk Selskab for Patientsikkerhed m.fl. (2024). "Ekspert: Overbehandling er et kæmpestort problem og bør mindskes", Sundhedspolitisk Tidsskrift (2024)

Samlet set er formålet med analysen at bidrage med viden om, hvor ældre dør, hvilket kan danne baggrund for en tværsektoriel dialog om de ældres sidste tid, herunder om mulighederne for at de ældre kan dø i hjemlige rammer i stedet for på sygehuset.

I bilagene er analysens centrale nøgletal opgjort på regions-, kommune- og sundhedsklyngeniveau, hvilket kan være med til at kvalificere denne dialog. Fx kan man for den enkelte kommune se, hvor stor en andel af de ældre, der bor på plejehjem eller modtager hjemmesygepleje eller hjemmepleje, der ender med at dø på sygehuset. Ligesom vi også har opgørelser i bilagene, der giver viden om de sidste sygehusophold, fx hvor stor en andel af sygehusopholdene, hvor den ældre ender med at dø på sygehuset der er med udvalgte diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. i hver kommune, region og sundhedsklynge m.m.

Analysen er en del af et tema, hvor der i to analyser ses nærmere på ældres sidste tid. I denne analyse er der som sagt fokus på, hvor ældre dør henne, og hvor stor en andel, der ender med at dø på sygehuset. I den kommende analyse kommer vi til at se nærmere på ældres sidste tid frem til død i et behandlings- og plejemæssigt perspektiv: Her vil det fx blive undersøgt, hvilke indsatser de ældre modtager i den sidste tid både i regi af primær- og sekundærsektoren, og særligt er der fokus på, hvorvidt den ældre hyppigt er på sygehuset i den sidste tid. Denne analyse offentliggøres i 2025.

Læsevejledning

I *kapitel 3* redegøres for populationen, samt de vigtigste afgrænsninger og definitioner.

I *kapitel 4* ser vi på, hvor ældre dør henne på landsplan. Her er der særligt fokus på andelen, der dør på sygehuset, både overordnet set, men også på tværs af alder, køn, civilstand, dødsårsager m.m. Endelig er der i denne del kigget nærmere på det sidste sygehusophold, for de ældre, der ender med at dø på sygehuset.

I *kapitel 5* vises variationen i andelen af ældre, der dør på sygehuset på tværs af regioner, kommuner og sundhedsklynger. Her er der også fokus på sammenhænge til forskellige faktorer opgjort på kommunalt niveau fx antallet af sygeplejersker, der er ansat i den enkelte kommune, afstand til sygehuset osv.

I bilag 1-6 kan du desuden finde de vigtigste resultater på regions-, kommune- og sundhedsklynge-niveau.

3 Metode

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

3.1 Population og hovedindikator

I denne analyse har vi fokus på dødsfald blandt ældre. Vores formål med analysen er som beskrevet i indledningen at give viden om, hvor de ældre dør henne, samt hvor meget det varierer på tværs af landet. I rapporten er der særligt fokus på, hvor stor en andel, der dør på sygehuset. Derfor er hovedindikatoren i rapporten *andelen af ældre, der døde på sygehuset*. Andelen opgøres som:

$$\text{Andel} = \frac{\text{Afdøde 80 + årige, der døde på sygehus}}{\text{Afdøde 80 + årige}} * 100$$

Analyseperiode

I analysen er fokus på dødsfald blandt ældre samlet over de fem år 2018-2022. Helt konkret betyder det, at andelen af ældre, der dør på sygehuset, beregnes som summen af ældre, der dør på sygehuset i perioden 2018-2022, delt med summen af alle ældre, der døde i de fem år.

Ved at samle data fra flere år bliver andelen i hver enkelt kommune/sundhedsklynge/region baseret på langt flere dødsfald blandt ældre, hvormed det enkelte dødsfalds betydning reduceres. Formålet med at opgøre andelen samlet for fem år er altså at mindske risikoen for, at tilfældigheder, særlige omstændigheder eller få dødsfald påvirker den enkelte kommunes, regions og sundhedsklynges andel af ældre, der dør på sygehuset og dermed resultat på en uhensigtsmæssig måde. Udover at mindske usikkerheden i opgørelsen, når vi ser på hovedindikatoren på tværs af landet, så gør det også opgørelser indenfor karakteristika som dødsårsager, alder, køn m.m. mere robuste både på kommune-, regions- og sundhedsklyngeniiveau, men også på landsplan. Derudover kan der være særlige forhold i enkelte år, der dels kan påvirke antallet af dødsfald blandt ældre og dels kan påvirke, hvor de ældre ender med at dø henne. Eksempelvis kan en særlig hård influenzaepidemi påvirke både antallet af dødsfald, samt hvor de ældre ender med at dø henne. I denne periode (2018-2022) er COVID-19 et eksempel på en begivenhed, der kan have betydning for resultaterne særligt i årene 2020 og 2021.

Fordi praksis og resultater kan ændre sig fra år til år, kan det også være interessant for den enkelte kommune, region og sundhedsklynge at se sine egne resultater for de enkelte år, herunder det seneste år. Derfor kan man i bilag 4-6 både finde hver enkelt kommune, region og sundhedsklynges hovedresultater, samt landsplanresultatet på tværs af årene 2018-2022 og for hvert enkelt år i den periode, men vær opmærksom på at tallene for hvert år er opgjort for færre observationer.

Standardisering for alder og køn

Når vi i kapitel 5 sammenligner resultaterne på tværs af kommuner, regioner og sundhedsklynger, er resultaterne alders- og kønsstandardiserede. Når andelenes alders- og kønsstandardiseres, tages der højde for, at fordelingen af dødsfald blandt ældre i forhold til aldersgrupper og køn kan være forskellig fx på tværs af kommuner. Læs mere i Bilag 7: Metode om, hvordan vi gør det helt konkret i denne analyse.

3.2 Data og afgrænsning

Vi benytter i analysen data fra *Dødsårsagsregistret* for perioden 2018 til 2022. Sundhedsdatastyrelsen indsamler oplysninger om alle dødsfald i Danmark i Dødsårsagsregistret. Når en person dør i Danmark, foretager en læge ligsyn. Lægen udfylder en dødsattest, som rummer en række oplysninger om dødsfaldet. Disse oplysninger ender kort fortalt hos Sundhedsdatastyrelsen og danner basis for Dødsårsagsregistret¹⁸. Registret indeholder oplysninger om dødsårsag, dødssted m.m. I denne analyse benytter vi oplysninger fra registret til at opgøre, hvor den ældre dør henne (dødssted), samt hvad den tilgrundliggende årsag til den ældres død er (dødsårsag). I forhold til hvor den ældre dør henne, afviger vi i denne analyse på enkelte steder fra Sundhedsdatastyrelsens opgørelsesmetode på området, som dog ikke vurderes at have betydning for de overordnede konklusioner i forhold til, hvor stor en andel af ældre, der dør på sygehuset

Læs mere om data og afgrænsninger i Bilag 7: Metode.

3.3 Begreber og definitioner

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

Ældre: I denne analyse er populationen af ældre afgrænset til 80+ årige primo dødsåret¹⁹. Det gør vi, fordi vi ønsker at se på den gruppe, der er i den allersidste del af livet, hvor døden kommer tættere på, og samtalen omkring, hvordan man ønsker afskeden med livet skal foregå, bliver mere og mere relevant. I rapporten bruges "ældre" og "80+ årige" som synonymmer. Hvis det er en anden aldersgruppe, der er tale om, gør vi eksplicit opmærksom på det.

Dødssted: Dødssted dækker i analysen over det sted, den ældre afgik ved døden eller blev fundet efter at være afgået ved døden. Dødssted kan i denne sammenhæng være sygehus, plejehjem, eget hjem (ikke plejehjem), hospice, andet (andre kendte adresser samt ukendte adresser) eller uoplyst.

Egen bopæl: Egen bopæl er i analysen en samlende betegnelse for både *eget hjem* og *plejehjem*. Når der skelnes mellem de to ting, skriver vi det eksplicit.

Regioner, kommuner og sundhedsklynger: Kommune er i analysen lig bopælskommune. Tilsvarende refererer region og sundhedsklynge til henholdsvis bopælsregion og -sundhedsklynge.

Dødsårsag: Dødsårsagen er den tilgrundliggende dødsårsag, som er den lidelse eller hændelse, der starter det forløb af lidelser, der i sidste ende medfører døden. Dvs. dødsårsagen er ikke nødvendigvis den lidelse, der i sidste ende gør, at den ældre dør (fx lungebetændelse), men den bagvedliggende årsag (fx cancer eller hjertesygdom), der er afgørende for, at den ældre afgår ved døden. Det er lægen, der udfylder dødsattesten, der vurderer og registrerer, hvad dødsårsagen er²⁰.

¹⁸ www.sundhedsdatastyrelsen.dk, "Dødsårsagsregistret (DAR)"

¹⁹ Det betyder, at vi ser på den gruppe af personer, der dør i et givent år, som var fyldt minimum 80 år d.31.december året før.

²⁰ Se også <https://www.esundhed.dk/home/emner/hvad%20doer%20vi%20af/doedsaarsager#tabpanel7062DCC3DA3C4D3F8D6B5F1349A55269>

4 Resultater på landsplan

I dette kapitel ser vi på, hvor ældre (80+ årige) dør henne, hvad de dør af, og hvordan billedet ser ud på tværs af karakteristika som køn, alder, civilstand m.m.

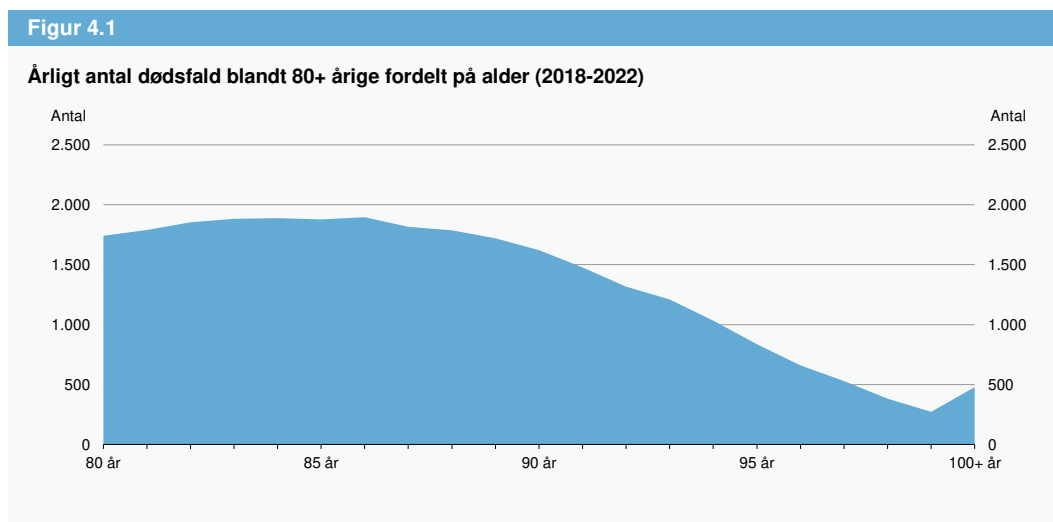
Vi ser på niveauet samlet for årene 2018-2022. Det gøres dels for at kunne lave nogle detaljerede, men robuste opgørelser indenfor forskellige grupper i populationen af ældre afgang ved døden og dels for at sikre sammenligneligheden med resultaterne i kapitel 5, hvor fokus er på variationen mellem regioner, kommuner og sundhedsklynger i andelen af ældre, der dør på sygehuset. Her vises resultaterne på kommune-, sundhedsklynge- og regionsniveau for perioden 2018-2022 samlet for at øge robustheden af resultaterne. I bilag 4-6 kan du som et supplement også se andelen af ældre, der døde på sygehuset for de enkelte år. Her skal du dog være opmærksom på, at disse resultater er baseret på færre observationer end i opgørelserne for de fem år samlet.

I den sidste del af kapitlet er der særligt fokus på, hvor stor en andel, der dør på sygehuset, og hvad der kendetegner denne sidste sygehuskontakt.

3 CENTRALE KONKLUSIONER FRA KAPITLET

- 31 pct. af ældre dør på sygehuset på landsplan. Tallet dækker over en stor variation på tværs af aldersgrupper, således at jo yngre aldersgruppe blandt de ældre, vi ser på, des større er andelen, der dør på sygehuset. Den største andel af dødsfaldene blandt ældre finder sted på plejehjemmene (35 pct.) Her gælder det omvendt, at jo ældre en aldersgruppe blandt de ældre, vi ser på, des flere dør på et plejehjem. Det tredje hyppigste dødssted blandt de ældre er eget hjem. Her dør 21 pct. Denne andel er til sammenligning med andelen, der dør på plejehjem og sygehus, nogenlunde stabil på tværs af aldersgrupper blandt de ældre.
- Næsten hver femte ældre dør af kræft, hvilket gør kræft til den hyppigste dødsårsag blandt ældre. Denne andel varierer dog også en del på tværs af aldersgrupper: Blandt de 80-årige er det 30 pct. der dør af kræft mod 5 pct. blandt de 100+ årige. Omvendt er det generelt sådan, at jo ældre en aldersgruppe vi ser på, jo større er andelen, der dør af demens inkl. Alzheimers, hjertesygdomme og alderdomssvækkelse. Der er stor forskel på tværs af dødsårsager i forhold til, hvor stor en andel af de ældre, der dør på sygehuset. Fx er det over halvdelen af de, der dør af sygdomme i åndedrætsorganerne (fx lungebetændelse, KOL og influenza), der dør på sygehuset mod 5 og 4 pct. af de, der dør af henholdsvis demens inkl. Alzheimers og alderdomssvækkelse.
- For de ældre, der dør på et sygehus, finder vi, at næsten alle de sidste sygehusophold er akutte, finder sted på medicinske afdelinger og af markant længere varighed end det gennemsnitlige sygehusophold. Godt 18 pct. af sygehusopholdene, der munder ud i død, er med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv., som vi i analysen zoomer ind på, som et udgangspunkt for dialog mellem region, kommune og den praktiserende læge om, hvornår det kan være særligt relevant at overveje, om behandling og pleje i den sidste tid alternativt kan varetages i hjemmet, således at det er muligt for den ældre at dø hjemme.

I perioden 2018-2022 døde der i gennemsnit godt 28.000 ældre om året. Det årlige antal dødsfald er højest blandt de 83- til 86-årige, jf. figur 4.1, og lavest for de ældste aldersgrupper. Dødeligheden (antal dødsfald pr. 1.000 personer) er højest, jo ældre aldersgruppen er, men fordi det langt fra er os alle, der når at blive meget gamle, så er det *absolutte antal dødsfald* langt højere i de yngre aldersgrupper over 80 år end blandt de allerældste.



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Hvor dør de ældre henne?

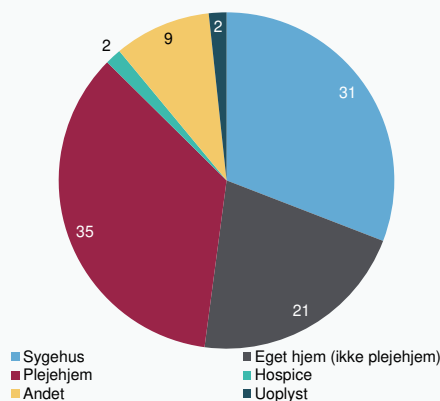
Er fokus på, hvor de ældre dør henne, ses det, at flest dør på plejehjem, men næsten lige så mange dør på sygehuset: 31 pct. dør på sygehuset, mens 35 pct. dør på plejehjemmet, jf. figur 4.2. Andelen varierer dog meget på tværs af aldersgrupper. Jo ældre den ældre er, når vedkommende dør, des mindre er sandsynligheden for at dø på sygehuset: Blandt de 80-årige er det 39 pct., der dør på sygehuset, mens andelen er 12 pct. blandt de 100+ årige, jf. figur 4.3. Omvendt stiger sandsynligheden for at dø på plejehjemmet med stigende alder: Blandt de 80-årige er det 22 pct., der dør på plejehjemmet, mens det er 57 pct. blandt de 100+ årige. Nedenfor ser vi på, hvad de ældre dør af, og der er det et noget forskelligt billede af, hvilke dødsårsager der fylder, på tværs af aldersgrupper. Det kan være med til at nuancere de forskelle i andelen, der dør på sygehuset for forskellige aldersgrupper.

Blandt de ældre ser vi, at 21 pct. dør i eget hjem. Denne andel er rimelig stabil på tværs af aldersgrupper og varierer "kun" mellem 18 og 24 pct. Andelen, der dør på hospice er relativt lille blandt de ældre (omkring 2 pct.), men højest blandt de yngste aldersgrupper, mens meget få dør på hospice i de allerældste aldersgrupper.

Omkring 9 pct. dør på dødssted Andet. Denne kategori indeholder "død på kendt adresse". Her vil der blandt andet indgå dødsfald på midlertidige pladser i kommunen. Andelen er relativt stabil på tværs af aldersgrupper, undtagen for de allerældste hvor andelen falder til omkring 6-7 pct.

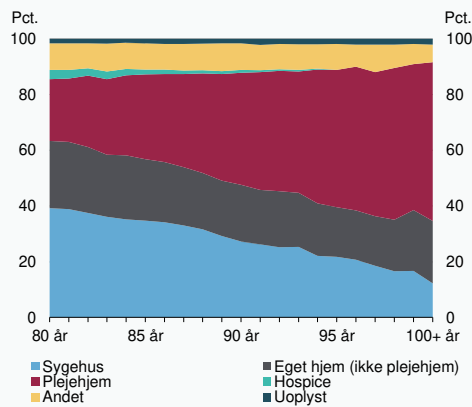
Figur 4.2

Dødsfald blandt 80+ årige fordelt efter dødssted (pct.), 2018-2022



Figur 4.3

Dødsfald blandt 80+ årige fordelt på dødssted og aldersgrupper, 2018-2022



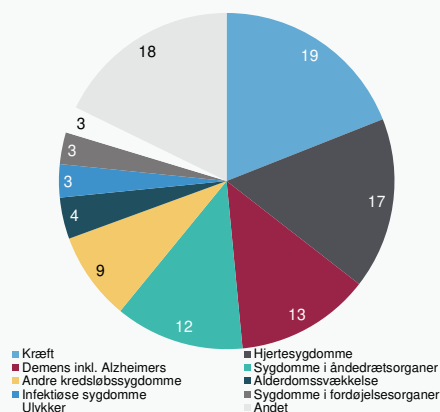
Anm.: I Bilag 7: Metode kan du tilgå afgrænsningen af dødssted.
Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Er der forskel på, hvor de ældre dør, alt efter dødsårsag?

Inden fokus rettes mod de ældre, der dør på sygehuset, kan det være relevant at se på, hvilke dødsårsager der fylder blandt ældre generelt, samt se på variationen i andelen der dør på sygehuset på tværs af dødsårsager. Den største dødsårsag blandt ældre er *kræft* (19 pct.), jf. figur 4.4. Her er der også store variationer på tværs af aldersgrupper. Blandt de 80-årige er det 30 pct. der dør af *kræft* mod 5 pct. blandt de 100+ årige, jf. figur 4.5. Den næststørste dødsårsag er *hjertesygdomme* (17 pct.) og derefter *demens inkl. Alzheimers* (13 pct.). For disse to dødsårsager, samt *aldersdomssvækkelse* er der en klar tendens til, at andelen er lavest blandt de yngste aldersgrupper og størst blandt de ældste (dog ikke i forhold til de allerældste aldersgrupper for *demens inkl. Alzheimers*).

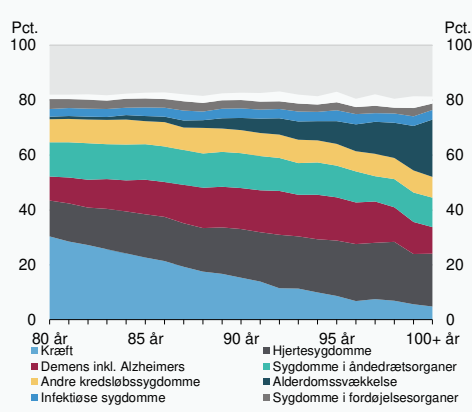
Figur 4.4

Dødsfald blandt 80+ årige fordelt efter dødsårsag (pct.), 2018-2022



Figur 4.5

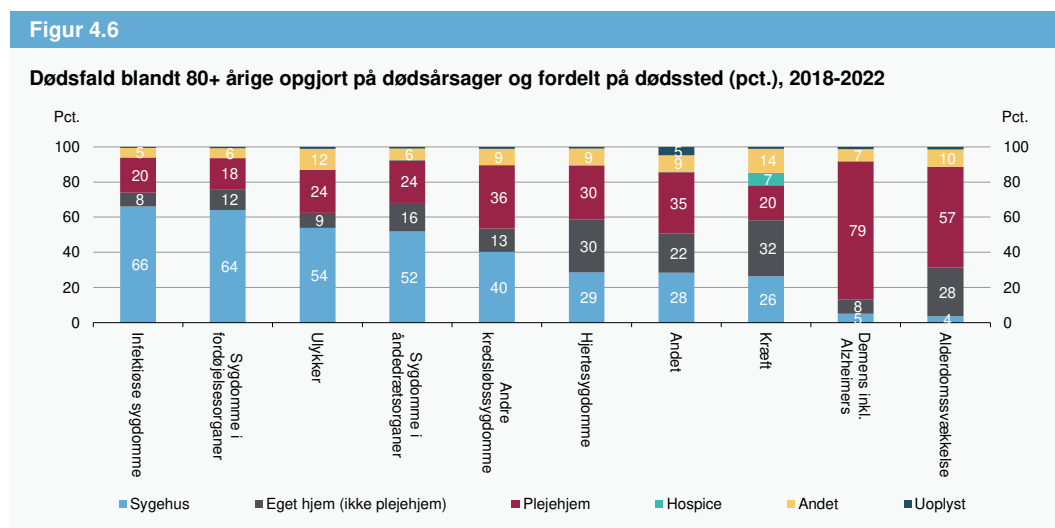
Dødsfald blandt 80+ årige fordelt på dødsårsag og aldersgrupper, 2018-2022



Anm.: I Bilag 7: Metode kan du tilgå afgrænsningen af dødsårsager.
Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

På tværs af de forskellige dødsårsager er der meget stor variation i forhold til, hvilket dødssted der er det hyppigste. Andelen, der dør på sygehuset blandt ældre, er størst for dødsårsagerne *infektiøse sygdomme* (fx virale og bakterielle sygdomme) (66 pct.), *sygdomme i fordøjelsesorganer* (fx

leversygdom) (64 pct.), *ulykker* (fx faldulykker) (54 pct.) og *sygdomme i åndedrætsorganer* (52 pct.), jf. figur 4.6. Andelen, der dør på sygehuset, er lavest blandt ældre, der dør af *demens inkl. Alzheimers* (5 pct.) og *alderdomssvækkelse* (4 pct.). For disse to grupper er det hyppigste dødssted plejehjem: Næsten 8 ud af 10, af de der dør med *demens inkl. Alzheimers*, dør på et plejehjem.



Anm.: I Bilag 7: Metode kan du tilgå afgrænsningen af de dødssted og dødsårsager.
 Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

I bilag 1-6 kan du se opgørelser på regions-, kommune- og sundhedsklyngeniveau for, hvor stor en andel af ældre, der dør på sygehuset, for udvalgte dødsårsager.

4.1 Fokus på dødsfald på sygehuse

I denne del af kapitlet er der et særligt fokus på dødsfald på sygehuset blandt ældre. Det er der for at blive klogere på de sygehusophold, hvor ældre ender med at dø på sygehuset: Hvad kommer de ældre på sygehuset med? Hvordan starter opholdet? Hvor lang tid varer det osv.? Det kan hjælpe os til at få en bedre forståelse af, hvad der kendetegner det sidste sygehusophold.

Helt overordnet er det som nævnt 31 pct. af de ældre, der dør på sygehuset. Men som det var tydeligt ovenfor, så varierer denne andel en del på tværs af dødsårsager. Og det kan også være forskelligt, hvor mange ældre, der dør på sygehuset, på tværs af forskellige karakteristika hos de ældre. Derfor vises andelen, der dør på sygehuset, på tværs af køn, civilstand, forskellige typer kommunale sundheds- og plejeindsatser osv. i tabel 4.1. Da andelen også kan variere på tværs af dødsårsager, vises både andelen der dør på sygehuset samlet set for alle dødsfald i gruppen og opdelt på de enkelte dødsårsager.

Nedenfor tabel 4.1 kommenterer vi på de overordnede resultater.

Tabel 4.1

Andelen af dødsfald blandt 80+ årige, der foregik på sygehuset, opgjort for de seks største dødsårsager i aldersgruppen, samt gruppen samlet (pct.), 2018-2022

	Kræft	Hjertesygdomme	Demens inkl. Alzheimers	Sygdomme i åndedrætsorganer	Andre kredsløbssygdomme	Aldersdomsvækkelse	Øvrige dødsårsager	Alle
Mand	28,5	33,1	7,9	55,8	45,6	5,5	43,9	35,8
Kvinde	24,1	24,8	3,8	48,6	36,4	3,0	36,0	27,1
Bor alene ¹	24,2	24,8	4,3	49,0	34,9	3,1	36,0	27,5
Samboende ¹	29,8	40,0	10,6	60,3	56,1	8,6	50,7	41,3
80-84 år	30,3	37,2	6,0	56,5	49,6	5,4	44,9	37,3
85-89 år	25,7	30,9	5,9	54,3	41,0	4,8	42,1	32,6
90-94 år	19,3	23,5	4,3	46,7	32,6	3,5	34,9	25,5
95+ år	13,6	15,4	3,0	40,0	24,2	2,5	26,6	18,4
Ingen komorbiditet ²	27,7	21,0	4,4	54,7	46,1	3,5	36,3	29,6
Let komorbiditet ²	25,7	25,7	4,0	49,3	34,9	2,9	35,9	27,0
Middelsvær komorbiditet ²	25,8	29,5	5,7	49,5	39,4	4,4	40,9	30,9
Svær komorbiditet ²	26,3	35,3	7,3	54,7	42,0	4,6	44,3	35,1
Terminaltilskud ³	13,9	6,3	0,7	13,8	4,5	-	8,4	9,7
Intet terminaltilskud ³	44,1	32,7	6,4	58,4	46,3	4,4	45,7	37,9
Har modtaget specialiseret palliativ behandling ⁴	22,3	28,2	25,6	41,3	42,3	-	39,4	25,3
Har IKKE modtaget specialiseret palliativ behandling ⁴	26,7	27,7	4,7	51,4	40,2	3,8	32,5	30,7
Plejhjemsbeboer	9,5	12,9	3,5	33,6	16,1	1,4	20,9	14,0
Modtager af Hjemmesygepleje ⁵	11,1	14,2	3,1	31,1	20,5	1,8	22,0	15,6
Modtager af Hjemmepleje ⁵	24,6	31,2	10,3	56,4	47,3	6,4	47,3	36,9
Alle	26,3	28,5	5,1	51,9	40,2	3,6	39,4	30,9

Anm.: 1) Vi benytter oplysninger fra Befolkningsregistret (BEF) til at identificere, hvorvidt den ældre er samboende med en partner eller ej. 2) Graden af komorbiditet (alvorlig sygdom) er opgjort på baggrund af Charlsons komorbiditetsindeks. CCI = 0 (ingen komorbiditet), CCI = 1 (let komorbiditet), CCI = 2 (middelsvær komorbiditet) og CCI = 3+ (svær komorbiditet). 3) Hvorvidt en borger modtager terminaltilskud eller ej er baseret på registrering i Lægemedelstatistikken (LMDB). Her er der en registrering af, hvorvidt patienten, der indløser recept på medicin er berettiget til terminaltilskud (100 pct. tilskud til lægeordineret medicin). Tilskuddet kan søges af en læge til en borger, der ønsker at tilbringe den sidste tid i eget hjem eller på hospice. 4) Andelen der har modtaget specialiseret palliativ behandling i aldersgruppen er opgjort pba. registreringer i LPR. Vi tager udgangspunkt i de 80+ årige, der døde fra 1.juni 2019 og frem til og med 31.december 2022. Hvis de indenfor de sidste tre måneder før død har modtaget behandling af eller på en specialiseret palliativ sygehusafdeling, så indgår de i opgørelsen i gruppen, der modtog specialiseret palliativ behandling. Hvis ikke, indgår de i gruppen, der ikke har modtaget specialiseret palliativ behandling. Se mere i Bilag 7: Metode. Vær dog opmærksom på, at andelen af ældre, der dør på sygehuset generelt at lidt lavere i denne delperiode (30,4 pct. mod 30,9 pct. for hele perioden), hvilket forklarer, hvorfor andelen der dør på sygehuset er mindre for både de, der modtager specialiseret palliativ behandling, og de der ikke gør, end for alle afdøde ældre i 2018-2022. 5) Andelen, der dør på sygehuset, for modtagere af hjemmesygepleje og hjemmepleje er beregnet pba. data for 2020-2022 for 77 kommuner. Det er de kommuner, hvor hjemmeplejedata og data for hjemmesygepleje er vurderet tilstrækkeligt komplet i de givne år. Den ældre indgår i beregningen som modtager af hjemmesygepleje, hvis personen indenfor de sidste 10 dage før død har modtaget en indsats i hjemmesygeplejen, mens den ældre indgår som modtager af hjemmepleje, hvis vedkommende har modtaget hjemmepleje i måneden for eller måneden før dødsfaldet.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Helt overordnet er der en tendens til, at det generelle billede (når vi ikke opdeler på dødsårsager), genfindes indenfor de forskellige dødsårsager. Fx er der generelt flere mænd (36 pct.) end kvinder (27 pct.) der dør på sygehuset²¹. Denne tendens går igen indenfor de forskellige dødsårsager.

Vi ser også at flere ældre, der er samlevende, dør på sygehuset (41 pct.), end ældre der bor alene (28 pct.)²². Man kan have en forventning om, at det kan være mere nødvendigt med hjælp og måske endda indlæggelse, når man er enlig, end når man er samboende med en anden. Resultatet er dog konsistent på tværs af dødsårsager. Der kan være en tendens til, at forskellen er størst blandt de dødsårsager, der optræder mere pludseligt. Fx er det 56 pct. af de ældre med en samlever, som dør af *andre kredsløbssygdomme* (fx hjerneblødning), der dør på sygehuset mod 35 pct. blandt de enlige. Modsat ser vi, at forskellen kun er 5-7 procent point ved dødsårsager som *kræft*, *demens inkl. Alzheimers* og *alderdomssvækkelse*. En del af forklaringen på dette kan muligvis være, at tilstedeværelsen af en samlever kan betyde, at når pludselige tilstande opstår, så er der en anden, der kan ringe efter hjælp, og derfor når den ældre oftere at komme på sygehuset inden død, end hvis vedkommende bor alene.

På tværs af alle dødsårsager er andelen, der dør på sygehuset højere for de laveste aldersgrupper af de ældre. Det kan fx hænge sammen med, at der er større sandsynlighed for, at man modtager indsatser i kommunen (og derfor undgår at komme på sygehuset), blandt de ældste ældre end blandt de yngste. Vi ser da også, at andelen af de ældre, der dør på sygehuset er relativt lav blandt plejehjemsboere og modtagere af hjemmesygepleje – henholdsvis 14 og 16 pct. Andelen af de ældre, der dør på sygehuset, er dog højere blandt de ældre, der modtager hjemmepleje, end blandt ældre generelt, så billedet er ikke entydigt.

Der er også forskel på, hvor stor en andel af de ældre, der dør på sygehuset på tværs af graden af sygelighed²³. Det generelle billede er, at andelen, der dør på sygehuset, er højest blandt personer med høj komorbiditet (høj grad af alvorlig sygdom). Det er dog sådan, at for gruppen uden eksisterende alvorlig sygdom (ingen komorbiditet) i starten af det år, hvor de dør, der er andelen, der dør på sygehuset næsten lige så høj som for ældre med en høj grad af komorbiditet. For diagnoserne *kræft* og *andre kredsløbssygdomme* er andelen, der dør på sygehuset blandt ældre uden eksisterende komorbiditet endda højere end i gruppen med høj komorbiditet. En bidragende årsag kan muligvis være, at disse grupper i mindre grad modtager indsatser andre steder, som fx i kommunen.

Vi har ved hjælp af oplysninger i Lægemedelstatistikken identificeret ældre, der modtog terminaltilskud, hvor der gives 100 pct. tilskud til lægeordineret medicin i den sidste tid. Terminaltilskud kan søges af en læge til en borger, som ønsker at tilbringe den sidste tid i eget hjem eller på et hospice²⁴. Det betyder, at det er muligt at identificere de patienter, hvor nogle pga. sygdommens karakter ofte kommer på sygehuset, men hvor vi har en formodning om, at de som udgangspunkt har valgt at tilbringe den sidste tid udenfor sygehuset. I denne gruppe finder vi, at omkring 9 pct. alligevel ender med at dø på sygehuset. Andelen er højest blandt personer med dødsårsagerne *sygdomme i åndedrætsorganer* (14 pct.) og *kræft* (14 pct.)²⁵.

²¹ Dette resultat gælder også, når der tages højde for, at mænd ofte dør tidligere end kvinder.

²² De overordnede konklusioner ændres ikke, når vi tager højde for forskel i alders- og kønsforskelle mellem enlige og samboende.

²³ I denne opgørelse operationaliseret ved Charlsons komorbiditetsindeks.

²⁴ Lægemedelstyrelsen <https://laegemiddelstyrelsen.dk/da/tilskud/individuelle-tilskud/terminaltilskud/>. Den ældre skal have indløst en recept på medicin og dermed benyttet sig af tilskuddet, for at vi kan identificere den ældre som tilhørende denne gruppe.

²⁵ Som bekrævet i Kapitel 3 og Bilag 7: Metode kan vi ikke identificere alle, der afgår ved døden på hospice. Og derfor er antallet, der dør på sygehuset, lidt højere generelt. Men da det især er patienter med kræft, der dør på hospice, kan det betyde, at problematikken især er relevant for andelen af ældre der dør af kræft. Afvigelsen er dog omkring 200-300 dødsfald årligt på tværs af befolkningens aldersgrupper, og da det i forvejen i højere grad

Opgørelsen viser også, at færre dør på sygehuset blandt dem, der indenfor de sidste tre måneder har modtaget specialiseret palliativ behandling²⁶ (25 pct.) end ældre, der ikke har (31 pct.), men billedet varierer noget på tværs af dødsårsager. Fx er det 51 pct. af dem, der ikke modtog specialiseret palliativ behandling, med dødsårsagen *sygdomme i åndedrætsorganer*, der endte med at dø på sygehuset mod 41 pct. blandt ældre, der modtog denne type behandling²⁷. Omvendt er det 26 pct. af de ældre der døde af *demens inkl. Alzheimers* og modtog specialiseret palliativ behandling, der døde på sygehuset, mod 5 pct. blandt de, der ikke modtog specialiseret palliativ behandling. Her skal det dog nævnes, at det var relativt få med dødsårsagen *demens inkl. Alzheimers*, der modtog specialiseret palliativ behandling.

Sygehusopholdet knyttet til dødsfald på sygehus

Når fokus er på den gruppe, der dør på sygehuset (31 pct. af de ældre), og hvad der karakteriserer det sidste sygehusophold, så er én af de ting, der er værd at bide mærke i, at tæt på alle sygehusophold er akutte (97 pct.), jf. figur 4.7, og at der generelt er tale om nogle relativt lange sygehusophold, fx varer hvert tredje sygehusophold over en uge. jf. figur 4.8.

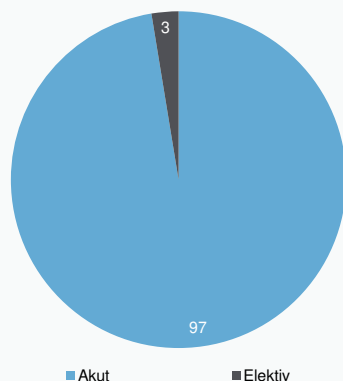
den yngre del af befolkningen end de 80+ årige, der afgår ved døden på hospice, vurderes afvigelsen ikke at have afgørende betydning for resultaterne og derved konklusionerne.

²⁶ Den specialiserede palliative indsats udføres af personale, der har palliativ indsats som hovedbeskæftigelse, og denne aktivitet sker på hospicer, i palliative teams og palliative enheder (på sygehuset), mens den basale palliative indsats foregår i primærsektoren og på 'ikke-palliative' hospitalsafdelinger. "Dansk Palliativ Database - Årsrapport 2023", Dansk Palliativ Database (2024). På nuværende tidspunkt er der ikke struktureret data om den basale palliative indsats i primærsektoren tilgængeligt, og vi har derfor i denne del udelukkende fokuseret på den specialiserede indsats.

²⁷ Vær opmærksom på, at når vi ser på den specialiserede palliative indsats, så er det i forhold til dødsfald i perioden 1.juni 2019 til 31.december 2022. Her er andelen der dør på sygehuset en smule mindre end for hele perioden 2018-2022. Det betyder fx også, at andelen, der dør på sygehuset med dødsårsagen *sygdomme i åndedrætsorganer*, både er mindre for de ældre, der modtog specialiseret palliativ behandling og for de, der ikke gjorde, end for alle der døde af *sygdomme i åndedrætsorganer*.

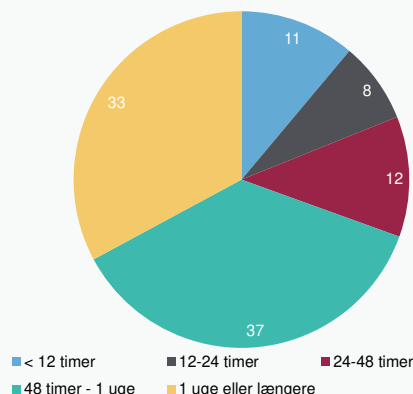
Figur 4.7

Sygehusophold ved dødsfald på sygehus blandt ældre fordelt i forhold til om opholdet starter akut eller planlagt (pct.), 2019-2022



Figur 4.8

Varigheden af sygehusopholdet ved død på sygehus blandt ældre (pct.), 2019-2022



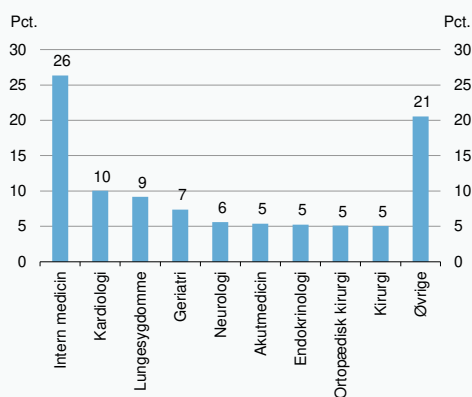
Anm.: I figur 4.7 og 4.8 er der taget udgangspunkt i de sygehusophold, der er registreret i LPR3. Dvs. sygehusophold påbegyndt før marts 2019 er ikke medtaget. Et sygehusophold er dannet ved at koble tidsmæssigt sammenhængende fysiske fremmøder på sygehusene sammen, hvor der er højst 4 timer mellem to fremmøder. Akutte sygehusophold er afgrænset som sygehusophold, hvor der er mindst ét akut fysisk fremmøde i opholdet med startdato samme dag som hele sygehusopholdet starter. Definitionen følger afgrænsningen benyttet i de nationale sundhedsindikatorer "Beskrivelse af indikatorer – nationale mål for sundhedsvæsenet", Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2023).

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Når der er fokus på hvilket sygehuspecial, den ældre er indlagt på, når vedkommende dør, så er det særligt de medicinske specialer, der fylder i denne opgørelse, jf. figur 4.9. Det er især på specialt *Intern medicin*, at de ældre er ved død: 26 pct. af dødsfaldene på sygehuset blandt ældre finder sted på dette speciale. 10 pct. sker på *Kardiologi*, 9 pct. på *Lungesygdomme* og 7 pct. på *Geriatrici*.

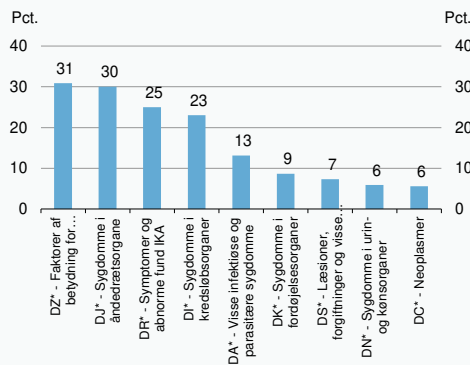
Figur 4.9

Sygehusophold ved dødsfald på sygehus blandt ældre fordelt på specialer, 2019-2022



Figur 4.10

Sygehusophold ved dødsfald på sygehus blandt ældre fordelt på aktionsdiagnoser, 2019-2022



Anm.: Et sygehusophold er dannet ved at koble tidsmæssigt sammenhængende fysiske fremmøder på sygehusene sammen, hvor der er højst 4 timer mellem to fremmøder. I figur 4.9 og 4.10 er der taget udgangspunkt i de sygehusophold, der er registreret i LPR3. Dvs. sygehusophold påbegyndt før marts 2019 er ikke medtaget. I figur 4.9 er der taget udgangspunkt i hovedspecialt på den afdeling, den ældre har ophold på ved død. Da der kan være flere afdelingsudskrivninger i et sygehusophold, summerer andelen i figur 4.10 til mere end 100 pct.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Et andet væsentligt spørgsmål er, hvorfor den ældre bliver indlagt i det hele taget? Hvad er det for nogle diagnoser, de er i behandling for på sygehuset, når de afgår ved døden? Denne diagnose (aktionsdiagnosen) er ikke nødvendigvis den samme som dødsårsagen. Den tilgrundliggende dødsårsag er den lidelse eller hændelse, der starter det forløb, der i sidste ende fører til døden²⁸. Dødsårsagen kan således være noget andet end den tilstand, der i sidste ende gør, at den ældre dør. Som eksempel, kan en patient fx være syg med cancer. Denne sygdom kan medføre større modtagelighed for infektionssygdomme, som er det, patienten indlægges med og til sidst dør af. Men cancersygdommen begynder forløbet og er derfor den tilgrundliggende dødsårsag.

Når der er fokus på, hvilke diagnoser de ældre er på sygehuset med, så har 31 pct. en aktionsdiagnose i diagnosegruppen *Faktorer af betydning for sundhedstilstand og kontakter med sundhedsvæsen*, 30 pct. ligger i gruppen *Sygdomme i åndedrætsorganer*, 25 pct. med diagnosegruppen *Symptomer og abnorme fund IKA* og 23 pct. i *Sygdomme i kredsløbsorganer*²⁹, jf. figur 4.10. Der tegner sig altså et billede af, at udover nogle mere uspecificerede tilstande, så fylder sygdomme i lunger og luftveje, samt kredsløb en del i disse sidste sygehusophold.

Sygehusophold i den sidste tid med udvalgte diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv.

Som tidligere nævnt har mange borgere et ønske om at dø i kendte rammer fremfor på sygehuset, ligesom der også fra et samfundsmæssigt perspektiv kan være en række prioriteringshensyn i forhold til den ældres sidste tid. Det er imidlertid ikke enkelt at identificere de sygehusophold, der ender med, at den ældre afgår ved døden, hvor den ældre med fordel kunne have modtaget behandling i hjemmet i stedet for at blive indlagt.

Der kan dog være diagnoser, hvor man i særlig grad kan diskutere, hvorvidt et sygehusophold er hensigtsmæssigt for den ældre, der ikke ønsker at dø på sygehuset. Hvis et ældre menneske i den allersidste del af sit liv fx udvikler lungebetændelse eller dehydrering, kan den ældre selv, de pårørende, samt den kommunale plejesektor og den praktiserende læge stå overfor det svære valg mellem, at den ældre indlægges på sygehuset og modtager behandling med en vis chance for at udsætte døden, men også med en vis risiko for at dø på sygehuset, eller om det vil være mere i overensstemmelse med den ældres ønsker om at blive hjemme og modtage den nødvendige behandling og pleje for at mindske symptomerne og i sidste ende dø i kendte og trygge rammer.

Der findes ikke en specifik afgrænsning af diagnoser, hvor man i særlig grad bør overveje om indlæggelse er det rigtige valg for det skrøbelige, ældre menneske tæt på livets afslutning. Når vi her fokuserer på de sidste sygehusophold, har vi derfor valgt at tage udgangspunkt i gruppen af såkaldt "forebyggelige sygehusophold"³⁰. I denne gruppe indgår bl.a. diagnoser som lungebetændelse, dehydrering og blærebetændelse, som er diagnoser, der kan optræde hyppigt og i et vist omfang naturligt for den ældre i den allersidste del af livet^{31,32,33}, og hvor det derfor potentielt kan være bedre for den ældre at få tilrettelagt behandling i hjemmet i stedet for at komme på sygehuset med risiko for skulle tilbringe den sidste tid på sygehuset og dø der.

²⁸ Fanen "Information" på siden "Dødsårsager" på www.eSundhed.dk.

²⁹ Nogle sygehusophold indeholder flere afdelingsudskrivelser, hvilket betyder, at der kan være flere aktionsdiagnoser tilknyttet et sygehusophold. Nogle steder benytter man ofte fx en DZ-diagnose umiddelbart efter en person kommer akut ind i den fælles akutmodtagelse.

³⁰ I Bilag 7: Metode ses den fulde liste og ICD10-koder for diagnoser, der betegnes som forebyggelige.

³¹ https://www.virtualthospice.ca/en_US/Main+Site+Navigation/Home/Topics/Topics/Symptoms+-+Health+Concerns/Dehydration.aspx

³² "Lungeinfektioner er hyppige hos ældre", Ugeskrift for læger (2013).

³³ "Population incidence and associated mortality of urinary tract infection in people living with dementia", Lai, Helen et al., Journal of Infection (2024)

Vi har dog i opgørelsen af de sidste sygehusophold med disse diagnoser valgt ikke at medtage diagnosen knoglebrud, som også er en del af de forebyggelige diagnoser. Det gør vi, dels fordi vi ved, at hvis man oplever et knoglebrud, er det i de fleste tilfælde et nødvendigt tiltag at komme på sygehuset til behandling. Dels gør vi det, fordi denne diagnose ofte fylder en del i opgørelsen af forekomsten af forebyggelige diagnoser, og inklusionen af denne diagnose derfor kan skævvride billedet. Se mere om afgrænsningen af sygehusophold med udvalgte diagnoser i boks 4.1.

Når vi vælger at tage udgangspunkt i denne gruppe af sygehusophold, handler det altså ikke om, at de i nogle situationer kan betegnes som forebyggelige, men om at selve sygehusopholdet *kan* være uhensigtsmæssigt for det ældre menneske med et ønske om at dø hjemme i kendte rammer. Vi vil derfor i det følgende referere til denne gruppe af diagnoser som *sygehusophold med udvalgte diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv.* i stedet for forebyggelige sygehusophold.

Boks 4.1

Sygehusophold med udvalgte diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv.

I denne del af analysen, hvor vi forsøger at komme tættere på omfanget af sygehusophold, hvor det potentielt kunne have været mere i overensstemmelse med et ønske om at dø hjemme, at modtage behandling i hjemmet i stedet for at blive indlagt, tager vi udgangspunkt i en gruppe af sygehusophold med udvalgte diagnoser.

Nogle af de diagnoser, der naturligt kan optræde i slutningen af et ældre menneskes liv, er diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv., som er en del af diagnoserne, der indgår i afgrænsningen af de *forebyggelige sygehusophold*, der bruges i fx de nationale mål på sundhedsområdet. Da der ikke findes en afgrænsning af sygehusophold i slutningen af livet, hvor det nogle gange kunne have været mere hensigtsmæssigt at modtage behandling i hjemmet, tager vi derfor i denne opgørelse udgangspunkt i den allerede eksisterende afgrænsning af forebyggelige sygehusophold.

De specifikke diagnoser, der indgår i denne analyses afgrænsning af sygehusophold med udvalgte diagnoser er:

- *Lungebetændelse m.m.*
- *Blærebetændelse*
- *Dehydrering*
- *Forstoppelse*
- *Gastroenteritis*
- *Ernæringsbetinget anæmi*
- *Sociale og plejemæssige forhold*
- *Tryksår.*

Vi har valgt ikke at medtage den forebyggelige diagnose *knoglebrud* i opgørelsen. Det gør vi, dels fordi det i de fleste tilfælde vil være nødvendigt med behandling på et sygehus, hvis uheldet er ude, og et ældre, skrøbeligt menneske oplever et knoglebrud, og dels fordi diagnosen i mange opgørelser udgør en betragtelig del af gruppen af forebyggelige sygehusophold.

Anm.: Se den specifikke afgrænsning af sygehusopholdene med udvalgte diagnoser i Bilag 7: Metode.

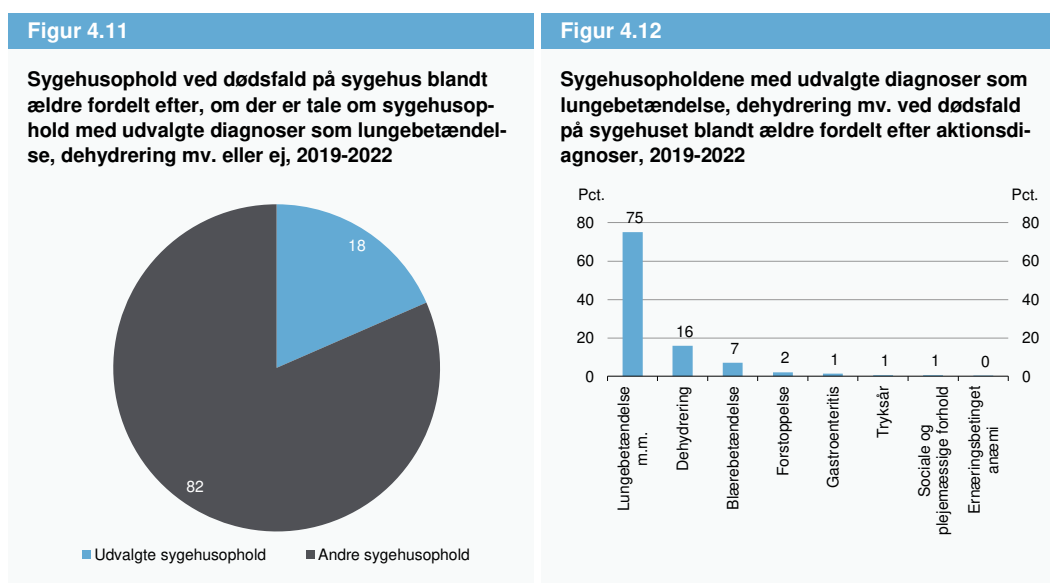
Kilder: "Nationale mål for sundhedsvæsenet 2023", Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2023). "Beskrivelse af indikatorer – De nationale mål", Sundhedsministeriet (2021). "Forebyggelige indlæggelser blandt hjemmeplejemodtagere", Økonomi- og Indenrigsministeriets Benchmarkingenhed (2018). "Når døden nærmer sig, den sidste tid", www.rigshospitalet.dk

Det ville naturligvis være et alt for forenklet billede af virkeligheden at kalde alle disse sygehusophold med de udvalgte diagnoser uhensigtsmæssige. Fx kan man sagtens forestille sig et ældre døende menneske med eksempelvis et slemt og smertefuldt tryksår, hvor det vil være nødvendigt at modtage specialiseret behandling på sygehuset, ligesom dehydrering kan være en bivirkning ved kræftbehandling, som også skal behandles. På samme måde kan der være andre tilstande, hvor det er relevant for det ældre menneske i slutningen af livet at komme på sygehuset. Omvendt gælder det, at der kan være andre diagnoser, som ikke indgår i de forebyggelige diagnoser og dermed i analysens afgrænsning af sygehusophold med udvalgte diagnoser, hvor det også kan være særligt relevant at overveje, om det er hensigtsmæssigt for et ældre menneske i den sidste del af livet

at blive indlagt. Det kunne fx være delir, som kan optræde i den sidste tid fx som følge af dehydrering^{34,35}.

Denne del af analysen tjener derfor alene som et udgangspunkt for en diskussion blandt regioner, kommuner og sundhedsklynger af, hvilke typer af sygehusophold, de ældre har i den sidste tid, samt hvilket potentiale der er for at håndtere nogle af disse tilstande på den ældres bopæl i stedet for på sygehuset³⁶.

Overordnet er næsten hver femte (18 pct.) af de sygehusophold, der ender med, at den ældre dør på sygehuset, et sygehusophold med udvalgte diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. jf. figur 4.11.



Anm.: I figur 4.11 og 4.12 er der taget udgangspunkt i de sygehusophold, der er registreret i LPR3. Dvs. sygehusophold påbegyndt før marts 2019 er ikke medtaget. Læs mere om afgrænsning af sygehusophold med udvalgte diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. i Bilag 7: Metode. I figur 4.12 er andelen opgjort for de aktionsdiagnoser, der indgår i afgrænsningen af sygehusopholdene med udvalgte diagnoser. Andelen i figuren summerer til mere end 100 pct., da nogle sygehusophold har mere end én af de aktionsdiagnoser, der indgår i afgrænsningen.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Vi ser også en klar tendens i forhold til, hvilken diagnose blandt de udvalgte diagnoser, der er særlig fremherskende i den sidste tid: 75 pct. af de sidste sygehusophold med udvalgte diagnoser er med diagnosen *lungebetændelse m.m.* Derudover er 16 pct. med diagnosen *dehydrering*, mens 7 pct. er *blærebetændelse*, jf. figur 4.12.

Som beskrevet tidligere er der langt fra altid overensstemmelse mellem dødsårsagen og de aktionsdiagnoser, den ældre, der dør på sygehuset, indlægges med. Det kan derfor være relevant at se på, for hvilke dødsårsager der er en stor andel af dødsfaldene på sygehuset, hvor den ældre indlægges med udvalgte diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. For 43 pct. af de ældre, der dør på sygehuset af *demens inkl. Alzheimers*, er det sidste sygehusophold et sygehusophold

³⁴ "Primær-sygeplejerskens opgaver, når ældre har delir", Sygeplejersken (2008)

³⁵ "Når døden nærmer sig", Nordsjællandshospital.dk

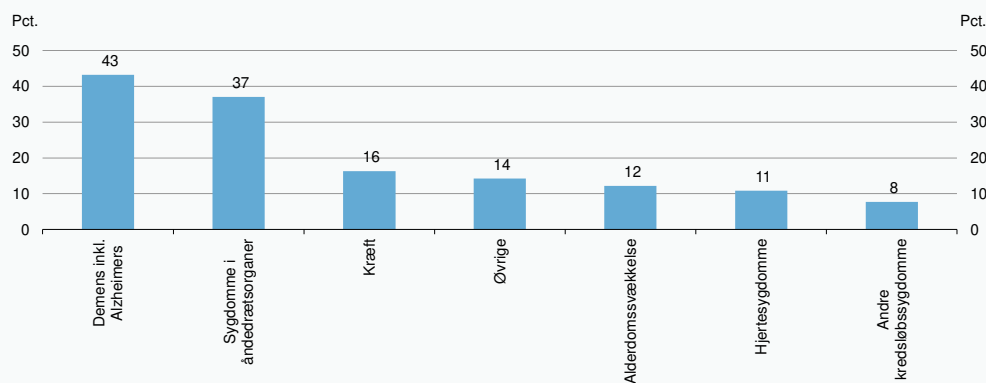
³⁶ I rapporten "Bliv klar til samtalen", Dansk Selskab for Patientsikkerhed m.fl. (2024) understreges det, at én af de væsentligste erfaringer fra arbejdet med det gode forløb i den sidste tid i udvalgte kommuner og sundhedsklynger er, at planlægning af involvering af de rette faglige kompetencer er et væsentligt fokus, hvis man skal lykkes med, at den ældre kan dø "i fred og ro derhjemme".

med udvalgte diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv, jf. figur 4.13. Med til dette resultat hører dog også, at det ikke er en særlig stor del af de ældre, hvor dødsårsagen er *demens inkl. Alzheimers*, der ender med at dø på sygehuset (se tabel 4.1).

Figur 4.13 viser dog også, at for 37 pct. af de, der dør på sygehuset af *sygdomme i åndedrætsorganer*, er det sidste sygehusophold et sygehusophold med udvalgte diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. *Sygdomme i åndedrætsorganer* er den fjerdestørste dødsårsag blandt ældre, samtidig med at mere end halvdelen i denne gruppe ender med at dø på sygehuset.

Figur 4.13

Andelen af sygehusophold der ender med, at den ældre dør på sygehuset, der er med udvalgte diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022



Anm: I figuren er der taget udgangspunkt i de sygehusophold, der er registreret i LPR3. Dvs. sygehusophold påbegyndt før marts 2019 er ikke medtaget. Se afgrænsning af sygehusophold med udvalgte diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. i Bilag 7: Metode.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Denne analyse er som før nævnt er en del af et tema, hvor vi ser på ældres sidste tid og død. I en kommende analyse vil vi have yderligere fokus på, hvilke indsatser den ældre modtager i primær- og sekundærsektoren i den sidste tid frem mod død, herunder indlæggelser og anden kontakt på/med sygehuset.

5 Geografiske forskelle og mønstre på tværs

I denne del af rapporten afdækkes geografiske forskelle i, hvor stor en andel af de ældre der afgik ved døden i 2018-2022, der døde på sygehuset. Her vises variationen i andelen, der dør på sygehuset på tværs af regioner, kommuner og sundhedsklynger. I disse sammenligninger tages udgangspunkt i de køns- og aldersstandardiserede andele. De ikke-standardiserede tal kan tilgås i bilagene.

Andelen, der dør på sygehuset, vises samlet for 2018-2022 for at øge robustheden af resultaterne og for at mindske sandsynligheden for, at tilfældigheder eller enkelte usædvanlige observationer påvirker andelen. I bilag 4-6 kan man dog i tillæg til de samlede andele også se andelen på årsniveau. Disse andele er dog behæftet med en større usikkerhed, fordi de baserer sig på færre observationer.

Billedet af eventuelle geografiske forskelle i andelen af 80+ årige, der dør på sygehuset, kan bl.a. danne grundlag for den fortsatte lokale dialog mellem det primære og sekundære sundhedsvæsen i forhold til ældres muligheder for at kunne dø hjemme i stedet for på sygehuset.

Vi vil også i dette kapitel se på, om der er en sammenhæng mellem andelen der dør på sygehuset og forskellige parametre opgjort på kommuneniveau som fx antallet af sygeplejersker og SOSU-personale, der er ansat i den enkelte kommune, afstanden til nærmeste akutsygehus osv.

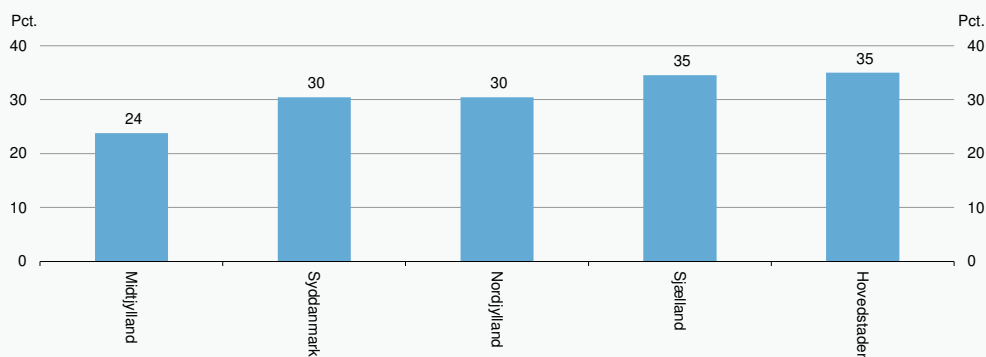
3 CENTRALE KONKLUSIONER FRA KAPITLET

- Der er stor variation på tværs af landet i forhold til, hvor stor en andel af dødsfaldene blandt ældre, der sker på sygehuset. På regionsniveau varierer det fra under hver fjerde (24 pct.) i Region Midtjylland til over hver tredje (35 pct.) i Region Sjælland og Region Hovedstaden. På kommuneniveau er variationen endnu større. Her ser vi, at i kommunen, hvor færrest dør på sygehuset, er andelen 19 pct., mens den er 44 pct. i kommunen, hvor flest 80+ årige afgår ved døden på sygehuset.
- Vi finder en tydelig tendens til, at i kommuner, hvor der er relativt mange sygeplejersker ansat, der er andelen af ældre, der dør på sygehuset mindre. Vi finder ingen tendens i forhold til hverken antallet af SOSU-assistenten og SOSU-hjælpere eller det ufaglærte SOSU-personale.
- Vi finder også en tendens til, at i kommuner, hvor en stor del af de ældre, der afgik ved døden i analyseperioden, boede på plejehjem, der døde færre på sygehuset. Ligeledes var der en tendens til, at i kommuner, hvor de afdøde boede relativt tæt på det nærmeste akutsygehus, var andelen af ældre der døde på sygehuset også højere.

Ser vi på tværs af de fem regioner, er der noget variation i andelen af ældre, der afgår ved døden på sygehuset. Andelen er størst i Region Hovedstaden og Region Sjælland, hvor mere end hver tredje ældre (35 pct.) dør på sygehuset, mens den laveste andel ses i Region Midtjylland, hvor det er under hver fjerde ældre (24 pct.), der ender med at dø på sygehuset, jf. figur 5.1.

Figur 5.1

Den alders- og kønsstandardiserede andel af dødsfald, der finder sted på sygehuset, blandt 80+ årige, 2018-2022



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

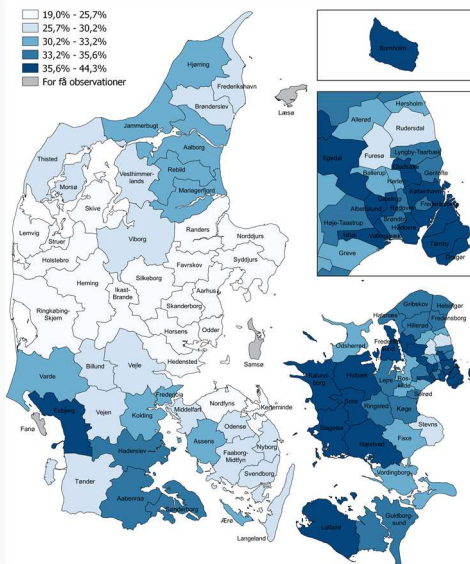
Andelen af de ældre, der dør på sygehuset varierer endnu mere på tværs af kommunerne end på tværs af regionerne. I Lemvig Kommune, hvor færrest af de ældre ender med at dø på sygehuset, er andelen knap 19 pct., mens andelen er 44 pct. i Bornholms Kommune.

Også på kommuneniveau er den geografiske tendens, som vi så på regionsniveau, tydelig: Næsten alle kommuner i Region Midtjylland ligger i den femtedel af kommunerne, hvor færrest ældre ender med at dø på sygehuset, jf. figur 5.2. Omvendt er et flertal af kommunerne i Region Hovedstaden og Region Sjælland placeret i den halvdel af kommunerne, hvor andelen af de ældre, der afgik ved døden på sygehuset er højest. I kommunerne i Region Syddanmark og Region Nordjylland er billedet mere blandet.

Kortene i figur 5.3-5.5 viser andelen af de ældre, der døde på sygehuset, indenfor dødsårsagerne *kræft*, *hjertesygdomme* og *sygdomme i åndedrætsorganer*, som er tre af de største dødsårsager blandt ældre. Overordnet er det geografiske mønster det samme som på kortet for den samlede andel af ældre, der døde på sygehuset: Andelen af ældre, der dør på sygehuset, er i den høje ende for kommunerne i Østdanmark, mens kommunerne i Region Midtjylland har nogle af de laveste andele. Alt dette indikerer, at der er betydelig forskel på, hvor mange ældre der ender med at dø på sygehuset på tværs af landet, og at denne variation ikke alene kan tilskrives forskelle i sammensætningen af gruppen af ældre, da det geografiske mønster er baseret på de alders- og kønsstandardiserede andele, og mønstret er konsistent på tværs af de største dødsårsager. I den senere figur 5.9 er det desuden tydeligt, at heller ikke socioøkonomiske forskelle mellem kommunerne kan forklare variationen i andelen af de ældre, der dør på sygehuset.

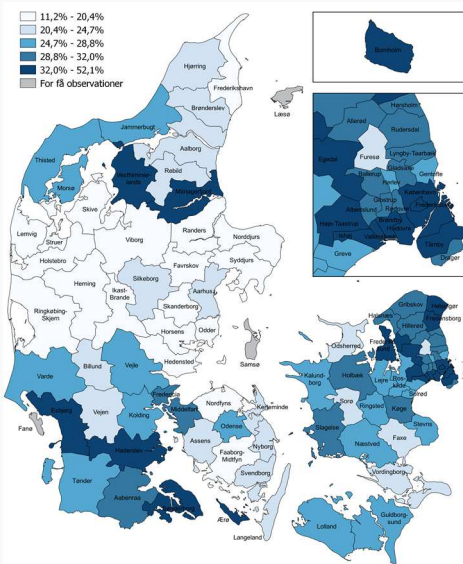
Figur 5.2

Den alders- og kønsstandardiserede andel af 80+ årige, der døde på sygehuset, 2018-2022



Figur 5.3

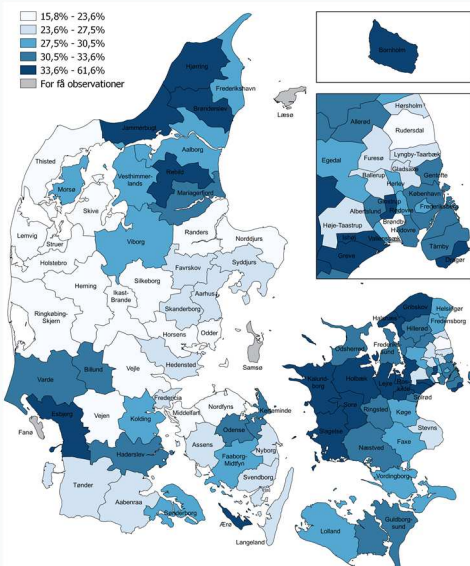
Den alders- og kønsstandardiserede andel af 80+ årige afgået ved døden med kræft, der døde på sygehuset, 2018-2022



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

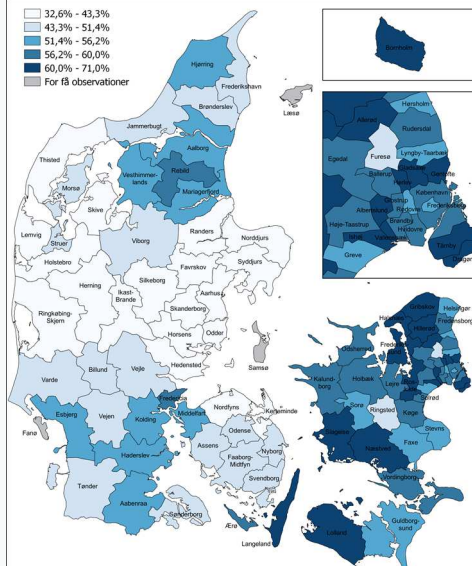
Figur 5.4

Den alders- og kønsstandardiserede andel af 80+ årige afgået ved døden med hjertesygdomme, der døde på sygehuset, 2018-2022



Figur 5.5

Den alders- og kønsstandardiserede andel af 80+ årige afgået ved døden med sygdomme i åndedrætsorganer, der døde på sygehuset, 2018-2022



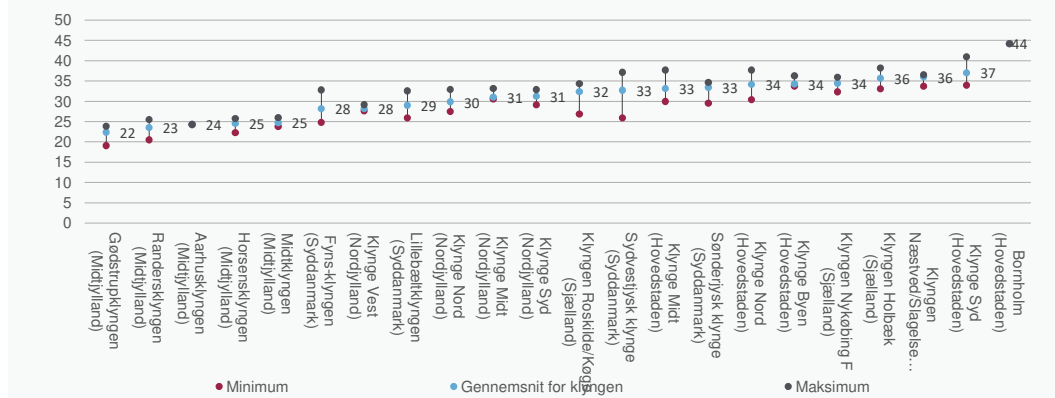
Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Vi har også set på, hvordan variationen ser ud på tværs af sundhedsklyngerne. Her varierer andelen af ældre afgået ved døden, der døde på sygehuset fra 22 pct. i Gødstrupklyngen til 44 pct. i Bornholm-klyngen, jf. figur 5.6.

Indenfor de enkelte sundhedsklynger kan der dog være noget variation illustreret i figuren af "minimum" og "maksimum", som henholdsvis viser andelen for kommunen med den laveste og højeste andel af ældre, der døde på sygehuset, indenfor de enkelte sundhedsklynger.

Figur 5.6

Den alders- og kønsstandardiserede andel af 80+ årige, der døde på sygehuset opgjort på sundhedsklyngeniveau, 2018-2022



Anm.: I figuren er vist den gennemsnitlige andel af ældre, der døde på sygehuset indenfor sundhedsklyngen (blå), samt minimum (rød) og maksimum (sort) andel af ældre, der døde på sygehuset indenfor sundhedsklyngen. Minimum er andelen af ældre, der døde på sygehuset indenfor sundhedsklyngen i kommunen med den laveste andel. Maksimum er andelen i kommunen med den højeste andel.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Som tidligere nævnt kan man finde både de ikke-standardiserede andele af ældre der dør på sygehuset, samt andelen i de enkelte år 2018-2022 på regions-, kommune- og sundhedsklyngeniveau i bilag 4-6.

Sygehusophold med udvalgte diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv.

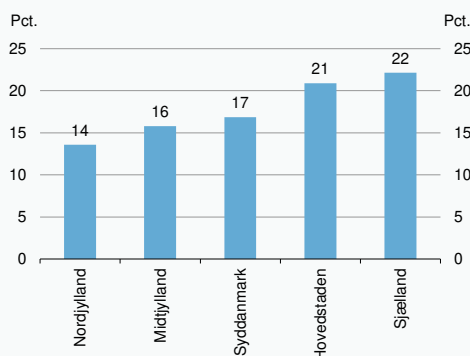
Som i kapitel 4 ser vi også her på andelen af dødsfald på sygehuset, hvor sygehusopholdet er med udvalgte diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. Her er der tale om sygehusophold, hvor det kan være hensigtsmæssigt – i lyset af det generelle ønske om ikke at dø på sygehuset – at overveje, om det vil være muligt at behandle den ældre i hjemmet. Som beskrevet i kapitel 4 er det ikke en endelig opgørelse af, hvor stor en andel af de sidste sygehusophold, der ender med, at den ældre dør, der er uheldsmæssige, men det er tænkt som et udgangspunkt for en diskussion af potentialet for, at flere ældre har mulighed for at dø hjemme i kendte rammer i stedet for på sygehuset.

I denne del ser vi på, hvor stor en andel sygehusopholdene med udvalgte diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. udgør af de sygehusophold, hvor den ældre ender med at dø på sygehuset på tværs af landet.

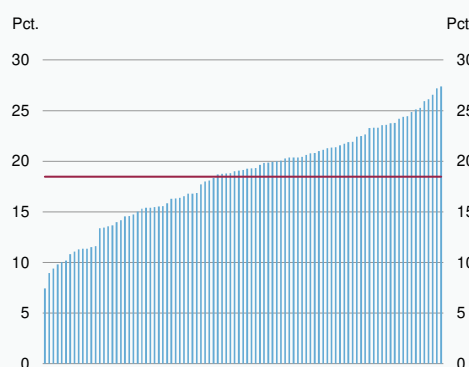
På tværs af regionerne varierer andelen af de sidste sygehusophold, der er med udvalgte diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. fra 14 pct. i Region Nordjylland til 22 pct. i Region Sjælland, jf. figur 5.7.

Figur 5.7

Andelen af de sygehusophold, der ender med, at den ældre dør på sygehuset, der er med udvalgte diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv., opgjort på regionsniveau (2019-2022)

**Figur 5.8**

Andelen af de sygehusophold, der ender med, at den ældre dør på sygehuset, der er med udvalgte diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv., opgjort på kommuneniveau (2019-2022)



Anm.: I figurerne er der taget udgangspunkt i de sygehusophold, der er registreret i LPR3. Dvs. sygehusophold påbegyndt før marts 2019 er ikke medtaget. I figur 5.8 er den røde linje den vægtede andel af de sygehusophold, der ender med, den ældre dør på sygehuset, der er med udvalgte diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. på landsplan.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

På kommune- og sundhedsklyngeniveau er variationen i, hvor stor en andel af de sidste sygehusophold, der er med udvalgte diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv., endnu større end på regionsniveau. På kommuneniveau varierer andelen fra godt 7 pct. i kommunen, hvor færrest af de sygehusophold, hvor den ældre ender med at dø på sygehuset, er med udvalgte diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. til godt 27 pct. i kommunen, hvor andelen er størst, jf. figur 5.8.

Der er desuden en signifikant tendens til, at i de kommuner, hvor flest ældre ender med at dø på sygehuset, der er andelen af de sidste sygehusophold med udvalgte diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. større end i kommuner, hvor færre ældre ender med at dø på sygehuset³⁷.

I bilag 1-6 kan du desuden tilgå oplysninger om andelen af de sygehusophold, hvor den ældre ender med at dø på sygehuset, der er med udvalgte diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. både samlet for alle ældre og på tværs af udvalgte dødsårsager på regions-, kommune- og sundhedsklyngeniveau.

Sammenhængen mellem andelen af ældre der dør på sygehuset og udvalgte faktorer

I denne del er der fokus på eventuelle sammenhænge mellem en række udvalgte kommunale karakteristika, og hvor stor en andel af de ældre, der dør på sygehuset.

Indledningsvis har vi set på, hvorvidt der er en sammenhæng mellem andelen af ældre, der dør på sygehuset på kommuneniveau (alders- og kønsstandardiseret) og kommunens socioøkonomi (operationaliseret ved socioøkonomisk indeks³⁸), jf. figur 5.9. Der er en signifikant tendens til, at jo mere

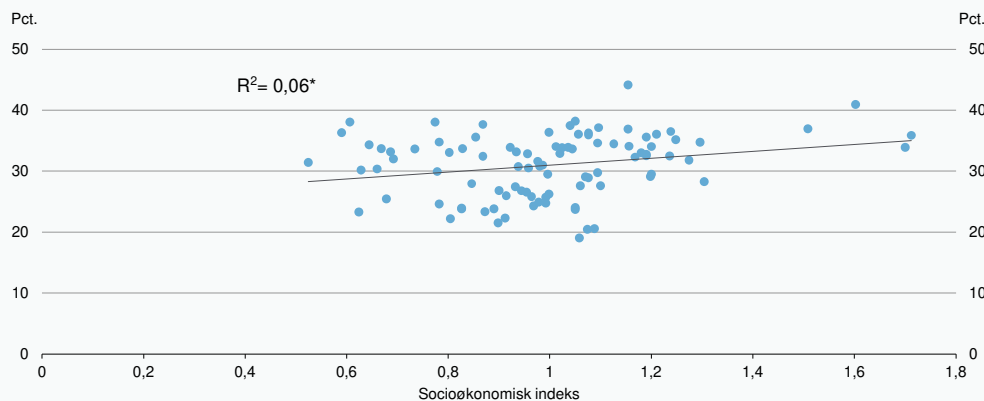
³⁷ Ser vi på korrelationen på kommuneniveau mellem andelen af ældre, der dør på sygehuset og andelen af de sygehusophold, hvor de ældre ender med at dø på sygehuset, der er med udvalgte diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv., så er korrelationen 0,35 og signifikant på et 1 pct.s signifikansniveau.

³⁸ Da vi ser på andelen af ældre, der dør på sygehuse for perioden 2018-2022, benyttes det gennemsnitlige socioøkonomiske indeks på kommuneniveau for årene 2018-2022. Det socioøkonomiske indeks beregnes i Indenrigs- og Sundhedsministeriet på baggrund af flere forskellige parametre herunder antallet af almene familieboliger, det gennemsnitlige antal af 0-15-årige af enlige forsørgere over 3 år m.m. Udligningsloven §5.

socioøkonomisk udfordret kommunen er, des større er andelen af ældre, der dør på sygehuset. Det er dog en lille tendens, og den kan langt fra forklare variationen mellem kommunerne.

Figur 5.9

Sammenhængen mellem den alders- og kønsstandardiserede andel af 80+ årige, der døde på sygehuset på kommuneniveau og socioøkonomisk indeks for den enkelte kommune (2018-2022)



Anm.: * betyder, at sammenhængen er signifikant på et 10 pct.s signifikansniveau. Figuren er baseret på opgørelser for alle kommuner med undtagelse af Fanø, Samsø og Læsø. Et højt niveau på det socioøkonomiske indeks betyder, at kommunen er mere socioøkonomisk udfordret end kommuner med et lavere niveau.

Kilde: Danmarks Statistik, Indenrigs- og Sundhedsministeriet og egne beregninger.

I det følgende er der lavet sammenhængsanalyser mellem andelen af ældre, der dør på sygehuset, og faktorer som afstanden til nærmeste akutsygehus, de relevante kommunale personaleresourcer m.m. Det skal indledningsvis understreges, at disse analyser er simple sammenhængsanalyser, og derfor er det ikke muligt på baggrund af denne analyse at lave endelige konklusioner omkring effekt eller kausalitet.

Vi har i disse sammenhængsanalyser kontrolleret for kommunernes socioøkonomi³⁹. Det betyder, at der "renses" for betydningen af kommunernes socioøkonomi (målt ved det socioøkonomiske indeks). Derudover tager vi udgangspunkt i de alders- og kønsstandardiserede andele af ældre, der døde på sygehuset på kommuneniveau, således at der er taget højde for forskelle mellem kommunerne, der skyldes forskelle i alders- og kønssammensætningen. Der kan dog være andre forhold, der spiller ind, som der ikke er taget højde for her.

Resultaterne af sammenhængsanalyserne er opgjort i tabel 5.1. Overordnet viser analysen følgende:

- I de kommuner, hvor en relativ stor del af de afdøde ældre boede på plejehjem, er der en signifikant tendens til, at færre ældre døde på sygehuset.
- I de kommuner, hvor der er relativt mange sygeplejersker ansat⁴⁰, er der en signifikant tendens til, at færre ældre afgår ved døden på sygehuset.

³⁹ I tabel 5.1 vises de partielle korrelationskoefficienter. Den partielle korrelationskoefficient er i denne analyse sammenhængen mellem andelen af ældre, der dør på sygehuset i den enkelte kommune og udvalgte faktorer, hvor der er taget højde for betydningen af forskelle i socioøkonomi (opgjort ved socioøkonomisk indeks) på tværs af kommunerne.

⁴⁰ Antallet er beregnet som det gennemsnitlige antal årsværk pr. 1.000 65+ årige i på tværs af årene 2018-2022.

- Vi finder ingen signifikant sammenhæng mellem hverken antallet af SOSU-assistenters og SOSU-hjælpere eller antallet af ufaglært SOSU-personale i kommunen⁴⁰ og andelen af de ældre, der afgår ved døden på sygehuset.
- I kommuner, hvor der er et relativt højt antal af bevillinger til specialiserede sygeplejeindsatser⁴¹, er der også en tendens til, at færre af de ældre dør på sygehuset. Dog skal resultatet ses i lyset af, at antallet af bevillinger er et øjebliksbillede for september 2021.
- Endelig er der en signifikant tendens til, at jo længere den gennemsnitlige afstand til nærmeste akutsygehus var for kommunens afdøde ældre, des mindre var andelen af ældre, der døde på sygehuset⁴².

Tabel 5.1

Partielle korrelationskoefficienter mellem den alders- og kønsstandardiserede kommunale andel af ældre, der døde på sygehuset og udvalgte faktorer opgjort på kommunalt niveau

	Andel af afdøde 80+ årige, der boede på plejehjem	Antallet af kommunale sygeplejersker pr. 1.000 65+ årige	Antallet af kommunale SOSU-assistenters og -hjælpere pr. 1.000 65+ årige	Antallet af ufaglært kommunalt SOSU-personale pr. 1.000 65+ årige	Specialiserede sygeplejeindsatser pr. 1.000 65+ årige	Afstand til nærmeste akutsygehus
Andelen der dør på sygehuset	-0,34***	-0,43***	-0,14	-0,03	-0,38***	-0,45***

Anm.: *** betyder at sammenhængen er signifikant på et 1 pct.s signifikansniveau. Der indgår som minimum 87 af kommunerne i beregningen af de enkelte partielle korrelationskoefficienter. Det kommunale personale er opgjort for hele kommunen og ikke kun på ældreområdet, hvilket betyder, at der også indgår personale fra fx socialområdet. Langt det meste af personalet er dog tilknyttet ældreområdet.

Kilde: Danmarks Statistik, KRL, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarkingenhed og egne beregninger.

⁴¹ De specialiserede sygeplejeindsatser er afgrænset til dialyse, iltbehandling, intravenøs medicinsk behandling, intravenøs væskebehandling, parenteral ernæring, respirationsbehandling, sekretsugning, subkutan væskebehandling, samt trakeostomipleje. De er udvalgt i dialog med KL til Benchmarkingenhedens analyse "Kommunal sygepleje til ældre" (2022)

⁴² Afstanden til sygehus er beregnet som den gennemsnitlige afstand til nærmeste akutsygehus blandt 80+ årige afgået ved døden indenfor kommunen i årene 2018-2022. Vi har også set på en sammenhæng til afstanden til egen læge. Her fandt vi – når vi tog højde for socioøkonomi – også en signifikant tendens til, at jo kortere den ældre havde til egen læge, des større en andel endte med at dø på sygehuset. Denne sammenhæng var dog ikke signifikant, når vi samtidig også tog højde for afstanden til nærmeste akutsygehus.