



05-12-2024

MDR-2024-00174

Rikke Felby

## Dagsorden for møde i sundhedsudvalget den 12. december 2024 kl. 10.00

- Deltagere:** Karin Friis Bach, Dorthe Adelsbech, Sofie de Bretteville Olsen, Mette With Hagensen, Else Kayser, Lene Linnemann, Henriette Schlesinger Kærgaard, Ib Bjerregaard, Tina - Mia Eriksen, Kim Frost
- Afbud:** Pernille Buhelt, Purnima Erichsen, Annie Hagel
- Deltagere fra sekretariatet** Camilla Hersom, Lynne Birch Hansen, Thomas I. Jensen, Luna Lundberg Nielsen (referant)
- Mødested:** Grindsted Sygehus Engparken 1, 7200 Grindsted.



# Indholdsfortegnelse

1 (Offentlig) Drøftelse og aktuelle emner vedr. sundhedsreform .....	4
2 (Offentlig) Indledende drøftelse af position på patientrettigheder .....	6
3 (Fortrolig) .....	8
4 (Offentlig) Orientering om ny strategi for life science frem mod 2030.....	9
5 (Fortrolig) .....	12
6 (Offentlig) Generelle orienteringer .....	13
7 (Offentlig) Regionernes fremadrettede arbejde med ATMP .....	16
8 (Offentlig) Eventuelt .....	20
9 (Offentlig) Næste Sundhedsudvalgsmøde den 27. februar 2025.....	21
10 (Offentlig) Besøg på Friklinikken .....	22

## 1 (Offentlig) Drøftelse og aktuelle emner vedr. sundhedsreform

---

Luna Lundberg Nielsen  
EMN-2022-00714

### Resumé

Den 15. november 2024 blev Aftale om sundhedsreform præsenteret af regeringen og Danmarksdemokraterne, Socialistisk Folkeparti, Det Konservative Folkeparti og Radikale Venstre.

Sundhedsudvalget vil løbende drøfte og blive orienteret om aktuelle emner vedr. sundhedsreformen, herunder om Danske Regioners dialog med Indenrigs- og Sundhedsministeriet om afklaring af videre proces, uddybning af konkrete reformforslag mv.

---

### Indstilling

*Det indstilles,*

*at sundhedsudvalget drøfter sundhedsreformaftalen med afsæt i udvalgets fokusområder.*

---

### Sagsfremstilling

Regeringen og Danmarksdemokraterne, Socialistisk Folkeparti, Det Konservative Folkeparti og Radikale Venstre offentliggjorde den 15. november 2024 Aftale om sundhedsreform.

Sundhedsudvalget vil løbende drøfte aktuelle emner vedr. sundhedsreformen, som tager afsæt i temaer, der særligt optager udvalget og regionernes arbejde med at forberede implementeringen af reformen. Desuden vil sekretariatet i Danske Regioner løbende orientere om nye afklaringer om indhold og videre proces for forhandlinger mv af de enkelte reformspor.

Til brug for udvalgets drøftelse er vedlagt følgende bilag:

- Dagsordenspunkt vedr. bestyrelsens godkendelse af notat om integration af psykiatri og somatik (notatet er også vedlagt)
- Faktanotat om reformen
- Notat om forskelle på aftalen og regeringens udspil
- Tidslinje for implementering af sundhedsreformen

Det skal bemærkes, at udvalget den 19. november fik en samling slides og faktanotater om sundhedsreformen, som er blevet udarbejdet i Danske Regioner. Her fremgik notaterne om reformen og forskelle på aftalen og regeringens udspil også.

Link til [Aftale om sundhedsreform 2024](#).

---

## Økonomi

Ingen bemærkninger

---

## Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

---

## Kommunikation

Ingen bemærkninger

---

## Bilag

1. Integration af psykiatri og somatik (1738490 - EMN-2024-01122)
2. Notat - integration af psykiatri og somatik (1738534 - EMN-2024-01122)
3. Sundhedsreformen - den endelige aftale (1740214 - EMN-2022-00714)
4. Sundhedsreformen - hvor adskiller aftalen sig fra regeringens udspil (1740215 - EMN-2022-00714)
5. Tidslinje for implementering af sundhedsreformen (1741047 - EMN-2022-00714)

## 2 (Offentlig) Indledende drøftelse af position på patientrettigheder

---

Jens Bjerg Johansen  
EMN-2024-00932

### Resumé

På Regionernes Politiske Topmøde 2024 blev det besluttet, at Danske Regioner skal igangsætte et arbejde, der skal belyse begrundelser for en mulig differentiering af patientrettighederne med henblik på at afklare Danske Regioners position på området.

Der lægges på den baggrund op til en indledende drøftelse af emnet i sundhedsudvalget.

---

### Indstilling

*Det indstilles,*

*at sundhedsudvalget indledende drøfter spørgsmålet om en position for Danske Regioner i forhold til en mulig differentiering af patientrettighederne, herunder drøfter fordele og ulemper forbundet med den nuværende indretning af rettigheder i sundhedsvæsenet.*

---

### Sagsfremstilling

På Regionernes Politiske Topmøde i april 2024 vedtog man følgende:

*Danske Regioner vil inddrage fagfolk og øvrige relevante aktører i at belyse begrundelser for en mulig differentiering af patientrettigheder. Formålet vil være at afklare Danske Regioners position for eventuelt at tage spørgsmålet op med regeringen.*

### Om patientrettigheder

Når man som patient henvises til sygehus, får man en række forskellige rettigheder indeholdende frister for udredning og behandling. Herunder har man ret til at vælge udredning eller behandling på et af de privathospitaler, som Danske Regioner har aftale med, hvis regionen ikke selv kan tilbyde dette inden for 30 dage, via det udvidede frie sygehusvalg, som blev indført i 2002. For behandling er fristen dog midlertidigt udvidet til 60 dage indtil 31. december 2024 som led i akutplanen.

Fra 2013 indførtes desuden ret til hurtig udredning, der indebærer, at man har ret til at blive udredt indenfor 30 dage.

Patienter med kræftsygdomme og visse hjertesygdomme har, ud over de generelle patientrettigheder, yderligere rettigheder i form af maksimale ventetider til udredning og behandling. På kræftområdet er der desuden iværksat en skærpet monitorering af både maksimale ventetider og pakkeforløb, hvilket kræver ikke ubetydelige administrative ressourcer på afdelingerne.

Indholdet af de nævnte patientrettigheder er nærmere beskrevet i bilag 1.

Patientrettighederne har løbende været genstand for diskussion siden deres indførelse. På den ene side kan der argumenteres for, at et rettighedsbaseret sundhedsvæsen understøtter lighed i sundhed og gør det klart, hvad man som patient kan forvente. På den anden side kan de fastsatte frister gøre det vanskeligt at understøtte, at patienter med det største behov kommer til først.

Robusthedskommissionen har i sin afrapportering fra september 2023 peget på, at udifferentierede patientrettigheder kan bidrage til at vanskeliggøre fagligt skøn og prioritering i sundhedsvæsenet. Lægeforeningen har tilsvarende markeret sig som fortalere for at indføre en differentiering af patientrettighederne med henblik på at give det sundhedsfaglige personale større rum for at foretage en prioritering mellem patienterne på baggrund af sygdommens alvorlighed.

Det fremgik desuden af Sundhedsstyrelsens faglige gennemgang af kræftområdet fra juni 2023, at prioriteringen af kapacitet til kræftbehandlingen har konsekvenser for patienter med andre sygdomme, der får længere ventetid til behandling. En række faglige selskaber har foreslået, at der åbnes op for en drøftelse af behovet for en differentiering af de særlige patientrettigheder på kræftområdet.

Omvendt advarer bl.a. flere patientforeninger og private sundhedsudbydere mod at differentiere i patienternes rettigheder. Blandt argumenterne imod en differentiering fremgår bl.a., at patienterne samlet set risikerer at blive stillet ringere i forhold til ventetider m.v., at rettighederne bliver sværere at forstå og navigere i samt at det kan blive bureaukratisk at administrere.

Den daværende regering indførte i 2013 en differentiering af det udvidede frie sygehusvalg til behandling, således at man generelt opererede med en frist på 60 dage, mens fristen ved alvorlig sygdom var 30 dage. Denne differentiering blev dog afskaffet igen i 2016, hvorefter blev fastsat til 30 dage uanset sygdom.

En oversigt over udvalgte aktørers udmeldinger om spørgsmålet fremgår af bilag 2.

### **Videre proces for arbejdet**

Danske Regioner vil arbejde med spørgsmålet frem mod sommeren 2025 med henblik på at afklare Danske Regioners position på området. De politiske drøftelser heraf vil være forankret i bestyrelsen og sundhedsudvalget.

Der ønskes en inddragende proces, hvor forskellige perspektiver fra bl.a. patienter, forskere og faglige miljøer kommer i spil. I den forbindelse vil der være en temadrøftelse i sundhedsudvalget på mødet den 27. februar 2025 med indlæg fra relevante aktører. Ligeledes planlægges i løbet af foråret et symposium med deltagelse af klinikere, patientrepræsentanter og politikere.

Med henblik på at tilvejebringe mere konkret viden om området vil Danske Regioner ligeledes få udarbejdet en konsulentundersøgelse, der skal afdække indretningen af patientrettigheder i Danmark sammenlignet med øvrige skandinaviske lande. Desuden skal undersøgelsen belyse, hvilken betydning fristerne i patientrettighederne har for kapacitetspresset på sygehusafdelingerne og mulighederne for sundhedsfaglig prioritering.

---

### **Økonomi**

Ingen bemærkninger

---

### **Sekretariatets bemærkninger**

Ingen bemærkninger

---

### **Kommunikation**

Ingen bemærkninger

---

### **Bilag**

1. Faktaark - patientrettigheder (1738251 - EMN-2024-00932)
2. Bilag - positionering af aktører på spørgsmålet om differentierede patientrettigheder (1735927 - EMN-2024-00932)

3 (Fortrolig)



## 4 (Offentlig) Orientering om ny strategi for life science frem mod 2030

---

mifri@regioner.dk  
EMN-2023-00371

### Resumé

Som afløser for life science strategien for 2021-2023 er der den 21. november 2024 indgået aftale om en ny strategi for life science, som gælder frem til 2030. Sundhedsudvalget orienteres i den forbindelse om strategiens indhold med fokus på indsatser, som særligt forventes at få betydning for regionerne.

---

### Indstilling

*Det indstilles,*

at sundhedsudvalget orienteres om indholdet i aftalen om strategi for life science frem mod 2030, herunder indsatser med forventet betydning for regionerne.

---

### Sagsfremstilling

Aftalen om ny strategi for life science blev præsenteret den 21. november 2024. Strategien tager udgangspunkt i anbefalinger fra Life Science Rådet, som i december 2023 fremlagde 12 anbefalinger til den nye strategi.

Der er tale om en langsigtet strategi der skal løbe frem mod 2030 med den overordnede vision; *Danmark skal være en førende life science-nation i Europa til gavn for patienterne, det danske sundhedsvæsen og dansk økonomi.*

Der er med strategien angivet følgende strategiske pejlemærker for udviklingen af life science-området.

- 1. Et stærkere vækstlag:** Danmark skal i højere grad understøtte nye levedygtige virksomheder inden for life science.
- 2. Styrket forskning og bedre brug af sundhedsdata:** Danmark skal gennem en styrket forsknings- og IT-infrastruktur omsætte vores unikke sundhedsdata til banebrydende forskning, udbredelse af kunstig intelligens og øget innovation til gavn for bedre patientbehandling.
- 3. Bedre optag af innovation i sundhedsvæsenet:** Danmark skal fremme adgangen til innovative, effektive og arbejdskraftfrigørende sundhedsløsninger og innovative lægemidler for at skabe bedre sundhed for borgere og fremtidssikre sundhedsvæsenet.

**4. Attraktive rammevilkår og rød løber for produktionsvirksomheder:**

Danmark skal understøtte attraktive rammevilkår med henblik på at tiltrække mere life science-produktion og flere udenlandske investeringer.

**5. Life Science kan skabe vækst og beskæftigelse i hele Danmark:**

Danmark skal udnytte mulighederne for, at life science-sektoren kan skabe vækst og beskæftigelse i hele Danmark.

**6. Internationalt samarbejdet og sundhedsdiplomati:**

Danmark skal via et fokuseret sundhedsdiplomati og myndighedssamarbejde fortsat indtage en aktiv international rolle for at løse globale sundhedsudfordringer og understøtte eksport af danske sundhedsløsninger.

**7. Styrkelse af dansk interessevaretagelse i EU:**

Danmark skal være en stærk aktør i EU for at understøtte Europa som en attraktiv life science-region og sikre Danmarks life science-sektor konkurrencedygtige regulatoriske rammevilkår.

Der er afsat i alt 400 mio. kr. til strategien, som fordeler sig ligeligt på årene 2024-2027. Der lægges op til igangsættelse af i alt 28 nye Initiativer, som fordeler sig tematisk i forhold til de strategiske pejlemærker.

Udover de nye initiativer er der i strategien tale om gensalg af en række initiativer, herunder blandt andet etableringen af et Nationalt Center for Sundhedsinnovation, som indgår i sundhedsreformaftalen. Den fulde strategi kan findes [her](#).

### **Indsatser med særlig betydning for regionerne**

Særligt temaerne *Styrket forskning og bedre brug af sundhedsdata (tema 2)* og *Bedre optag af innovation i sundhedsvæsenet (tema 3)* rummer nye initiativer, som vurderes at være af betydning for regioner. Samtlige initiativer under disse temaer er af relevans for regioner, men de væsentligste uddybes nedenfor:

#### **Styrket forskning og bedre brug af sundhedsdata**

- **Videreudvikle Trial Nation og Fortsat styrke klinisk forskning:** Der afsættes 4,7 mio. kr. årligt fra 2024-2027 til videreudvikling af den offentlig-private organisation, Trial Nation, der arbejder for at tiltrække flere investeringer i kliniske forsøg med lægemidler og afprøvninger af medicinsk udstyr til Danmark.

- **2.4. Realisere Vision for bedre brug af sundhedsdata:** Der afsættes 6,1 mio. kr. i 2024 og 7,5 mio.kr. i 2025 til arbejdet med at realisere visionen om bedre brug af sundhedsdata.
- **Igangsætte strategisk arbejde med henblik på at udbrede kunstig intelligens i sundhedsvæsenet:** Der afsættes 1 mio. kr. i 2024 og 2,5 mio. kr. i både 2026 og 2027 til strategisk indsats, der skal accelerere anvendelsen af kunstig intelligens i sundhedsvæsenet.

### **Bedre optag af innovation i sundhedsvæsenet**

- **Etablere et sundhedsinnovationsindeks:** Der etableres et sundhedsinnovationsindeks for at skabe overblik over, hvilke nye behandlingsformer og teknologier der tages i brug, hvor hurtigt de tages i brug, og hvor der evt. vurderes at være potentiale for yderligere indsatser. Indekset skal benchmarke det danske sundhedsvæsens evne til at optage innovation i forhold til sammenlignelige lande, hvor der er mulighed for det.
- **Videreudvikle den datadrevne model for værdibaseret indkøb:** der afsættes 5,6 mio. kr. i 2024 til videreudvikling af den datadrevne model for værdibaseret indkøb, der blev igangsat og finansieret med strategi for life science 2021, samt sikre ensartet fortolkning af udbuds- og statsstøtteregler gennem øget kendskab til "best practice".
- **Fremme udvikling og ibrugtagning af ATMP'er:** Der afsættes 6 mio. kr. i 2024, 5,5, mio. kr. i 2025 og 7,7 mio. kr i både 2026 og 2027 til at gennemføre en flerstrengt strategisk indsats for at fremme udvikling og ibrugtagning af effektive avancerede terapier (ATMP'er) ved at understøtte en national samarbejdsstruktur på tværs af sundhedsvæsenet, forskningsverden og lægemiddel- industrien, gennemføre analyser og pilotprojekter samt etablere styrket tidlig regulatorisk rådgivning hos Lægemiddelstyrelsen om udvikling og godkendelse af innovative lægemidler.

Herudover igangsættes et strategisk arbejde om arbejdskraftfrigørende løsninger i det danske sundhedsvæsen, ligesom der igangsættes analyse vedrørende effektivitet af digitale løsninger.

### **Videre proces**

Idet at mange af indsatserne i den nye strategi bygger videre på den tidligere life science-strategi, er regionerne allerede tæt involveret i arbejdet med eksempelvis modellen for værdibaseret indkøb, arbejdet med Trial Nation og visionen for bedre brug af sundhedsdata.

I forhold til de indsatser med betydning for regionerne, som enten er helt nye eller i en mere indledende fase, er der en forventning om, at regionerne

involveres løbende. Det gælder fx arbejdet med innovative lægemidler, sundhedsinnovation og udbredelse af kunstig intelligens. I den forbindelse vil Danske Regioner inddrage relevante regionale udvalg, kredse og aktører i de aktiviteter, som Danske Regioner deltager i.

Der udarbejdes en implementeringsplan for aftalen som forelægges aftalepartierne primo 2025, og der udarbejdes årlig status for strategiens pejlemærker og indikatorer.

---

## **Økonomi**

Der er afsat i alt 400 mio. kr. til strategien, som fordeler sig ligeligt på årene 2024-2027.

---

## **Sekretariatets bemærkninger**

Ingen bemærkninger

---

## **Kommunikation**

Ingen bemærkninger

---

## **Bilag**

5 (Fortrolig)

## 6 (Offentlig) Generelle orienteringer

---

Susanne Wessel  
MDR-2024-00174

### Resumé

Formanden orienterer om en række aktuelle sager. Skriftlige orienteringer fremgår af dagsordenen.

---

### Indstilling

*Det indstilles,*  
at sundhedsudvalget tager de generelle orienteringer til efterretning

---

### Sagsfremstilling

Skriftlige orienteringer:

#### a) Status for høreområdet

- Indenrigs- og Sundhedsministeriet igangsatte i 2019 programmet 'Høreområdet i fremtiden' som opfølgning på en aftale mellem Regeringen og Dansk Folkeparti. Målet er at sikre borgere med behov for høreapparat en bedre og mere sammenhængende hjælp og samtidig nedbringe de lange ventetider.
- Høreapparatområdet er, som I ved, et område, som historisk har været svært at styre økonomisk, og hvor vi også ser ind i en fortsat vækst. Derfor er et vigtigt formål generelt og med den politiske aftale også, at vi sikrer mere sundhed for pengene på dette område.
- Ministeriet har nu sent et forslag til nationale kvalitetskrav til høreapparatbehandling, som er en del af den politiske aftale, i DUT-høring. Der regnes pt i regionerne på, hvad kvalitetskravene vil medføre af eventuelle ekstraudgifter.
- På vores egen banehalvdel har sundhedsdirektørkredsen nedsat en tværregional styregruppe, der skal planlægge pilotafprøvning og implementering af digital visitation til behandling for høretab. Den tværregionale styregruppe holder sidste styregruppemøde 15. januar 2025. Herefter afrapporterer styregruppen sit arbejde til SD kredsen i foråret 2025.

#### Baggrund:

Programmet blev igangsat som opfølgning på en aftale mellem Regeringen og Dansk Folkeparti. Målet med programmet var, at borgere med behov for høreapparat i fremtiden skulle opleve større sammenhæng og overskuelighed gennem hele patientforløbet, at kvaliteten i høreapparatbehandlingen var ensartet på tværs af tilbud, og at ventetiden på op til 120 uger blev nedsat

væsentligt. Indenrigs- og Sundhedsministeriet ejer det samlede program, hvor både departementet, Sundhedsstyrelsen, Sundhedsdatastyrelsen, Styrelsen for Patientsikkerhed og Danske Regioner har bidraget til arbejdet med de enkelte indsatsområder.

### **b) Ny benchmarkanalyse om dødsfald blandt ældre – hvor mange ældre ender med at dø på sygehuset?**

Den 27. november 2024 offentliggjorde Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarkingenhed en ny rapport med en analyse af, hvor ældre dør, og hvor stor en andel der dør på sygehuset, både på landsplan og på tværs af regioner, sundhedsklynger og kommuner. Analysen belyser bl.a. forskellige faktoreres betydning for, hvor ældre dør. Resultaterne viser, at det stadig er omkring hver tredje ældre, der dør på sygehuset, selvom de fleste ældre ønsker at dø hjemme. Resultaterne understøtter anbefalingerne fra Danske Regioners nærhedsudspil og udspil om palliation, som præsenterede flere konkrete forslag til at skabe bedre muligheder for, at ældre kan dø hjemme.

Læs rapporten her: [Dødsfald blandt ældre – hvor mange ældre ender med at dø på sygehuset?](#)

Rapporten er også vedlagt som bilag

### **c) Igangsættelse af tilbuddet om gratis fertilitetsbehandling til andet barn**

I forbindelse med Økonomiaftalen 2025 indgik Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Danske Regioner en udmøntningsaftale på 150 mio. kr. årligt fra 2025 og frem til at styrke fertilitetsområdet og tilbyde vederlagsfri fertilitetshjælp til andet barn.

Tilbuddet trådte i kraft den 1. december 2024, og klinikkerne modtager nu henvisninger og opstarter behandlingen. DR dækkede historien mandag den 2. december, som kan læses her: [Link](#). Artiklen beskriver, hvordan fertilitetsklinikkerne er blevet klar til det nye tilbud. Alle landets ni offentlige fertilitetsklinikker har ansat flere medarbejdere, købt udstyr og nogle er i gang med ombygninger.

Som en del af aftalen var parterne enige om, at regionerne forpligter sig til at anvende den private kapacitet som et supplement til opbygningen af tilbuddet. Region Hovedstaden har stået for udbudsaftalerne, og der er nu indgået kontrakter med tre private klinikker. Ved anvendelse af den private kapacitet skal der nationalt udbydes 1000 antal reagensglasbehandlinger (IVF- og dertilhørende FER-behandlinger) over en toårig periode. Ligeledes er det

aftalt, at ventetidsopførelsen til fertilitetsbehandling skal styrkes. Dette arbejde er igangsat på tværs af regionerne.

---

## **Økonomi**

Ingen bemærkninger

---

## **Sekretariatets bemærkninger**

Ingen bemærkninger

---

## **Kommunikation**

Ingen bemærkninger

---

## **Bilag**

1. Dødsfald blandt ældre - hvor mange ældre ender med at dø på sygehuset (1741332 - EMN-2020-00308)

## 7 (Offentlig) Regionernes fremadrettede arbejde med ATMP

---

Emilie Sophie Frank  
EMN-2023-01264

### Resumé

ATMP'er er nye banebrydende behandlingsmetoder, der potentielt kan kurere sygdomme ved at tilføje eller ændre i patientens gener, celler eller væv. ATMP'er er dog meget dyre, og der mangler data på langtidseffekten. Som supplement til de kommercielt udviklede ATMP'er, arbejder de kliniske miljøer også med forskning i og udvikling af ATMP'er. Klinikerne oplever dog en række udfordringer – herunder at reguleringen af området er meget omfattende.

I regeringens netop lancerede Life Science strategi er der afsat 25,5 mio. kr. over fire år til området. Midlerne forventes bl.a. at gå til etablering af en national samarbejdsstruktur med Én indgang for forskere, klinikere og virksomheder og styrket rådgivning omkring de regulatoriske forhold.

Cheflæge i Klinisk Immunologi og leder af Center for Gen- og Celleterapi ved AU/AUH, Bjarne Kuno Møller, holder et indledende oplæg om genterapi og arbejdet med akademiske ATMP'er.

---

### Indstilling

*Det indstilles,*

at sundhedsudvalget tager orienteringen om regionernes arbejde med ATMP'er til efterretning,  
at udvalget kommenterer oplægget fra Bjarne Kuno Møller

---

### Sagsfremstilling

#### Baggrund

Udviklingen af nye former for *Advanced Therapy Medicinal Products* (ATMP) – også kaldet gen- og celleterapi samt vævsteknologier – er i stor vækst og forventes at stige yderligere i de kommende år. Kort fortalt handler ATMP om at behandle – og i nogle tilfælde kurere – patienter ved at tilføje eller ændre i patientens gener, celler eller væv. Det kan fx gøres ved at ændre patientens gener for at kurere en genetiskbetinget sygdom. Eller ved at man udtager celler fra en kræftpatient, hvorefter cellerne i et laboratorium ændres til at kunne slå kræftcellerne ned, når de sættes tilbage ind i kroppen. Et fællestræk fra ATMP'erne er, at de kræver særlige faciliteter, der skal leve op til omfangsrige regulativer pga. bl.a. sikkerhedsmæssige årsager.

Nogle af de første ATMP'er er rettet mod muskelsvind, sjældne øjensygdomme og genetiskbetinget kræft. Målgrupperne for behandlingen er



ofte små patientgrupper med alvorlige og sjældne sygdomme, hvor behandlingsmulighederne indtil nu ofte har været sparsomme. Det er derfor et potentielt meget stort fremskridt for patienter med sjældne genetiskbetingede sygdomme. Udfordringerne er dog, at behandlingerne er meget dyre – kan være tocifrede millionbeløb – og at der mangler data på, om effekten bevares på den længere bane.

### **Akademiske og kommercielle ATMP'er**

Medicinrådet har indtil videre anbefalet seks kommercielle ATMP'er og tre yderligere er i øjeblikket under vurdering. Udover de kommercielle ATMP'er, der udvikles af industrien og afprøves på danske og udenlandske hospitaler, arbejder de kliniske miljøer i Danmark også med udvikling af egne ATMP'er – kaldet akademiske ATMP'er. To fordele ved de akademiske ATMP'er er, at klinikerne og ikke industrien bestemmer, hvad der skal forskes i, samt at de er markant billigere at anvende.

Udvikling af og behandling med ATMP'er er præget af en række udfordringer, hvor nogle går på tværs og andre primært gælder for enten de akademiske eller de kommercielle ATMP'er. En tværgående udfordring handler om behovet for en styrket national samarbejdsstruktur med en central koordineringsfunktion, der kan hjælpe med rådgivning ift. bl.a. regler på området, matche virksomheder med afdelinger ift. klinisk afprøvning og at sørge for vidensdeling på tværs af landet.

- Særlige udfordringer ift. de akademiske ATMP'er
  - Reguleringen af området er meget komplekst og nogle af de centrale skemaer omkring fremstilling af ATMP'er tager flere år for afdelingerne at udfylde. Det kræver mange ressourcer i klinikken. Der vil kunne være stordriftsfordele i at have centralt placerede juridiske kompetencer til at hjælpe med dette.
  - Koordinering og arbejdsdeling på tværs af landet, så det aftales, hvor fremstilling af de enkelte ATMP'er skal foregå for at bruge sundhedsvæsenets ressourcer bedst muligt – herunder mulig arbejdsdeling mellem de nordiske lande for de meget små patientgrupper.
  - Hvis de akademiske ATMP'er skal tages i anvendelse i en skala, så større patientgrupper kan komme i behandling, vil det kræve midler til etablering af større faciliteter til fremstilling af ATMP'er.
- Særlige udfordringer ift. de kommercielle ATMP'er
  - Når ATMP'er vurderes i Medicinrådet sker det ofte på et sparsomt datagrundlag med manglende viden om

langtidseffekterne. Der er derfor et behov for at følge effekten via tidstro data, når ATMP-behandlinger tages i brug.

### **Midler til ATMP-området i Life Science strategien og det videre arbejde**

Danske Regioner og Amgros oprettede primo 2023 en national ATMP-arbejdsgruppe på administrativt niveau. Gruppen består af det offentlige Danmark herunder staten. Lif (Lægeindustriforeningen) har dog netop fået plads i gruppen.

I november 2023 ansøgte Amgros på vegne af den nationale ATMP-arbejdsgruppe om 25 mio. kr. i regeringens Life Science strategi til opbygning af en styrket national samarbejdsstruktur med udgangspunkt i den eksisterende arbejdsgruppe. I ansøgningen fremgår tre leverancer:

- Afdækning af internationale erfaringer med organisering af området ift. etablering af en dansk struktur
- Afdækning af de regulatoriske forhold på området med henblik på at kunne guide og rådgive om arbejdet med ATMP
- Beskrivelse af modeller for tidstro opfølgning på effekten af de igangsatte ATMP'er.

I regeringens udspil til en ny Life Science strategi, der blev lanceret primo november 2024, er der afsat 25,5 mio. kr. til ATMP-området fordelt over fire år. Det fremgår af strategien, at midlerne skal gå til udviklingen af en samarbejdsstruktur på området samt til en styrket rådgivningsindsats i Lægemiddelstyrelsen. Danske Regioner afventer aktuelt en melding fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet om, hvordan midlerne fordeles mellem de to initiativer.

---

## **Økonomi**

Ingen bemærkninger

---

## **Sekretariatets bemærkninger**

Ingen bemærkninger

---

## **Kommunikation**

Ingen bemærkninger

---

# Bilag

## 8 (Offentlig) Eventuelt

---

Susanne Wessel  
MDR-2024-00174

### Resumé

-

---

### Indstilling

*Det indstilles,  
at*

---

### Sagsfremstilling

-

---

### Økonomi

Ingen bemærkninger

---

### Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

---

### Kommunikation

Ingen bemærkninger

---

### Bilag

## 9 (Offentlig) Næste Sundhedsudvalgsmøde den 27. februar 2025

---

Susanne Wessel  
MDR-2024-00174

### Resumé

Næste møde i Sundhedsudvalget afholdes hos Danske Regioner den 27. februar 2025 kl.10.00 -14.00. Møder for hele 2025 er indkaldt i Outlook.

---

### Indstilling

*Det indstilles,*  
at sundhedsudvalget tager orienteringen til efterretning.

---

### Sagsfremstilling

-

---

### Økonomi

Ingen bemærkninger

---

### Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

---

### Kommunikation

Ingen bemærkninger

---

### Bilag

## 10 (Offentlig) Besøg på Friklinikken

---

Luna Lundberg Nielsen  
EMN-2022-00714

### Resumé

Danske Regioners sundhedsudvalg besøger Friklinikken på Grindsted sygehus. Her skal udvalget have et oplæg om klinikkens historie samt en rundvisning på Kirurgisk afdeling.

---

### Indstilling

*Det indstilles,*  
at sundhedsudvalget tager program mv. til efterretning.

---

### Sagsfremstilling

#### Program

Vi mødes i forhallen til Grindsted Sygehus kl. 10:00. Adressen er Friklinikken i Region Syddanmark, Engparken 1, 7200 Grindsted.

<b>Tid</b>	<b>Program</b>
10:00 – 10:05	Velkomst
10:05 – 12:00	Møde i sundhedsudvalget
12:00 – 12:30	Frokost
12:30 – 13:15	Oplæg inklusiv spørgsmål v. Klinikchef Torsten Wentzer Licht om Friklinikkens historie og grundlag
13:15 – 13:45	Rundvisning v. Chefsygeplejerske Marion Høhrmann Eriksen på Kirurgisk Afd.
13:45 – 14:00	Tak for i dag

#### Kort baggrund om Friklinikken

Friklinikken på Grindsted Sygehus er en del af Region Syddanmark og fungerer som et selvstændigt sygehus. Klinikken tilbyder hurtig adgang til behandlinger inden for flere specialer, såsom kroniske smerter og hjertelidelser.

Friklinikken arbejder behovsorienteret, hvilket betyder, at de justerer deres aktiviteter efter efterspørgslen på forskellige behandlingstyper. Dette gør det muligt for dem at tilbyde korte ventetider og sikre, at patienter hurtigt kan få den nødvendige behandling.

Formålet med Friklinikken er at sikre korte ventetider for borgerne i Region Syddanmark, ligesom Friklinikken fungerer som et omvisiteringssted, der understøtter regionen i at opfylde behandlingsretten.

Link til Friklinikkens hjemmeside: [Friklinikken - Region Syddanmark](#)

---

## **Økonomi**

Ingen bemærkninger

---

## **Sekretariatets bemærkninger**

Ingen bemærkninger

---

## **Kommunikation**

Ingen bemærkninger

---

## **Bilag**

<b>Bilag Titel:</b>	<b>Integration af psykiatri og somatik</b>
<b>Dagsordens titel</b>	<b>Drøftelse og aktuelle emner vedr. sundhedsreform</b>
<b>Dagsordenspunkt nr</b>	<b>1</b>
<b>Bilag nr</b>	<b>1</b>
<b>Antal bilag:</b>	<b>5</b>





## Integration af psykiatri og somatik

EMN-2024-01122

---

### Resumé

Aftale om sundhedsreform 2024 lægger op til at ændre på strukturen, opgavefordelingen og økonomien i sundhedsvæsenet. Et af de initiativer, regeringen peger på, er, at psykiatrien organisatorisk skal integreres med somatikken, og at integrationen skal ske gennem aftale med regionerne.

Danske Regioners bestyrelse har på møde d. 21. november 2024 besluttet en række anbefalinger til fællesregionale mål og fokus for processen, herunder at tværregional koordination og videndeling sikres.

Der var som oplæg til beslutningen udarbejdet et notat med forslag til fællesregionale mål og proces for organisatorisk integration af psykiatri og somatik, som er vedlagt.

Bestyrelsen besluttede, at notatet skal distribueres i regionerne, og at bestyrelsen skal have status for integrationen medio 2025.

---

### Indstilling

*Det indstilles,*  
*at Sundhedsudvalget tager orienteringen til efterretning.*

---

### Sagsfremstilling

Aftale om sundhedsreform 2024 lægger op til at ændre på både strukturen, opgavefordelingen og økonomien i sundhedsvæsenet. Et af de initiativer, regeringen peger på, er, at der skal ske en organisatorisk integration af psykiatrien og somatikken.

Målet med integrationen er at sikre en bedre og mere sammenhængende indsats for alle patienter, herunder at patienter med både fysisk og psykisk sygdom, der ofte har komplicerede forløb og behov for samtidige og koordinerede indsatser, får den rette behandling af høj kvalitet i tide.

Det er hensigtsmæssigt, at regionerne koordinerer en fælles retning på området. Danske Regioners bestyrelse har derfor besluttet en række fællesregionale mål for processen, og at der i processen sker tværregional koordination og videndeling.

Der er udarbejdet et notat med forslag til fællesregionale mål og proces, som præsenteres under følgende overskrifter:

- Regionernes fælles mål for integrationen
- Elementer i den konkrete planlægning af integrationen
- Sikring af fortsat fremdrift i psykiatrien

Bestyrelsen besluttede, at notatet skal distribueres i regionerne, og at bestyrelsen skal have status for integrationen medio 2025.

---

## Økonomi

Ingen bemærkninger

---

## Sekretariatets bemærkninger

Punktet er på lukket dagsorden, da der på tidspunkt for udarbejdelse af sag til udvalget endnu ikke er offentliggjort beslutning fra bestyrelsens behandling af sagen.

Psykiatri- og Socialudvalget forelægges tilsvarende sag.

---

## Kommunikation

Ingen bemærkninger

---

## Beslutninger

.



## **Relateret document 2/5**

**Dokument Navn:** Notat - integration af psykiatri og somatik.pdf

**Dokument Titel:** Notat - integration af psykiatri og somatik

**Dokument ID:** 1738534



## NOTAT

### Fællesregionale mål for organisatorisk integration af psykiatri og somatik

04-11-2024

EMN-2024-01122

1735061

Den politiske aftale om en sundhedsreform lægger op til at ændre på både strukturen, opgavefordelingen og økonomien i sundhedsvæsenet. Et af de initiativer, der peges på er, at psykiatrien og somatikken skal integreres organisatorisk, og at integrationen skal ske gennem aftale med regionerne. Samtidig får sundhedsrådene ansvar for behandlingstilbuddene for både fysisk og psykisk sygdom i deres område.

Målet med integrationen er at sikre en bedre og mere sammenhængende indsats for alle patienter, herunder at patienter med både fysisk og psykisk sygdom, der ofte har komplicerede forløb og behov for samtidige og koordinerede indsatser, får den rette behandling af høj kvalitet i tide.

Psykiatrien har over de seneste år gennemgået en betydelig udvikling og er aktuelt i gang med implementeringen af en 10-årsplan, der skal løfte kvaliteten i indsatserne for patienten. En integration af psykiatri og somatik skal bruges til at understøtte og accelerere et fortsat løft af kvaliteten i psykiatrien, og skal samtidig også bidrage til læring i somatikken. Regionerne har således en klar ambition om, at integration af psykiatrien og somatikken skal give et samlet kvalitetsløft for både mennesker med fysiske og psykiske sygdomme, samt mennesker med flere forskellige sygdomme.

Integrationen af psykiatri og somatik åbner mulighed for at gentænke den samlede governance i sundhedsvæsenet, når det gælder den ledelsesmæssige, faglige og organisatoriske struktur. Dette også set i lyset af det politiske udspil om mere nærhed for patienten, hensyn til almen praksis og de nye sundhedsråd, der både skal beskæftige sig med psykiatri og somatik.

Psykiatrien er i dag det næststørste lægefaglige speciale efter almen medicin og en integration mellem psykiatri og somatik kræver en fælles forpligtende beslutning på tværs af regioner og en veltilrettelagt inddragende proces, der samtidig tager højde for de organisatoriske, fysiske og geografiske forskelle på tværs af regioner.

Processen, der tilrettelægger den organisatoriske integrationen af psykiatri og somatik bør indledes i forlængelse af den politiske aftale om en sundhedsreform og med en tydelig plan herfor i regionerne, idet der ellers kan være risiko for tab af ledelseskraft og faglige kompetencer samt tab af momentum i forhold til den positive udvikling, der har været i psykiatrien de seneste år.

Danske Regioner opfordrer derfor til, at regionerne igangsætter integrationen mellem psykiatri og somatik senest primo 2025. Mens den konkrete proces skal tilrettelægges med inddragelse af de berørte ledere i den enkelte region og tage afsæt i den regions konkrete forhold, så vil det være hensigtsmæssigt, hvis der på tværs af regionerne er tale om en fælles forståelse af integrationens formål og nogle fælles elementer, som kan danne grundlag for koordination og videndeling mellem regionerne.

I det følgende præsenteres Danske Regioners oplæg til beslutning under følgende overskrifter:

- Regionernes fælles mål for integrationen
- Elementer i den konkrete planlægning af integrationen
- Sikring af fortsat fremdrift i psykiatrien

Målene er formuleret ud fra en forudsætning om, at der næppe på kort sigt vil ske en fysisk sammenlægning af psykiatri og somatik i alle regioner. Dels vil det kræve, at der tilføres betydelig økonomi, dels har regionerne meget forskellige forudsætninger for på kort sigt at kunne lave anlægsmæssige forandringer.

#### Regionernes fælles mål for integrationen

*Danske Regioner anbefaler, at alle regioner primo 2025 igangsætter en proces, der skal sikre integration af psykiatri og somatik på regions- og hospitalsniveau med det mål, at patienter skal opleve indsatser med større sammenhæng og kvalitet. Målet er, at en integration skal give et yderligere løft af indsatsen for mennesker med psykiske lidelser.*

Der er allerede i dag gode eksempler på, hvordan regionerne arbejder med at skabe øget integration og samarbejde mellem psykiatri og somatik. Der til er der truffet en fælles regional beslutning om at styrke behandlingen af somatiske sygdomme blandt psykiatriske patienter, herunder at alle regioner skal udvikle og beskrive, hvordan der i de enkelte regioner kan sikres regelmæssige strukturerede somatiske indsatser i den stationære psykiatri og ambulante. En organisatorisk integration kan med fordel inddrage erfaringerne fra dette arbejde.

En organisatorisk integration skal anvendes til, at psykiatrien og somatikken i højere grad støtter og inspirerer hinanden, og til i højere grad at samarbejde om patienten. Større viden om og forståelse for vilkår og symptombillede på tværs af psykiatri og somatik kan bidrage til såvel tidligere fund af somatisk sygdom hos psykiatriske patienter som større opmærksomhed på psykisk sygdom hos somatiske patienter. Resultatet vil være, at alle patienter oplever en mere helhedsorienteret hjælp, udredning og behandling, og at der generelt sker en afstigmatisering af psykisk sygdom.

Potentialerne ved en organisatorisk og ledelsesmæssig integration af psykiatri og somatik er derudover øget mulighed for faglig udvikling, forskning og læring på tværs af lægelige specialer. Der er et stort potentiale for at skabe stærke faglige miljøer og dermed bedre muligheder for rekruttering af medarbejdere. Historisk har der ikke været de samme muligheder for en forskningskarriere i psykiatrien som i somatikken. En øget integration vil skabe nye forskningsfelter, herunder i årsagssammenhænge mellem udvikling af psykiatrisk og somatisk sygdom. Dette vil styrke den faglige indsigt i såvel psykiatrien som somatikken.

Psykiatrien har over årene udviklet betydelige ambulante og udgående tilbud og der har været en stærk udvikling af velfungerende digitale tilbud med gode resultater. En udvikling, der også tilstræbes i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, og hvor psykiatrien vil kunne vise vejen.

I tillæg til den faglige synergi og gensidige inspiration vil integration af psykiatri og somatik understøtte udviklingen af en stærk fælles kultur med en gensidig forståelse af kompleksitet og sammenhæng mellem genetiske, psykiske og sociale forholds betydning for sygdom, sygdomsmestring og helbredelse på tværs af diagnoser. Integration af psykiatri og somatik vil i det hele taget udgøre et væsentligt bidrag til den ligestilling mellem områderne, der har været efterlyst over årene.

Et centralt element i sundhedsreformen er etablering af sundhedsråd, der både skal beskæftige sig med somatiske og psykiatriske patienter. Sundhedsrådene bør som en vigtig opgave sikre bedre sammenhæng og koordination mellem hospitalsbehandlingen, herunder ambulante og udgående tilbud, indsatser i almen praksis og kommunale psykosociale indsatser. Mange mennesker med psykisk sygdom modtager i vid udstrækning også tilbud fra den kommunale socialpsykiatri. Det har været en stadig udfordring at binde forløb før, under og efter indlæggelse eller ambulante behandling sammen for mennesker med psykisk sygdom og derfor bør socialpsykiatrien være en del af genstandsfeltet for sundhedsrådene.

## Elementer i den konkrete planlægning af integrationen

*Danske Regioner anbefaler, at alle regioner udarbejder en plan for organisatorisk, administrativ og ledelsesmæssig integration af psykiatri og somatik med inddragelse af begge parter. Planen skal sikre, at der er tilstrækkelig forståelse, indsigt og kompetencer i psykiatrien administrativt og ledelsesmæssigt både på koncern- og hospitalsniveau.*

Et klart ledelsesmæssigt ansvar med relevant indsigt i psykiatri skal medvirke til at sikre, at psykiatrien ikke overses eller nedprioriteres blandt de øvrige specialer. Det bør derfor overvejes, hvordan ledelsesstrukturen understøtter, at de relevante kompetencer i forhold til psykiatri sikres på rette niveau.

Hospitaler med overlappende population vil i fremtiden få en samlet ledelse med ansvar for både somatik og psykiatri. Men det vil, i lighed med håndteringen af specialiserede hospitalsfunktioner i somatikken, ikke være alle hospitaler, der har ansvar for de specialiserede indsatser, der i dag varetages få steder i landet. Der kan desuden være psykiatriske afdelinger, hvor den samlede volumen er lav og hvor der er behov for at samorganisere på tværs af matrikler for at sikre faglig bæredygtighed. Det kan fx være i retspsykiatrien og børne- og ungepsykiatrien og her kan man med fordel integrere samlet i større enheder. Det vil i alle henseender være vigtigt, at der tages de fornødne hensyn til faglig bæredygtighed og robusthed i integrationen.

Psykiatrien er i dag i alle regioner organiseret som et selvstændigt hospital med flere matrikler og med egen direktion og administration og støttefunktioner

Det er den enkelte region, der tilrettelægger den organisatorisk integration, så det tilpasses lokale og geografiske forhold.

## Sikring af fortsat fremdrift i psykiatrien

*Danske Regioner anbefaler, at alle regioner sikrer, at det tværgående ledelsesmæssige fokus på fortsat at løfte kapacitet og kvalitet i psykiatrien fastholdes.*

Psykiatrien har gennemgået en markant faglig udvikling, der i de seneste år har været forankret i et stærkt udviklingsarbejde på tværs af regioner med øget faglig synergi. Der vil i de kommende år ligeledes være et betydeligt arbejde med udvikling og implementering af en lang række væsentlige initiativer i regi af 10-årsplanen for psykiatri og mental sundhed. Derfor er et



fortsat ledelsesmæssigt fokus på fortsat at løfte kapacitet og kvalitet i psykiatrien afgørende.

Det er i den forbindelse væsentligt, at det store fokus på at sikre ensartet psykiatrisk behandling af høj kvalitet på tværs af afdelinger fastholdes, og at der ikke tabes momentum i forhold til fælles udvikling af kvaliteten af den psykiatriske indsats. En indsats, hvor der de sidste 10-12 år er udviklet og implementeret pakkeforløb og hvor den faglige kvalitet er højnet, herunder i forhold til brug af psykoterapeutiske metoder og mere ambulante behandling - også til svært syge i eget hjem.

Der er behov for at sikre en *regionalt* forankret indsats med forbindelse til de enkelte hospitaler og med fortsat fokus på kvalitetsudvikling og implementering af nye midler og tiltag under 10-års planen. Organiseringen skal passe til den enkelte region, men kan eksempelvis lade sig inspirere af eksisterende modeller for sundhedsfaglige råd.

Lige så væsentligt vil det være at fastholde momentum i den *tværregionale* kvalitetsindsats i psykiatrien. Det kan ske ved den fortsatte indsats med at udvikle og drive de tværfaglige kvalitetsgrupper – Danske Multidisciplinære Psykiatri Grupper (DMPG'er) - som er inspireret af kræftområdets Danske Multidisciplinære Cancer Grupper. DMPG'erne udarbejder kliniske retningslinjer og styrker forskning og videndeling inden for specifikke sygdomsområder.

Endelig vil det være hensigtsmæssigt, at regionerne sikrer en tværregional koordination og videndeling i integrationsprocessen. Det kan fx være ved, at der etableres en følgegruppe, der løbende følger op på de erfaringer, der gøres med den organisatoriske integration i de enkelte regioner. Desuden bør det undersøges, hvilke erfaringer, der er fra andre lande i forhold til organisatorisk integration af psykiatri og somatik.

**Relateret document 3/5**

**Dokument Navn:** Sundhedsreformen - den endelige aftale.pdf

**Dokument Titel:** Sundhedsreformen - den endelige aftale

**Dokument ID:** 1740214

AFTALE OM  
**SUNDHEDS-  
REFORM 2024**



**DANSKE  
REGIONER**

**Sundhedsreformen  
– den endelige aftale**

# Aftalen

- 1) Ny organisering af sundhedsvæsenet
- 2) Indsatser i reformen
- 3) Tidsplan
- 4) Økonomi



# Fire nye regioner

Nye regioner	Antal regionsrådsmedlemmer	Antal sundhedsråd
Region Østdanmark	47	6
Region Syddanmark	31	4
Region Midtjylland	31	5
Region Nordjylland	25	2

# Ny Region Østdanmark

- Det nyvalgte regionsråd for den kommende Region Østdanmark vil i 2026 fungere som et forberedende udvalg, som skal forberede etablering af en ny region.
- Regeringen vil i foråret 2026 indgå en særskilt implementeringsaftale med det forberedende regionsråd i Region Østdanmark om sammenlægningen.
- Den nye Region Østdanmark får hovedsæde i Sorø. Det nuværende hovedsæde for Region Hovedstaden i Hillerød vil fortsat kunne danne rammen om en række regionale opgaver.

# Regionernes forpligtelser

- ✓ Sikre lægedækning i det almenmedicinske tilbud i hele regionen
- ✓ Understøtte de kommunale tilbud inden for regionernes geografiske område
- ✓ Udvikle og robustgøre akutsygehusene i hele landet samt sikre lægedækning på de mindre sygehuse
- ✓ Understøtte kvalitetsarbejdet på tværs af sundhedsvæsenet
- ✓ Prioritere bedre fysiske rammer for nye lokale sundhedsindsatser
- ✓ Underbygge og understøtte hjemmebehandling
- ✓ Efterleve mål for den akutte sundhedsindsats
- ✓ Indhente Sundhedsstyrelsens godkendelse af praksisplaner for privatpraktiserende speciallæger
- ✓ Sikre tilstrækkelig kapacitet og geografisk tilgængelighed for borgerne i de regionale sundhedstilbud
- ✓ Geografisk tilgængelighed på regionale sundheds- og omsorgspladser
  - ✓ Skal som udgangspunkt forefindes i alle kommuner, med mindre hensyn til faglig og organisatorisk bæredygtighed tilsiger andet

# 17 nye Sundhedsråd

- Kommuner med under 80.000 indbyggere har 1 repræsentant. Kommuner mellem 80.000-300.000 indbyggere har 2 repræsentanter. Kommuner med over 300.000 indbyggere har 3 repræsentanter.
- Alle medlemmer har én stemme, og der er **regionalt flertal** i alle sundhedsråd.
- Sundhedsrådets **formand og næstformand** vælges af og blandt regionsrådets medlemmer.
- **Standsningsret** skal udgøres 1/3 af sundhedsrådets regionsrådsmedlemmer eller af formanden for sundhedsrådet.
- En kommune kan deltage som **observatør** i et andet sundhedsråd end det sundhedsråd, som kommunen er omfattet af, hvis særlige hensyn taler for det. Beslutning ligger hos sundhedsrådet, men pladsen kan også tildeles af ministeren.
- Der skal etableres et **patient- og pårørendeudvalg** i alle regioner, som skal have karakter af et kontaktudvalg

**Tabel 1**  
Antal medlemmer i sundhedsrådene

	Antal regionale repræsentanter	Antal kommunale repræsentanter	Antal medlemmer i alt
<b>Østdanmark</b>			
Hovedstaden	7	6	13
Hovedstaden Syd og Vest	10	9	19
Hovedstaden Nord	10	9	19
Nordsjælland	9	8	17
Midt- og Vestsjælland	11	10	21
Østsjælland og Øerne	11	10	21
<b>Syddanmark</b>			
Sydvestjylland	7	6	13
Trekantområdet	7	6	13
Sønderjylland	5	4	9
Fyn	11	10	21
<b>Midt</b>			
Midt	6	5	11
Kronjylland	6	5	11
Aarhus	5	4	9
Horsens	6	5	11
Vestjylland	8	7	15
<b>Nord</b>			
Vendsyssel	5	4	9
Limfjorden	9	8	17
<b>I alt</b>	<b>133</b>	<b>116</b>	<b>249</b>



# Sundhedsrådenes opgaver

- Det umiddelbare politiske og forvaltningsmæssige ansvar for drift og udvikling af regionens sundhedsopgaver inden for et afgrænset geografisk område og inden for de rammer, der er fastlagt af regionsrådet
- Det umiddelbare ansvar for regionens opgaver på socialområdet
- Vedtage en nærsundhedsplan
- Lokal planlægning af det almenmedicinske tilbud og praksissektor
- Opgaver, der overtages fra kommuner
- Hjemmebehandling
- Aftaler om sammenhængende forløb
- Lokalt samarbejde med kommuner om rekruttering

# Opgaveflytning: Fra kommune til region

- Den akutte specialiserede sygepleje
- Den patientrettede forebyggelse
- Genoptræning efter sundhedsloven
  - Rehabilitering på specialiseret niveau og dele af avanceret genoptræning
- Tilbud om midlertidig ophold på sundheds- og omsorgspladser til borgere med behov for en sundhedsfaglig indsats

# Opgaver udover sundhed

## Består

- Drift af tilbud og institutioner på det specialiserede socialområde og på specialundervisningsområdet
- Jordforurening
- Råstofindvinding på land
- Opgaver på uddannelsesområdet
- Indstillingsret til 20 pct. af socialfondsmidlerne i programperioden 2021-2027
- Åbenhed om privat partistøtte for folketingskandidater og kredsorganisationer
- Grænseoverskridende samarbejde, herunder Interreg-projekter, som ligger inden for deres opgaveportefølje på det regionale udviklingsområde
- Region Syddanmark og Østdanmark skal have adgang til også at kunne deltage i og medfinansiere grænseoverskridende samarbejder på kulturområdet
- Opgaver relateret til kollektiv trafik (placeringen afventer anbefalingerne fra Ekspertudvalget om kollektiv mobilitet i hele Danmark)

## Bortfalder

- Øvrige opgaver om regional udvikling, herunder muligheder for at udarbejde udviklingsstrategier samt aktiviteter, der relaterer sig hertil
- De midler regionerne i dag bruger på kulturelle aktiviteter overføres til kommunerne
- Klimatilpasning

# Prioritering, innovation og digitalisering

- **Nationalt prioriteringsråd.** Kan forudsætte tilpasninger i nuværende prioriteringsorganer.
- **Digital Sundhed Danmark:** Samler i første omgang sundhed.dk, MedCom og Sundhedsdatastyrelsen. Skal ejes af kommuner, regioner og staten i fællesskab.
- **Nationalt Center for Sundhedsinnovation:** Etableres selvstændigt og forankres i Digital Sundhed Danmark. Opgaveporteføljen og finansieringsmodel skal drøftes med regioner og kommuner.

# INDSATSER I REFORMEN

## 2. Flere læger og bedre fordeling af det almenmedicinske tilbud

- National fordeling af ydernumre og lægekapaciteter og ny honorarstruktur
- Antallet af alment praktiserende læger øges til mindst 5.000 i 2035
- Afsættes midler til at styrke det almenmedicinske tilbud i områder med lægemangel og mange behandlingskrævende borgere
- Nuværende lovgivningsmæssige barrierer fjernes for at muliggøre etablering af nye og flere klinikformer
- Regionerne får ansvaret for at lede og understøtte det almen medicinske tilbud – skal bl.a. have fokus på henvisningspraksis
- Nationalt fastsat opgavebeskrivelse for almen medicin
- Ny aftalemodel for alment praktiserende læger
- Antal ydernumre ejet af én læge begrænses til 3 fra 6

## 3. Sundhedsvæsenet skal styrkes dér, hvor behovet er størst

- **National sundhedsplan:** Der udarbejdes en national sundhedsplan, som sætter en fælles strategisk retning for hele sundhedsvæsenet
- **Flere medicinuddannelsespladser** udenfor de største byer og ønske om et større fokus på almenmedicinske kompetencer
- **Flere speciallæger** (uddannelsesstillinger) inden for almen medicin, geriatri, voksen og B&U-psykiatrien
- **Flere uddannelsesforløb** i den lægelige videreuddannelse placeres **uden for de større byer**
- **Flere og nye karriereveje** for lægerne, hvor almene kompetencer og nærhed til patienterne fylder mere
- Fortsat **ledelsesfokus på fleksibel opgavevaretagelse** i sundhedsvæsenet
- Der indføres **nationale retningslinjer** for regionernes planlægning af praktiserende speciallægehjælp
- En national aftale om **lofter for antallet af speciallægestillinger** på landets universitetshospitaler (individuelt fastsat pr. hospital)
- Der indføres et mål for andelen af ph.d.-stillinger i regionerne, som målrettes det almene sundhedsvæsen til bl.a. at tilskynde **mere forskning i det nære sundhedsvæsen**
- **Dansk Center for Sundhedstjenesteforskning**, som er placeret på Aalborg Universitet i Aalborg, styrkes med en fast bevilling målrettet reformens implementering og får en national rolle

## 4. Bedre forløb for borgere med kronisk sygdom

- **Kronikerpakker:** Der indføres sygdomsspecifikke kronikerpakker til mennesker med kronisk sygdom: KOL (2027), diabetes (2028), hjertesygdomme (2029), kompleks multisygdom (2031)
- **Indsatser for bedre præhabilitering** og evidensbaseret tilbud om træning til mennesker med slidgigt i knæ og hofte
- **Fri fysioterapi:** Der igangsættes storskala forsøg for at undersøge, om man kan afskaffe kravet om lægehenviisning til fysioterapi med henblik på at opnå mere smidige patientforløb og aflaste særligt det almenmedicinske tilbud
- **Hjælpemidler:** Ministeriet vil arbejde videre med at udarbejde en model for tildeling af behandlingsredskaber og hjælpemidler.
- **Befordringsregler:** Der gennemføres et eftersyn af befordringsreglerne i sundhedsloven, som understøtter, at borgerne i højere grad kender deres muligheder og kan gøre brug af dem
- **Demens:** Styrket indsats for mennesker med demens mhp. at sikre hurtigere udredning, som også sker tættere på borgeren



## 5. Frit valg og styrkede patientrettigheder

- Der indføres ret til hurtig udredning og behandling hos praktiserende speciallæger
- Frit valg til regionale sundheds- og omsorgspladser
- Frit valg til almen sygepleje som del af helhedsplejen
- Ret til digitale sundhedstilbud og vision om digital fordør, som skal være borgernes digitale indgang til sundhedsvæsenet
- Der afsættes samlet 175 mio. kr. i 2025 til kapacitetsopbygning på psykiatriområdet, herunder fordeles 150 mio. kr. til regionerne til kapacitet i børne- og ungdomspsykiatrien
- Fokus på at patienterne informeres om deres rettigheder på en tydelig og letforståelig måde

## 6. Mere behandling i eller tæt på eget hjem

- Etablering af hjemmebehandlingsteams i hele landet
- Sygehusenes behandlingsansvar udvides til 96 timer efter udskrivning
- Fasttilknyttet læge på botilbud og forsorgshjem
  - Regionens forpligtelse til at sikre fasttilknyttet almenmedicinsk lægehjælp fastlægges som en del af opgavebeskrivelsen for det almenmedicinske tilbud fra 2027
- Styrke udbredelsen af digitale løsninger i psykiatrien ved at bygge oven på indsatsen fra Aftale om En bedre psykiatri fra 2023
- Kvalitetsløft af den kommunale sundhedsindsats via sundhedsrådene
- Styrkelse af den samlede palliative indsats, herunder regionale tilbud vedr. specialiseret palliation som fx udgående palliative teams eller udgående hospiceteams

## 7. Folkesundhedslov

- Der indføres en folkesundhedslov for at styrke den strukturelle forebyggelse i kommunerne
- Loven forpligter dermed kommunerne til at arbejde systematisk og på tværs af velfærdsområder med at styrke folkesundheden og mindske uligheden i sundhed uden, at det indebærer øget administration for kommunerne
- Loven udarbejdes bl.a. med inspiration fra relevante organisationer og eksperter samt erfaringer fra fx Norges folkesundhedslov

## 8. Moderne sygehuse, bedre fysiske rammer for lokale sundhedsindsatser og digitale løsninger

- Der etableres en sundhedsfond på i alt 22 mia. kr. (anlægsmidler) til vedligeholdelse og modernisering af sygehuse
- Der afsættes 3,5 mia. kr. (anlægsmidler) i 2027 til 2031 til nybyggeri, ombygning og/eller renovering af de fysiske rammer for lokale sundhedsindsatser samt nødvendige investeringer i it, teknologi og udstyr

# Tidspunkter for ikrafttrædelse af udvalgte, centrale initiativer mv.

Initiativer	2025	2026	2027
		De nuværende regionsråd for Hovedstaden og Sjælland fortsætter.	
Forvaltningsmodel	<p>Lovgivning om bl.a. nye myndigheder med effekt fra den 1. januar 2027 samt overgangsåret og forlængelse af periode for eksisterende regionsråd i Østdanmark i 2026 forventes fremsat april 2025 mhp. vedtagelse juni 2025.</p> <p>Valg til nye regionsråd den 18. november 2025.</p>	<p>Det nyvalgte regionsråd for Østdanmark fungerer som forberedelsesudvalg for den nye region (regionsråd, sundhedsråd, forvaltning m.v.)</p> <p>De nyvalgte regionsråd i øvrige regioner varetager både driftsopgaver samt fungerer som forberedelsesudvalg for reformen i 2026.</p> <p>Der etableres 17 forberedende sundhedsråd, som skal forberede sundhedsrådenes opgaver og virke, som træder i kraft endeligt den 1. januar 2027.</p>	<p>De nye sundhedsråd virker fra den 1. januar 2027.</p> <p>Det nye regionsråd for Østdanmark fungerer som regionsråd for den nye region.</p> <p>De nye regionsråd for øvrige regioner fungerer som regionsråd for de nye regioner fra den 1. januar 2027.</p>
Flytning af dele af regionernes øvrige opgaver	Lovforslag forventes fremsat oktober 2025.		Træder i kraft den 1. januar 2027.
Bortfald af dele af regionernes øvrige opgaver	Lovforslag forventes fremsat oktober 2025.	Træder i kraft den 1. januar 2026.	

# Tidspunkter for ikrafttrædelse af udvalgte, centrale initiativer mv. 2/2

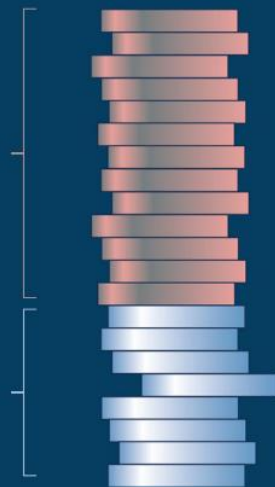
Initiativer	2025	2026	2027
Flytning af opgaver fra kommuner til regioner (akutsygepleje, sundheds- og omsorgspladser, patientrettet forebyggelse, dele af genoptræning m.v.)	Lovforslag forventes fremsat oktober 2025.		Træder i kraft den 1. januar 2027.
Styrket almen medicin	Lovforslaget om styrket kapacitet, bedre fordeling af læger samt flere og nye klinikformer forventes fremsat april 2025. Initiativerne forventes at træde i kraft den 1. juli 2025.		Ny honorarstruktur, aftalemodel og nationalt fastsat opgavebeskrivelse og styrket kompetence til regionerne til at lede og følge op på nationale krav træder i kraft.
Kronikerpakker	Det faglige arbejde igangsættes.	Lovforslag forventes fremsat 2026.	Den første kronikerpakke implementeres fra 2027.
National drifts- og udviklingsorganisation for digitalisering og data (Digital Sundhed Danmark) og Nationalt Center for Sundhedsinnovation	Lovforslag forventes fremsat oktober 2025.	Lovgivningen forventes at træde i kraft den 1. januar 2026. Organisationen etableres i løbet af 2026. Derefter kan organisationen udbygges trinvist med flere opgaver.	
National sundhedsplan	Sundhedsstyrelsen udarbejder udkast til national sundhedsplan.	Aftalen indgås mellem regeringen og kommuner og regioner 2026.	National sundhedsplan forventes at gælde fra 2027.
Indførelse af folkesundhedslov		Lovforslag forventes fremsat i 1. halvår 2026.	Lovgivningen forventes at træde i kraft den 1. januar 2027.

# Økonomi til sundhed

**6,4 mia. kr.** årligt til sundhed (2030-niveau)

**3,6 mia. kr.**  
fra ny prioritering  
til sundhed

**2,7 mia. kr.**  
fra demografiløft



**2,0 mia. kr.**

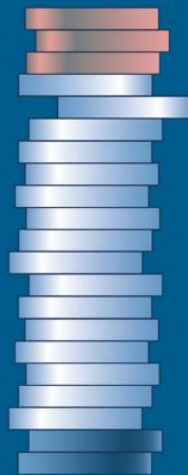
årligt blandt andet til kronikerpakker, nye rettigheder og behandling tættere på borgeren

**4,4 mia. kr.**

årligt til nære indsatser via sundhedsråd

# Økonomi til fysiske og teknologiske rammer

**27,5 mia. kr.** til bedre fysiske og teknologiske rammer over de næste 10 år



**3,5 mia. kr.**

til fysiske rammer for lokale sundhedsindsatser

**22 mia. kr.**

til moderne sygehuse og apparatur

**2,0 mia. kr.**

til innovative løsninger

**Anm.:** 0,2 mia. kr. af de nye midler er finansieret ved opgavebortfald.



### **Relateret document 4/5**

**Dokument Navn:** Sundhedsreformen - hvor adskiller aftalen sig fra regeringens udspil.pdf

**Dokument Titel:** Sundhedsreformen - hvor adskiller aftalen sig fra regeringens udspil

**Dokument ID:** 1740215



## **Sundhedsreformen**

**Centrale justeringer og tilføjelser i den endelige aftale sammenholdt med regeringens udspil.**

# Hvad er nyt i aftalen?

1. Struktur og governance
2. Psykiatri og somatik
3. Midler til psykiatri, demens og palliation
4. Regionernes øvrige opgaver
5. Administration

## AFTALE OM **SUNDHEDS- REFORM 2024**

# Regionsrådene

## Justeringer og tilføjelser i den endelige aftale set i forhold til regeringens udspil:

- Antal regionsrådsmedlemmer i en ny Region Østjylland hæves til 47 medlemmer.
- Vederlag:
  - Regionsrådsformanden, regionsrådsnæstformænd og regionsrådsmedlemmerne vil få et vederlag svarende til niveauet i dag.
  - Der fastlægges et vederlag for sundhedsrådenes formænd (300.000 kr.) svarende til niveauet for de vederlag, som kommunale udvalgsformænd modtager i mellemstore kommuner.
  - Sundhedsrådenes næstformand vil også få et særskilt vederlag (på 69.000 kr).
  - Der fastsættes en vederlagspulje til forretningsudvalg, som regionsrådet selv kan disponere over.
  - De øvrige regionale udvalg får en vederlagspulje, som regionsrådet kan disponere over. Denne vederlagspulje udgør 50 pct. af regionsrådsformændenes vederlag svarende til ca. 2,6 mio. fra 2027.

# Forretningsudvalgene

## I aftalen er præciseret følgende om regionernes forretningsudvalg:

- Forretningsudvalgets medlemstal skal være ulige. Det maksimale antal af forretningsudvalgsmedlemmer fastsættes som det højeste ulige antal under halvdelen af antallet af regionsrådsmedlemmerne, dog maksimalt 19. Minimumsantallet fastsættes som det ulige antal lige over en fjerdedel af antallet af regionsrådsmedlemmer.
  - Maksimale og minimum antal forretningsudvalgsmedlemmer i hver region:
    - Region Nordjylland: Maksimum 11 / minimum 7 medlemmer
    - Region Midtjylland: Maksimum 15 / minimum 9 medlemmer
    - Region Syddanmark: Maksimum 15 / minimum 9 medlemmer
    - Region Østjylland: Maksimum 19 / minimum 13 medlemmer
- Partierne er enige om, at antallet af medlemmer af forretningsudvalget i Region Østjylland skal være 17 i valgperioden 2026-2029.
- Partierne er enige om, at en næstformand for forretningsudvalget skal modtage et særskilt vederlag svarende til 130 pct. af det vederlag, der gives til menige medlemmer af forretningsudvalget inden for den centralt fastlagte pulje målrettet forretningsudvalget. Et særskilt vederlag til en næstformand for forretningsudvalget skal ses i lyset af udvalgets øgede tværgående ansvar i regionen i den nye struktur.

# Sundhedsrådene (1/2)

## Justeringer og tilføjelser i den endelige aftale set i forhold til regeringens udspil:

- Sundhedsrådene får også det umiddelbare ansvar for regionens opgaver på socialområdet.
- Sundhedsrådets formand og næstformand vælges af og blandt regionsrådets medlemmer.
- Kommuner med under 80.000 indbyggere har én repræsentant, kommuner mellem 80.000-300.000 indbyggere har to repræsentanter, mens kommuner med over 300.000 indbyggere har tre repræsentanter. Hver repræsentant har én stemme. De regionale repræsentanter har også hver én stemme. I alle sundhedsråd udgør medlemmer fra regionen et flertal.
- En kommune kan deltage som observatør i et andet sundhedsråd end det sundhedsråd, som kommunen er omfattet af, hvis særlige hensyn taler for det. Det er sundhedsrådet, der beslutter, om en kommune uden for det pågældende sundhedsråd kan deltage som observatør. Indenrigs- og sundhedsministeren får bemyndigelse til at fravige denne regel og tildele en kommune observatørstatus i et andet sundhedsråd end det sundhedsråd, som kommunen er omfattet af, hvis særlige tungtvejende hensyn taler for det.
- Tungtvejende hensyn kan fx være, hvis en meget betydelig andel af kommunens borgere modtager sygehusydelse fra et akutsygehus i et andet sundhedsråd.

# Sundhedsrådene (2/2)

## Justeringer og tilføjelser i den endelige aftale set i forhold til regeringens udspil:

- Standsningsretten skal udøves enten af det hele antal regionsrådsmedlemmer, der udgør mindst 1/3 af sundhedsrådets regionsrådsmedlemmer, eller af formanden for sundhedsrådet.
- Der etableres regionale patient- og pårørendeudvalg med karakter af kontaktudvalg.
- Sundhedsrådene skal høre patient- og pårørendeudvalg eller relevante lokale patient- og pårørendeorganisationer i forbindelse med nærsundhedsplanen og tilsvarende større planlægningsmæssige beslutninger.

# Psykiatri og somatik

**Aftalen indeholder følgende formulering om sammenhæng ml. psykiatri og somatik:**

*”Aftalepartierne er derfor enige om ligestilling og integration af psykiatri og somatik. Det kræver, at ledelsen af psykiatri og somatik i højere grad organiseres sammen. Regeringen vil indgå en aftale med regionerne herom senest medio 2025. Den konkrete organisering og indfasning vil skulle tilrettelægges af regionerne under hensyntagen til implementeringen af en kommende samlet 10-årsplan for psykiatrien samt behovet for fortsat tværgående samarbejde på regionsniveau om kapacitet og systematisk kvalitetsudvikling.”*



# Midler til psykiatri, demens og palliation

## Midler til psykiatri

- Der afsættes 175 mio. kr. til psykiatrien (150 til børne og ungepsykiatrien og 25 mio. kr. til socialpsykiatrien).

## Midler til demens

- Der afsættes 100 mio. kr. til demens fra 2030 og frem.
- Midler til at nedbringe ventetid til demens (11-12 mio. kr.) fra 2027.

## Midler til palliation

- En andel af de afsatte midler til kvalitetsstandarder (250 mio. kr.) under Sundhedsrådet øremærkes en styrket palliativ indsats i sygeplejen i kommunerne.

# Regionernes øvrige opgaver

## Regionernes fremtidige opgaveportefølje, ud over den primære sundhedsopgave:

- Drift af tilbud og institutioner på det specialiserede socialområde og på specialundervisningsområdet
  - Jordforurening
  - Råstofindvinding på land
  - Opgaver på uddannelsesområdet
  - Indstillingsret til 20 pct. af socialfondsmidlerne i programperioden 2021-2027
  - Åbenhed om privat partistøtte for folketingskandidater og kredsorganisationer
  - Opgaver relateret til kollektiv trafik (Placeringen af regionernes opgaver vedrørende kollektiv trafik afventer anbefalingerne fra Ekspertudvalget om kollektiv mobilitet i hele Danmark.)
- Regionerne kan nedsætte stående udvalg på ovenstående opgaver, i den udstrækning at det umiddelbare ansvar ikke henhører under sundhedsrådet. Sociale tilbud vil henhøre under sundhedsrådet.

# Regionernes opgaver inden for regional udvikling

## Justeringer og tilføjelser i den endelige aftale set i forhold til regeringens udspil:

- Det fastholdes, at regionernes resterende øvrige opgaver om regional udvikling, herunder regionernes mulighed for at udarbejde udviklingsstrategier samt aktiviteter, der relaterer sig hertil, bortfalder (herunder klima).
- De midler, som regionerne i dag bruger på tilskud til kulturelle aktiviteter, overføres til kommunerne via bloktilskuddet.
- Der foretages ikke virksomhedsoverdragelse ifb. opgaveflytning fra regioner til kommuner. Delingsprocessen på sundhedsområdet vil ikke være relevant for flytning af øvrige regionale opgaver, hvor der vil ske flytning af de økonomiske ressourcer efter almindelig praksis, uden at der sker nogen overførsel af aktiver, passiver, rettigheder, pligter eller ansatte.
- Aftalen fastsætter, at bortfaldet af opgaver inden for regional udvikling vil beløbe sig til 112 mio. kr. i 2026 og derefter til 223 mio. kr. fra og med 2027 og fremadrettet. Midlerne overføres til sundhedsområdet og bidrager til at finansiere den samlede reform.

# Det grænseoverskridende samarbejde

## Der er tilføjet et nyt afsnit om grænseoverskridende samarbejde:

- Regionerne skal fortsat have mulighed for at deltage i og medfinansiere grænseoverskridende samarbejder, herunder Interreg-projekter, som ligger inden for deres opgaveportefølje på det regionale udviklingsområde. Den administrative forankring af Interreg-programmer vil fortsat være i regionerne.
- Region Syddanmark og Region Østdanmark skal have en adgang til også at kunne deltage i og medfinansiere grænseoverskridende samarbejder på kulturområdet.

# Administration

## Det er tilføjet, at:

- partierne vurderer, at der skal ske et fald i administration på 150 mio. kr. som følge af sammenlægning i Østdanmark. Midlerne bliver i regionen og skal komme patienterne til gavn.

## **Relateret document 5/5**

**Dokument Navn:** Tidslinje for implementering af sundhedsreformen.pdf

**Dokument Titel:** Tidslinje for implementering af sundhedsreformen

**Dokument ID:** 1741047

## Tidslinje for implementering af ”aftale om sundhedsreform 2024”

Overblik over initiativer i reformen og deres timing, herunder forventet lovproces.

Initiativer	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Forvaltningsmodel (fire regioner og nye sundhedsråd)		<p><b>Primo 2025:</b> Lovforslag vedr. ændringer i regionsloven fsva. nye myndigheder, overgangsåar og forlængelse af eksisterende regionsråd i Østdanmark samt bekendtgørelse vedrørende bl.a. honorarer forventes i høring.</p> <p><b>April 2025:</b> Regeringen forventes at fremsætte lovforslag vedr. ændringer i regionsloven fsva. nye myndigheder, overgangsåar og forlængelse af eksisterende regionsråd i Østdanmark samt bekendtgørelse vedrørende bl.a. honorarer.</p> <p><b>Primo juni 2025:</b> Frist for lokale indsigelser vedr. den geografiske afgrænsning og navngivning af</p>	<p><b>Den 1. januar 2026:</b> De forberedende sundhedsråd nedsættes.</p> <p><b>Hele 2026:</b> De nuværende regionsråd for Hovedstaden og Sjælland fortsætter. Det nyvalgte regionsråd for Østdanmark fungerer som forberedelsesudvalg for den nye region (regionsråd, sundhedsråd, forvaltning m.v.).</p>	<p><b>Den 1. januar 2027:</b> De nye sundhedsråd virker. Det nye regionsråd for Østdanmark fungerer som regionsråd for den nye region. De nye regionsråd for øvrige regioner fungerer som regionsråd for de nye regioner.</p>			

---

sundhedsrådene til opmand.

**August 2025:**

Vejledende udtalelse fra opmand vedr. geografisk afgræsning og navngivning af sundhedsråd. ISM tager endelig stilling på baggrund heraf.

**18. november 2025:**

Valg til de nye regionsråd.

**Ultimo 2025/i løbet af**

**2026:** Regeringen vil følge udviklingen i repræsentationen i det nye regionsråd i Østdanmark og samle op efter valget mhp. at overveje eventuelle justeringer i valgmodellen.

---

Flytning af opgaver fra kommuner til regioner

**Primo 2025:** SST skal til februar have gennemført et fagligt arbejde som grundlag for nærmere afgræsning af opgaveoverflyttet.

**Medio 2025:** Endelig økonomi forbundet med opgaveflyttet vurderes pba. SST's faglige afgræsning.

**I løbet af 2026:** De forberedende sundhedsråd bidrager til forberedelse og beslutning om, hvordan driftsopgaven skal løses, herunder forholder sig til, om der er kommunale indsatser, som bør

**Den 1. januar 2027:** Myndigheds- og finansieringsansvar et for opgaverne flyttes fra kommunerne til regionerne.

**Til og med 2028:** Kommunerne skal have pligt til at varetage driften af sundhedsopgaverne under regionernes ansvar og finansiering, såfremt regionerne anmoder herom.

---



		<p>Drøftes med kommuner og regioner.</p> <p><b>I løbet af 2025:</b> Kommunerne tilvejebringer oplysninger til regionerne om, hvordan opgaverne løses i dag samt om omkostninger.</p> <p><b>Medio 2025:</b> Lovforslag om opgaveflytning forventes i høring.</p> <p><b>Oktober 2025:</b> Lovforslag om opgaveflytning fremsættes.</p>	<p>drives videre i kommunalt regi.</p> <p><b>Den 1. april 2026:</b> Regionen skal have indgået aftale med relevante kommuner om de sundhedsopgaver, som kommunerne skal varetage driften af fra den 1. januar 2027. <sup>i</sup></p> <p><b>I 2026:</b> Deling i aktiver og passiver ifm. opgaveoverdragelsen for de opgaver, som regionerne selv skal varetage fra 2027. Delingsprocessen i 2026 vil foregå i to eller tre faser<sup>ii</sup>.</p>			
Flere læger og bedre fordeling af det almenmedicinske tilbud i hele landet	<b>Inden udgangen af 2024:</b> Det forventes at regeringen ultimo december 2024 vil indgå aftale med regionerne om optagelse af speciallæger i almen	<p><b>Primo 2025:</b> Lovforslaget om styrket kapacitet, bedre fordeling af læger samt flere og nye klinikformer forventes i høring.</p> <p><b>April 2025:</b> Lovforslaget om styrket kapacitet, bedre fordeling af læger samt flere og nye klinikformer forventes fremsat.</p>	<p><b>I 2027:</b> Ny honorarstruktur, aftalemodel og nationalt fastsat opgavebeskrivelse og styrket kompetence til regionerne til at lede og følge op på nationale krav træder i kraft. Ny honorarstruktur og ny aftalemodel aftales med parterne.</p>	<p><b>I 2028:</b> Der foretages en evaluering af modellen for bedre fordeling af læger.</p>	<p><b>I 2029:</b> Der foretages en evaluering af reformens initiativer til at nå målsætningen om mindst 5.000 læger i det almenmedicinske tilbud i 2035.</p>	

---

medicin på sygehusene i 2025 og 2026 samt aftale om at lukke for at etablere nye lægekapa- ceter i områder med god lægedækning. Skal gælde indtil ny model træder i kraft.

**Den 1. juli 2025:** Initiativerne vedr. styrket kapacitet, bedre fordeling af læger samt flere og nye klinikformer forventes at træde i kraft. Regionerne får i 2025 og 2026 mulighed for at give midlertidigt tillæg til læger, som får mulighed for at sænke patienttallet sfa. lovforslaget.

**I 2025 og 2026:** Der afsættes midler til at styrke det almenmedicinske tilbud i områder med lægemangel og mange behandlingskrævende borgere. Der afsættes også midler til regionerne til tiltag for fastholdelse målrettet læger i det almenmedicinske tilbud over 63 år i områder med lægemangel.

**I 2025:** ISM udpeger en ekspertambassadør, der skal understøtte regioner og sundhedsråd i

**Årligt fra 2027:** Aftalepartierne drøfter status for udviklingen i antal læger i det almenmedicinske tilbud.

	implementering af indsatser vedr. styrket almen praksis.		
Sundhedsvæsenet skal styrkes dér, hvor behovet er størst	<p><b>I 2025:</b> SST udarbejder fagligt oplæg til national sundhedsplan. Præsenteres for aftalepartierne.</p> <p><b>I 2025:</b> SST påbegynder udarbejdelse af retningslinjer for regionernes planlægning af praktiserende speciallægehjælp.</p> <p><b>I 2025:</b> Forberedelse af aftale mellem regering og regionerne om lofter for antal speciallægestillinger på landets universitetshospitaler.</p> <p><b>Fra 2025:</b> Antallet af bachelorudd.pladser øges med 70 i Aalborg og 20 i Køge.</p>	<p><b>I 2026:</b> Aftale om national sundhedsplan indgås mellem regeringen og kommuner og regioner.</p> <p><b>2026:</b> Der indgås aftale mellem regeringen og regionerne om lofter for antal speciallægestillinger på landets universitetshospitaler.</p> <p><b>2026:</b> Antallet af uddannelsesstillinger i almen medicin øges som led i SST's dimensioneringsplan. Der igangsættes parallelt et arbejde med at udvikle en model til at estimere efterspørgslen efter sundhedspersonale til brug for fremtidig dimensionering.</p> <p><b>2026:</b> Der oprettes ny bacheloruddannelse i medicin under SDU i</p>	<p><b>I 2027:</b> National sundhedsplan forventes at gælde fra 2027.</p> <p><b>I 2027:</b> Nationale retningslinjer for regionernes planlægning af praktiserende speciallægehjælp træder i kraft. SST får kompetence til at godkende regionernes praksisplaner for praktiserende speciallæger.</p>

---

Esbjerg med 50 pladser.

---

Mere sammenhæng og ligestilling mellem psykiatri og somatik

**Medio 2025:**  
Regeringen indgår aftale med regionerne om en højere grad af samorganisering af ledelsen af psykiatri og somatik.

Kronikerpakker

**I 2026:** Det faglige arbejde igangsættes.

**I 2026:** Lovforslag forventes fremsat.

**I 2027:** De første kronikerpakker (KOL og lænderygsmerter) implementeres.

**I 2028:** Næste kronikerpakke (diabetes) implementeres.

**I 2028:** Drøftelse af foreløbige erfaringer med kronikerpakker blandt aftalepartierne.

**I 2029:** kronikerpakke vedr. hjertesygdomme implementeres.

(Kronikerpakke vedr. kompleks multisygdom implementeres 2031.)

Bedre præhabilitering og tilbud til mennesker med slidgigt

**I 2025:** Regeringen vil gå i dialog med Danske Regioner mhp. at udbrede relevante tilbud til mennesker med slidgigt i knæ og hofte til hele landet fra 2027.

**I 2027:** Relevante tilbud om træning mv. til mennesker med slidgigt i knæ og hofte skal være at finde i hele landet.

Hjælpemiddelområdet

**I 2025:** Aftalepartierne inviteres til drøftelse af model for entydigt myndighedsansvar for tildeling af behandlingsredskaber

**I 2026:** Lovforslag vedrørende model forventes fremsat.

**Primo 2027:** Ny model træder i kraft.

	<p>og hjælpemidler inden for udvalgte sygdomsområder og specifikke produkter. Det forventes, at regeringen vil inddrage Danske Regioner i dette arbejde. Danske Regioner har tidligere fremsendt forslag til en model til regeringen.</p>			
Patientansvarlig læge	<p><b>I 2025:</b> Der indgås aftale mellem regeringen og regionerne med inddragelse af øvrige relevante parter om at styrke og udvikle ordningen med patientansvarlig læge.</p>			
Befordringsreglerne	<p><b>I 2025:</b> aftalepartierne forventes at blive inviteret til drøftelse af eftersyn af befordringsreglerne. Danske Regioner inddrages i dette arbejde. Danske Regioner arbejder på en model som forud herfor forelægges bestyrelsen.</p>	<p><b>I 2026:</b> Lovforslag til ændringer af regelsættet forventes fremsat.</p>		
Styrket indsats for mennesker med demens		<p><b>I 2026:</b> aftalepartierne drøfter oplæg til styrket demensudredning i almenmedicinske tilbud ifm. de 123</p>	<p><b>I 2028:</b> Aftalepartierne drøfter udmøntning af ramme til styrkelse af demens-området.</p>	<p><b>Fra 2030:</b> der øremærkes midler til styrkelse af demensområdet.</p>

		mio. kr. der er afsat hertil i udmøntningen af SSA-reserven 2024-2027.	
Frit valg og styrkede patientrettigheder	<b>I 2025:</b> aftalepartierne forventes at blive inviteret til drøftelse af udmøntning af nye rettigheder til hurtig udredning og behandling hos praktiserende speciallæger samt frit valg til regionale sundheds- og omsorgspladser og frit valt til almen sygepleje som del af helhedsplejen (sidstnævnte med afsæt i den endelige afgræsning mellem almen sygepleje og akutsygepleje).	<b>I 2026:</b> Regeringen fremsætter lovforslag om ret til hurtig udredning og behandling hos praktiserende speciallæger samt ret til frit valg til regionale sundheds- og omsorgspladser og til almen sygepleje.  <b>I 2026:</b> Der afsættes ekstra midler til at regionerne kan sætte yderligere ind på at nedbringe ventetider til speciallægehjælp.	
Mere behandling i eller tæt på eget hjem	<b>2025/2026:</b> Der forventes at indgås en aftale mellem regeringen og regionerne om nye hjemmebehandlingsteams i hele landet.	<b>2026:</b> Der oprettes en pulje til at udvikle og afprøve model for udgående eller målrettede almenmedicinske tilbud til udsatte og sårbare borgere og brugere på bl.a. bosteder og brugere af forsorgshjem mv. 2026-2030, som regionerne kan ansøge.	<b>2027:</b> Nye hjemmebehandlingsteams får virkning fra 2027.  <b>Fra 2027:</b> Regionerne forpligtes til at sikre fasttilknyttet lægehjælp på plejehjem, sundheds- og omsorgspladser og botilbud.

			Lægetilbud vil blive forpligtet på at varetage tovholderfunktion for de mest sårbare borgere.
Ret til digitale sundhedstilbud og vision om digital fordør	<p><b>I 2025:</b> Aftalepartierne forventes at blive inviteret til drøftelse af en ny patientrettighed, der giver ret til digital kontakt med sundhedsvæsenet.</p>	<p><b>I 2026:</b> Regeringen fremsætter lovforslag om ret til digital kontakt med sundhedsvæsenet.</p> <p><b>2026-2027:</b> foranalyse som grundlag for regeringsbeslutning om etablering af digital fordør.</p>	
Digital Sundhed Danmark og Nationalt Center for Sundhedsinnovation	<p><b>Oktober 2025:</b> Lovforslag vedr. Digital Sundhed Danmark forventes fremsat.</p> <p><b>I løbet af 2025:</b> ISM igangsætter arbejde med en køreplan i tæt samarbejde med regioner og kommuner for at afklare og analysere forudsætningerne for udvidelser af Digital Sundhed Danmarks opgaveportefølje.</p> <p><b>I 2025:</b> Der gennemføres en foranalyse som</p>	<p><b>Den 1. januar 2026:</b> Lovgivningen vedr. Digital Sundhed Danmark forventes at træde i kraft.</p> <p><b>I løbet af 2026:</b> Organisationen etableres og udbygges trinvist med opgaver. Nationalt Center for Sundhedsinnovation forankres i Digital Sundhed Danmark.</p>	<p><b>Fra 2027:</b> En mulig overdragelse af de første yderligere opgaver til Digital Sundhed Danmark kan forventes at finde sted.</p>

	<p>grundlag for at bestemme governance og opgaveportefølje for Nationalt Center for Sundhedsinnovation.</p> <p><b>I 2025-2026:</b> Der gennemføres en foranalyse som grundlag for beslutning om etablering af en national dataplatform for hele sundhedsvæsenet.</p>		
Folkesundhedslov	<p><b>I 2025:</b> Det forventes at aftalepartierne inviteres til drøftelser om forslag til folkesundhedslov.</p>	<p><b>Første halvår 2026:</b> Lovforslag forventes fremsat.</p>	<p><b>Den 1. januar 2027:</b> Lovgivningen forventes at træde i kraft.</p>
Nationalt prioriteringsråd	<p><b>I 2025:</b> ISM igangsætter udviklingsarbejde med at definere opgaver og model for rådet.</p> <p><b>Medio 2025:</b> Regeringen inviterer aftalepartierne til drøftelse rådets etablering, opgaver og sammensætning. Efterfølgende drøftelse af de overordnede principper med Folketingets partier.</p>		
Flytning af dele af regionernes øvrige opgaver	<p><b>Oktober 2025:</b> Lovforslag om ændringer i</p>		<p><b>Den 1. januar 2027:</b> Opgaveflytningen træder i kraft.</p>



	erhvervsfremmeloven forventes fremsat.		
Bortfald af dele af regionernes øvrige opgaver	<b>Oktober 2025:</b> Lovforslag forventes fremsat.	<b>Den 1. januar 2026:</b> Lovforslaget træder i kraft.	
Loft over sygehusudgifter og fordelingen af ressourcer		<b>Medio 2026:</b> Der fastsættes et årligt loft for de maksimale sygehusudgifter, mens der omvendt ikke fastsættes et årligt loft for de nære sundhedsindsatser. Danske Regioner forventer at blive inddraget i processen forud herfor.	
Ny finansieringsmodel for de fire regioner	<b>2025:</b> Med afsæt i en analyse, hvor de eksisterende fordelingskriterier gennemgås og revideres, og evt. nye kriterier analyseres, udarbejdes et oplæg til en ny finansieringsmodel.	<b>Primo 2026:</b> Der fremsættes lovgivning om ny finansieringsmodel forud for tilskudsudmeldingen i foråret 2026.	<b>2027:</b> Ny finansieringsmodel for de fire regioner vil forventeligt gælde fra 2027.
Afskaffelse af den kommunale medfinansieringsordning og det resultatafhængige tilskud	<b>Primo 2025:</b> Der fremsættes lovforslag om afskaffelse af den kommunale medfinansieringsordning gældende fra 2027.  <b>Medio 2025:</b> Der fremsættes lovforslag om afskaffelse af det		

	<p>resultatafhængige tilskud (nærhedsfinansiering) til regionernes sundhedsvæsen med henblik på afskaffelse fra 2026.</p>		
<p>Sundhedsfond på 22 mia. kr. fra 2026-2035</p>	<p><b>Forventet medio 2025:</b> ISM etablerer et ekspertpanel, der kan rådgive regeringen om, hvordan investeringerne kan gøre mest mulig gavn. Det forventes, at regionerne vil skulle bidrage hertil med konkrete behov.</p>	<p><b>2026 og frem:</b> Med afsæt i ekspertpanelets anbefalinger forpligtes regionerne til fælles, national planlægning og koordination på anlægsområdet.</p>	
<p>Midler til anlæg og reovering af de fysiske rammer for lokale sundhedsindsatser</p>	<p><b>Forventet ultimo 2025:</b> SBM afdækker, hvorvidt der er lovgivningsmæssige barrierer i almenboligloven og reglerne om statsstøtte for, at boligorganisationer kan etablere erhvervslokaler, som kan anvendes til sundhedsformål.</p>	<p><b>Medio 2026:</b> De afsatte 2,5 mia. kr. til nybyggeri, ombygning og/eller reovering af de fysiske rammer for lokale sundhedsindsatser samt nødvendige investeringer i it, teknologi og udstyr vil blive fordelt til sundhedsrådene efter en fastsat fordelingsnøgle fra regeringen. Det forventes, at dette sker ifm. økonomiforhandlingerne for 2027.</p>	<p><b>Til 2027:</b> Midlerne udmøntes i de nye sundhedsråd, og der indgås en udmøntningsaftale mellem regeringen, regionerne og kommunerne herom samt om opfølgning på anvendelsen af midlerne</p>

---

Implementering og evaluering af sundhedsreformen	<p><b>Fra 2024/2025-2028:</b> ISM forventes at nedsætte et implementeringspartnerskab ml. ISM (formand) og udvalgte ledere fra kommuner og regioner samt Danske Regioner og KL. Der nedsættes også en følgegruppe med Danske Regioner som fast medlem.</p> <p><b>Løbende i reformens første år:</b> I regi af implementeringspartnerskabet igangsættes analyser af erfaringer i opstartsperioden mhp. at understøtte læring på tværs.</p>	<p><b>Fra 2027:</b> Nationalt Center for Sundhedstjenesteforskning vil undersøge effekterne af reformen, herunder omstillingen af det nære sundhedsvæsen.</p>
--	---	---

---

---

<sup>i</sup> Der vil være mulighed for at kommuner og regioner løbende, og dermed også efter 2026, aftaler ændringer i, hvem der varetager driften af de enkelte sundhedsopgaver, *jf. side 23 i Aftale om Sundhedsreform 2024*.

<sup>ii</sup> I fase 1 udarbejder den afgivende myndighed et udkast til en aftale mellem den afgivende og den modtagende myndighed om, hvilke aktiver, passiver, rettigheder, pligter og ansatte der overføres. I fase 2 forhandler den afgivende og den modtagende myndighed om indgåelsen af en aftale om overførsel af aktiver, passiver, rettigheder, pligter og ansatte. Senest den 1. juli 2026: Kan den afgivende og den modtagende myndighed ikke bliver enig, overgås til fase 3, hvor et delingsråd vil træffe beslutning om, hvilke aktiver, passiver, rettigheder, pligter og ansatte, der skal overføres. Indenrigs- og sundhedsministeren får bemyndigelse til at nedsætte delingsrådet. Efter den 1. januar 2026: Indenrigs- og sundhedsministeren får bemyndigelse til at fastsætte regler om, at beslutninger hos en kommune om væsentlige økonomiske dispositioner vedr. opgaver, der overføres pr. den 1. januar 2027 til en region, kræver godkendelse eller kan ændres af den pågældende region hhv. det forberedende regionsråd i Østdanmark.

<b>Bilag Titel:</b>	<b>Faktaark - patientrettigheder</b>
<b>Dagsordens titel</b>	<b>Indledende drøftelse af position på patientrettigheder</b>
<b>Dagsordenspunkt nr</b>	<b>2</b>
<b>Bilag nr</b>	<b>1</b>
<b>Antal bilag:</b>	<b>2</b>



## Patientrettigheder

Patienter har en række sikrede rettigheder, når de bliver behandlet, undersøgt eller plejet i det danske sundhedsvæsen. I dette notat opsummeres de centrale rettigheder, som patienterne har til at vælge sygehus og til hurtig udredning og behandling.<sup>1</sup>

### **Ret til hurtig udredning, frit sygehusvalg og udvidet frit sygehusvalg**

#### *Ret til hurtig udredning*

Retten til hurtig udredning er fastlagt i sundhedsloven § 82b og § 14 i Bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling. Retten til hurtig udredning omfatter alle patienter, som er henvist og visiteret til udredning på sygehusafdelinger, og derfor er både somatiske og psykiatriske patienter er omfattet af retten til hurtig udredning.

Retten til hurtig udredning indebærer, at patienter, der er henvist til et sygehus, har ret til at blive udredt inden for 30 dage, hvis det er fagligt muligt. Hvis sygehuset ikke kan udrede patienten inden for 30 dage, skal patienten henvises til et andet offentligt sygehus eller et sygehus, som regionen samarbejder med eller sædvanligvis benytter til at varetage de regionale sygehusopgaver (samarbejdsygehus).

Hvis det ikke er muligt at udrede patienten inden for 30 dage, skal der, uanset årsag, udarbejdes en plan for det videre udredningsforløb.

#### *Ret til frit sygehusvalg*

Retten til frit sygehusvalg er fastlagt i sundhedsloven § 86 og betyder, at patienter i Danmark frit kan vælge, hvilket offentligt sygehus, patienten vil udredes eller behandles på, når de er henvist til udredning, diagnostisk undersøgelse eller behandling. Det almindelige frie sygehusvalg er ikke omfattet af nogen frist og kan derfor benyttes af patienten fra dag 1 i forløbet. Retten til frit sygehusvalg gælder også visse private specialsygehuse, som en region samarbejder med eller

---

<sup>1</sup> For et samlet overblik over gældende patientrettigheder henvises til [Indenrigs- og Sundsministeriets hjemmeside](#)

sædvanligvis benytter til at varetage de regionale sygehusopgaver ("samarbejdssygehuse").

#### *Ret til udvidet frit sygehusvalg*

Retten til udvidet frit sygehusvalg følger af sundhedslovens § 87 og bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling § 19 og omfatter patienter, som er henvist og visiteret til udredning, diagnostiske undersøgelser eller behandling m.v. på sygehusafdelinger. Det omfatter også patienter, som har fået tilbudt en dato for kirurgisk behandling på et regionalt sygehus, hvis datoen efterfølgende ændres. Både somatiske og psykiatriske patienter er omfattet af retten til udvidet frit sygehusvalg. Retten til udvidet frit sygehusvalg betyder, at man som patient, i nogle situationer, har ret til at vælge at blive udredt eller behandlet på et privat sygehus (aftalesygehus), som Danske Regioner har indgået aftale med.

Hvis bopælsregionen af kapacitetsmæssige årsager ikke kan tilbyde en patient endelig udredning på et offentligt sygehus eller et samarbejdssygehus inden for 30 dage, har patienten ret til udvidet frit sygehusvalg og kan blive udredt på et aftalesygehus.

En patient, som er henvist til sygehusbehandling og udredt, kan vælge at blive behandlet på et aftalesygehus, hvis bopælsregionen ikke inden for 30 dage kan tilbyde behandling ved et offentligt sygehus eller et samarbejdssygehus. Som følge af regeringens akutplan fra den 23. februar 2023 er der dog midlertidigt ændret i retten til udvidet frit sygehusvalg for somatisk behandling - fra 30 til 60 dage - hvis man er henvist til sygehusbehandling og udredt i perioden fra den 1. juni 2023 til og med 31. december 2024.

Retten til udvidet frit sygehusvalg gælder også for patienter, der er henvist til diagnostisk undersøgelse til brug for praktiserende læger og praktiserende speciallæger, og for patienter, når det offentlige sygehus ændrer datoen for kirurgisk behandling.

#### *Maksimal ventetid ved kræft og bestemte hjertesygdomme*

De maksimale ventetider er en patientrettighed, der er fastsat i sundhedslovens § 88 samt bekendtgørelse nr. 584 af 28. april 2015. om maksimale ventetider ved behandling af kræft og visse tilstande ved iskæmiske hjertesygdomme.

Reglerne om maksimale ventetider skal sikre hurtig udredning og behandling til patienter med – eller med mistanke om - kræft og visse livstruende hjertesygdomme. Patienter med kræftsygdomme, der kræver knoglemarvstransplantation, samt patienter med hudkræft, der ikke er modermærkekræft, er ifølge reglerne dog ikke omfattet.

Det er muligt at fravige de maksimale ventetider, såfremt det er fagligt begrundet. De fastsatte frister forbundet med de maksimale ventetider er beskrevet nedenfor.

For udredning gælder det, at den opstartes senest 14 dage efter, at sygehuset har modtaget henvisningen til udredning. Med udredning menes de undersøgelser og prøver m.v., der er nødvendige for at klarlægge, hvad patienten fejler.

For behandling gælder det, at den skal opstartes senest 14 dage efter, at patienten har givet sit samtykke til behandlingen, og senest 28 dage efter, at sygehuset har modtaget henvisningen til behandling. Behandlingen kan fx bestå i operation, kemoterapi eller strålebehandling.

For efterbehandling gælder det tilsvarende, at den skal opstartes senest 14 dage efter, at patienten har givet sit samtykke, og senest 28 dage efter, at sygehuset har modtaget henvisningen til efterbehandling. Efterbehandlingen skal forebygge, at sygdommen vender tilbage, og kan fx bestå i kemoterapi, anden medicinsk behandling eller strålebehandling.

Hvis bopælsregionen af kapacitetsmæssige årsager ikke selv kan tilbyde udredningen eller behandlingen indenfor den maksimale ventetid, skal den tilbyde patienten henvisning til et sygehus i en anden region, et privathospital eller et udenlandsk sygehus, så fristen kan overholdes. Hvis det ikke er muligt for regionen at finde et andet tilbud, skal den give Sundhedsstyrelsen besked, hvorefter Sundhedsstyrelsen skal forsøge at finde et tilbud.

## **Relateret document 2/2**

**Dokument Navn:** Bilag - positionering af aktører på spørgsmålet om differentierede patientrettigheder.docx

**Dokument Titel:** Bilag - positionering af aktører på spørgsmålet om differentierede patientrettigheder

**Dokument ID:** 1735927



## Aktørernes holdning til differentierede patientrettigheder

Notatet opsummerer udvalgte aktørers udmeldinger om spørgsmålet om differentierede patientrettigheder.

Overblik:

Det mener aktørerne om differentierede patientrettigheder



### Lægeforeningen

Lægeforeningen har været markante fortalere for en differentiering af patientrettighederne. "De patienter, som har størst brug for behandling, skal have tilbud om det, mens de, som på forsvarlig vis kan vente lidt længere, bør gøre det. Det er én af flere veje til at bruge kræfterne klogere i et hårdt presset sundhedsvæsen", skrev Camilla Rathcke, formand for Lægeforeningen. Læs indlægget [her](#).

### Lægevidenskabelige selskaber

Flere af de lægevidenskabelige selskaber har også markeret sig som positive overfor spørgsmålet om differentierede patientrettigheder. Det gælder bl.a. Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM). "I fremtiden kan de velfungerende patienter få flere "pligter" af deres praktiserende læge. Og ved at frigive tid fra de velfungerende patienter kan man i stedet bruge den knappe tid til at hjælpe dem, som er sårbare og skrøbelige", skrev Anna Christina Kjerulff og Bolette Friderichsen, hhv. formand og næstformand i DSAM. Læs indlægget [her](#).

Dansk Kirurgisk Selskab er også tilhængere af en differentiering af patientrettighederne, bl.a. i forhold til de maksimale ventetider for kræftpatienter. Selskabets formand, Jens Hillingsø, har udtalt følgende: "Det betyder, at der ikke kan prioriteres mellem kræftpatienter, og at mange patienter med alvorlige lidelser, men ingen kræftdiagnose, må vente alt for lang tid på behandling". Læs artiklen [her](#).

Tilsvarende har Michael Borre, formand for Dansk Urologisk Selskab og daværende formand for Danske Multidisciplinære Cancer Grupper (DMCG), udtalt følgende: "Som

udgangspunkt vil vi selvfølgelig allerhelst bare kunne opfylde de krav, og ikke mindst lovkrav, der er til os. Når det så er sagt, er der jo tale om politisk bestemte garantier, der er sat i den bedste mening, fordi man gerne vil have, at det skal gå stærkt. Derfor er der trukket streger i sandet, men stregerne er lavet ved et skrivebord og er ikke fagligt begrundet". Læs artiklen [her](#).

## Danske Patienter

Danske Patienter overvejende negative overfor spørgsmålet om at differentiere patientrettighederne. De vil gerne drøfte muligheder, men ønsker grundlæggende, at opretholde de nuværende patientrettigheder som de er, og ser også gerne flere patientrettigheder indført. Blandt de enkelte patientforeninger er billedet mere blandet. Fx har [Gigtforeningen](#) udtalt sig kritisk, mens [Øjenforeningen](#) er fortalere for en differentiering.

## FOA

Fagforeningen FOA er positive overfor spørgsmålet om differentierede patientrettigheder. Mona Striib, forbundsformand i FOA, har udtalt, at "Vi skal bevæge os fra lighed i rettigheder til mere retfærdigt sundhedsvæsen, hvor lighed i sundhed er resultatet af sundhedsindsatserne. Den reelle kvalitet af vores sundhedsvæsen skal måles hos dem, der har mindst – ikke mest". Læs indlægget [her](#).

## Dansk Sygeplejeråd

Dansk Sygeplejeråd har så vidt vides ikke meldt ud, hvor de står på spørgsmålet om differentierede patientrettigheder.

## Kræftens Bekæmpelse

Kræftens Bekæmpelse er negative overfor spørgsmålet om differentierede patientrettigheder, hvis det betyder, at der ændres på de nuværende rettigheder for kræftpatienter. Administrerende direktør Jesper Fisker har udtalt, at han mener "Det er en dårlig ide at fratage kræftpatienter og andre patienters rettigheder, men vi vil gerne drøfte med fagfolkene, om der er områder, hvor vi kan gøre tingene anderledes og klogere. Vi lytter altid, når fagfolk kommer med nye forslag" [her](#).

## Dansk Erhverv og Sundhed Danmark

Danske Regioner  
2024

Dansk Erhverv og Sundhed Danmark forholder sig begge negativt overfor spørgsmålet om differentierede patientrettigheder. Branchedirektør i Dansk Erhverv, Katrina Feilberg Schouenborg, skriver i et [debatindlæg til Altinget](#), at "Vores sundhedsvæsen skal være til for borgerne og ikke omvendt, og en af vejene hertil går gennem lige rettigheder". Sundhed Danmark, der blandt andet repræsenterer privathospitalerne, har også meldt sig ind i debatten og skriver blandt andet, at "Udifferentierede patientrettigheder er ikke en rettighed til gavn for privathospitalerne, i stedet er de den enkelte patients sikring mod, at systemets behov prioriteres over netop den enkelte patients behov for behandling"

Læs deres indlæg [her](#).

<b>Bilag Titel:</b>	<b>Dødsfald blandt ældre - hvor mange ældre ender med at dø på sygehuset</b>
<b>Dagsordens titel</b>	<b>Generelle orienteringer</b>
<b>Dagsordenspunkt nr</b>	<b>6</b>
<b>Bilag nr</b>	<b>1</b>
<b>Antal bilag:</b>	<b>1</b>

# 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](http://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 sygehuset<sup>1</sup>. 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.

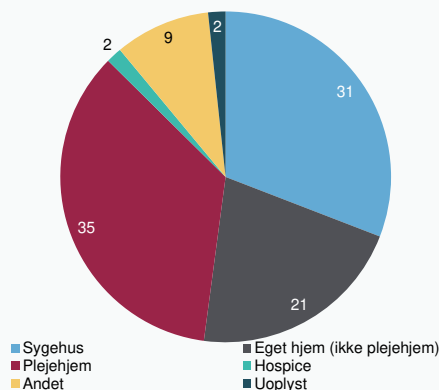
---

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



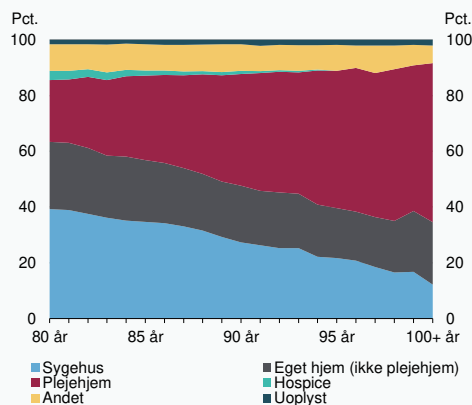
Figur 1.1

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 kvinder<sup>2</sup>. 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 komorbiditet<sup>3</sup>) 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 generelt<sup>4</sup>. 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-

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

<sup>3</sup> En værdi på 3 eller højere på Charlsons komorbiditetsindeks

<sup>4</sup> 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 sundhedsvæsenet<sup>5</sup>. 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.*<sup>6</sup> 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 dødsårsagerne<sup>7</sup> *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

---

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

<sup>6</sup> 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.

<sup>7</sup> 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)

	Region <sup>1</sup>	Sundhedsklynge <sup>2</sup>	Kommune <sup>3</sup>
	----- 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 sundhedsklyngenniveau.

### **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 sygehuset<sup>8</sup> 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 sygehuset<sup>9</sup>.

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.

---

<sup>8</sup> Andelen er alders- og kønsstandardiserede.

<sup>9</sup> 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<sup>10,11</sup>. Langt de fleste af os ønsker ikke at dø på sygehuset, men at få mulighed for at dø hjemme i trygge rammer<sup>12</sup>. 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<sup>13,14,15</sup>.

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 bopæl<sup>16</sup>. 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 livskvaliteten<sup>17</sup>.

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-

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

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

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

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

<sup>14</sup> "Danske Regioner: Flere skal have mulighed for at dø i trygge omgivelser derhjemme", [www.regioner.dk](http://www.regioner.dk) (2024)

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

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

<sup>17</sup> "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 Dødsårsagsregistret<sup>18</sup>. 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 dødsåret<sup>19</sup>. 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 er<sup>20</sup>.

---

<sup>18</sup> [www.sundhedsdatastyrelsen.dk](http://www.sundhedsdatastyrelsen.dk), "Dødsårsagsregistret (DAR)"

<sup>19</sup> 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.

<sup>20</sup> 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 afgået 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

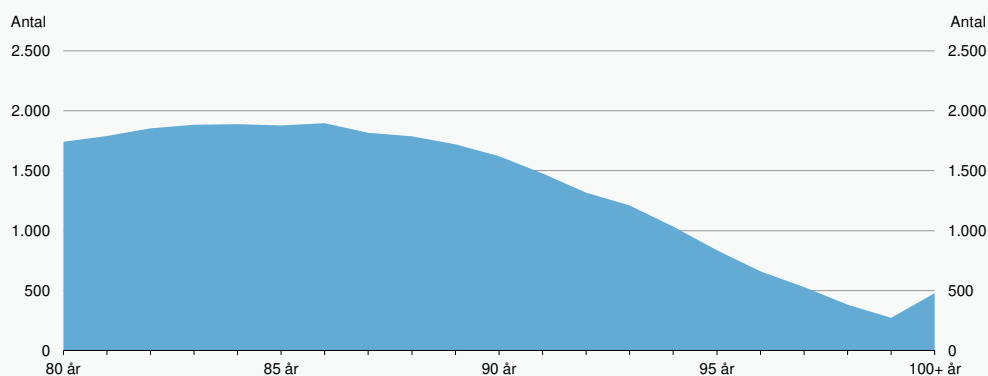
---

- 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.

Figur 4.1

#### Årligt antal dødsfald blandt 80+ årige fordelt på alder (2018-2022)



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

#### Hvor dør de ældre henne?

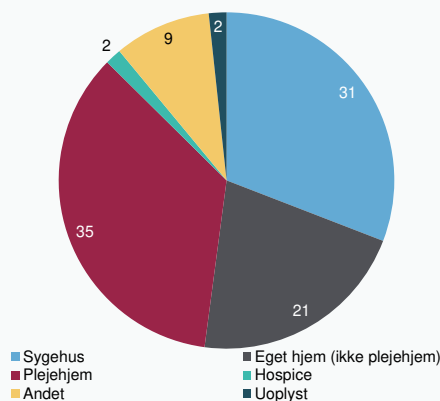
Er fokus på, hvor de ældre dør henne, ses det, at flest dør på plejehjem, men næsten lige så mange dør på sygehuset: 31 pct. dør på sygehuset, mens 35 pct. dør på plejehjemmet, jf. figur 4.2. Andelen varierer dog meget på tværs af aldersgrupper. Jo ældre den ældre er, når vedkommende dør, des mindre 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.

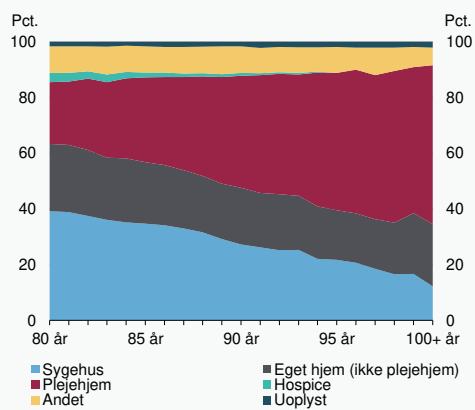
Figur 4.2

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



Figur 4.3

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



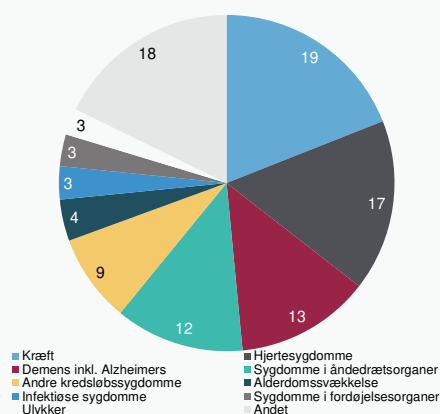
Anm.: I Bilag 7: Metode kan du tilgå afgrænsningen af dødssted.  
Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

### 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*).

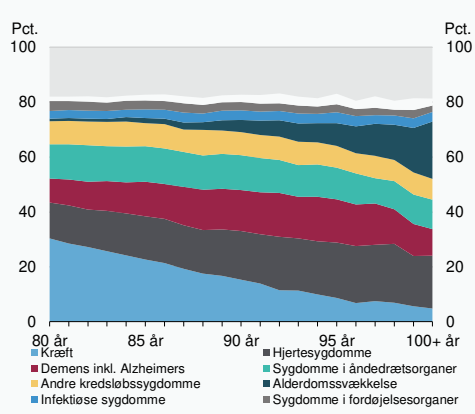
Figur 4.4

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



Figur 4.5

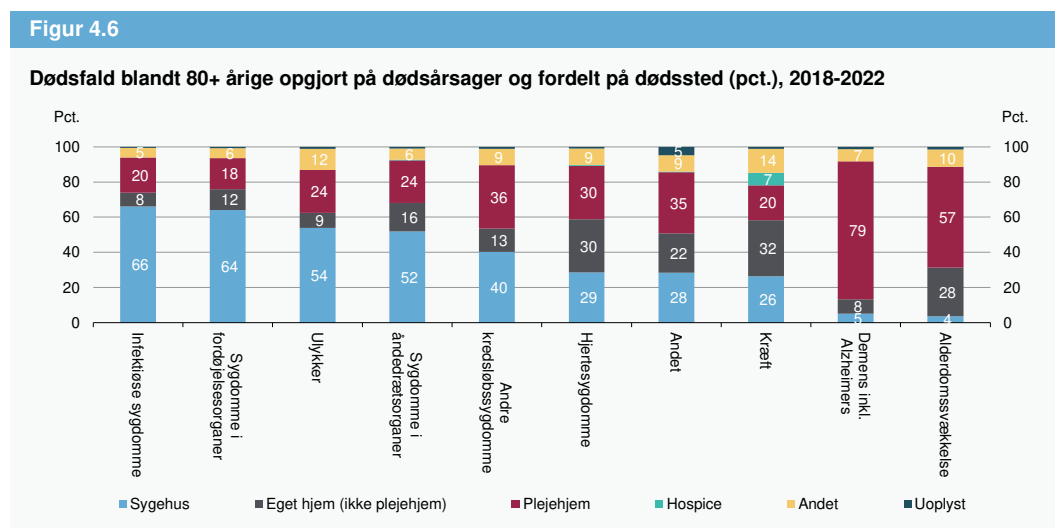
Dødsfald blandt 80+ årige fordelt på dødsårsag og aldersgrupper, 2018-2022



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 <sup>1</sup>	24,2	24,8	4,3	49,0	34,9	3,1	36,0	27,5
Samboende <sup>1</sup>	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 <sup>2</sup>	27,7	21,0	4,4	54,7	46,1	3,5	36,3	29,6
Let komorbiditet <sup>2</sup>	25,7	25,7	4,0	49,3	34,9	2,9	35,9	27,0
Middelsvær komorbiditet <sup>2</sup>	25,8	29,5	5,7	49,5	39,4	4,4	40,9	30,9
Svær komorbiditet <sup>2</sup>	26,3	35,3	7,3	54,7	42,0	4,6	44,3	35,1
Terminaltilskud <sup>3</sup>	13,9	6,3	0,7	13,8	4,5	-	8,4	9,7
Intet terminaltilskud <sup>3</sup>	44,1	32,7	6,4	58,4	46,3	4,4	45,7	37,9
Har modtaget specialiseret palliativ behandling <sup>4</sup>	22,3	28,2	25,6	41,3	42,3	-	39,4	25,3
Har IKKE modtaget specialiseret palliativ behandling <sup>4</sup>	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 <sup>5</sup>	11,1	14,2	3,1	31,1	20,5	1,8	22,0	15,6
Modtager af Hjemmepleje <sup>5</sup>	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 sygehuset<sup>21</sup>. 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.)<sup>22</sup>. 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 sygelighed<sup>23</sup>. 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 hospice<sup>24</sup>. 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.)<sup>25</sup>.

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

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

<sup>23</sup> I denne opgørelse operationaliseret ved Charlsons komorbiditetsindeks.

<sup>24</sup> 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.

<sup>25</sup> 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 behandling<sup>26</sup> (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 behandling<sup>27</sup>. 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.

---

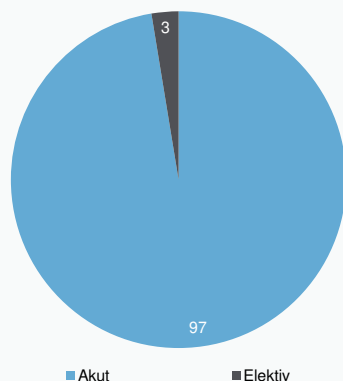
den yngre del af befolkningen end de 80+ årige, der afgår ved døden på hospice, vurderes afvigelsen ikke at have afgørende betydning for resultaterne og derved konklusionerne.

<sup>26</sup> 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.

<sup>27</sup> 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*.

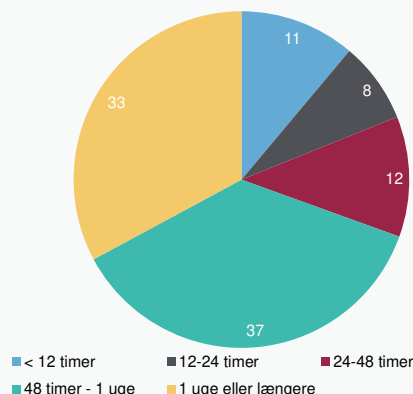
Figur 4.7

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



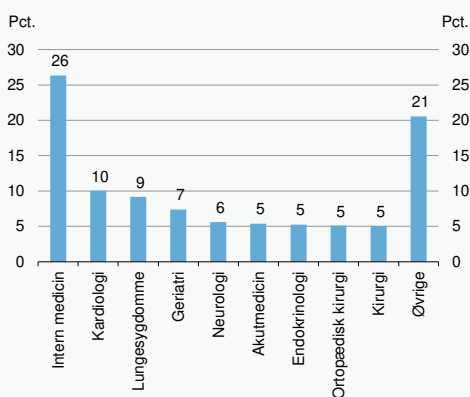
Anm.: I figur 4.7 og 4.8 er der taget udgangspunkt i de sygehusophold, der er registreret i LPR3. Dvs. sygehusophold påbegyndt før marts 2019 er ikke medtaget. Et sygehusophold er dannet ved at koble tidsmæssigt sammenhængende fysiske fremmøder på sygehusene sammen, hvor der er højst 4 timer mellem to 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*.

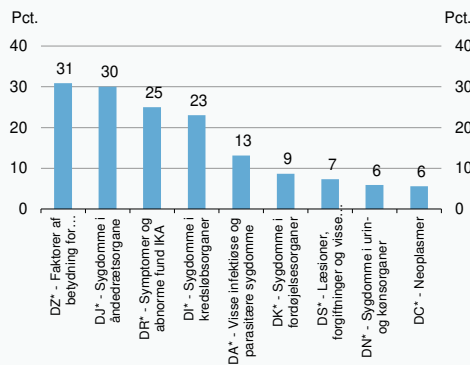
Figur 4.9

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 døden<sup>28</sup>. 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*<sup>29</sup>, 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"<sup>30</sup>. 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<sup>31,32,33</sup>, 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.

---

<sup>28</sup> Fanen "Information" på siden "Dødsårsager" på [www.eSundhed.dk](http://www.eSundhed.dk).

<sup>29</sup> Nogle sygehusophold indeholder flere afdelingsudskrivninger, 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.

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

<sup>31</sup> [https://www.virtualthospice.ca/en\\_US/Main+Site+Navigation/Home/Topics/Topics/Symptoms+-+Health+Concerns/Dehydration.aspx](https://www.virtualthospice.ca/en_US/Main+Site+Navigation/Home/Topics/Topics/Symptoms+-+Health+Concerns/Dehydration.aspx)

<sup>32</sup> "Lungeinfektioner er hyppige hos ældre", Ugeskrift for læger (2013).

<sup>33</sup> "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.

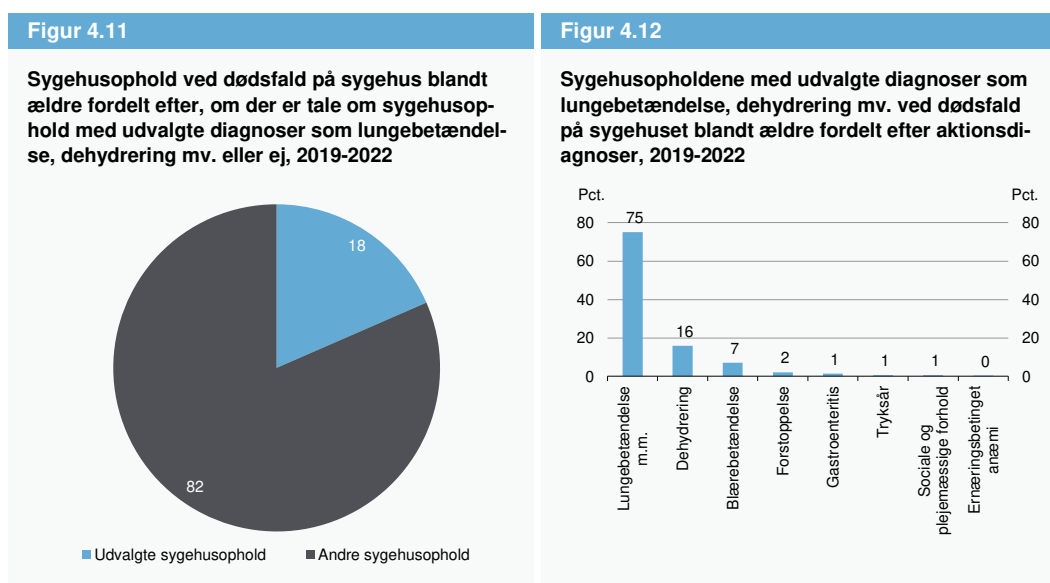
Kilder: "Nationale mål for sundhedsvæsenet 2023", Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2023). "Beskrivelse af indikatorer – De nationale mål", Sundhedsministeriet (2021). "Forebyggelige indlæggelser blandt hjemmeplejemodtagere", Økonomi- og Indenrigsministeriets Benchmarkingenhed (2018). "Når døden nærmer sig, den sidste tid", [www.rigshospitalet.dk](http://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<sup>34,35</sup>.

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 sygehuset<sup>36</sup>.

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

<sup>34</sup> "Primær-sygeplejerskens opgaver, når ældre har delir", Sygeplejersken (2008)

<sup>35</sup> "Når døden nærmer sig", Nordsjællands hospital.dk

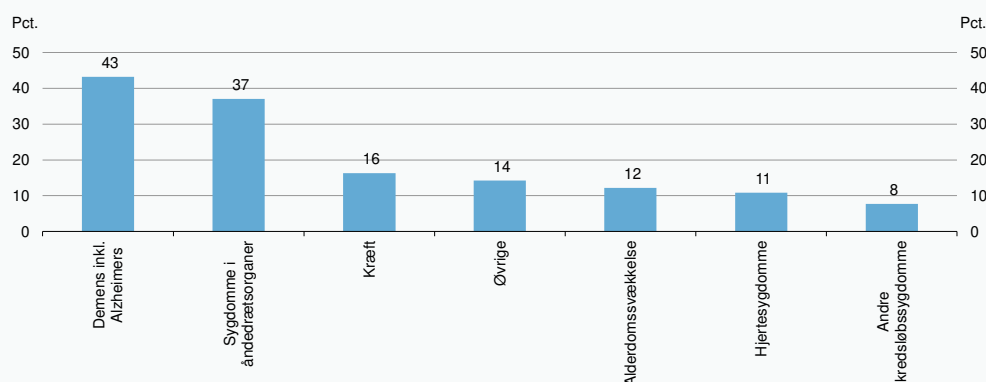
<sup>36</sup> I rapporten "Bliv klar til samtalen", Dansk Selskab for Patientsikkerhed m.fl. (2024) understreges det, at én af de væsentligste erfaringer fra arbejdet med det gode forløb i den sidste tid i udvalgte kommuner og sundhedsklynger er, at planlægning af involvering af de rette faglige kompetencer 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

---

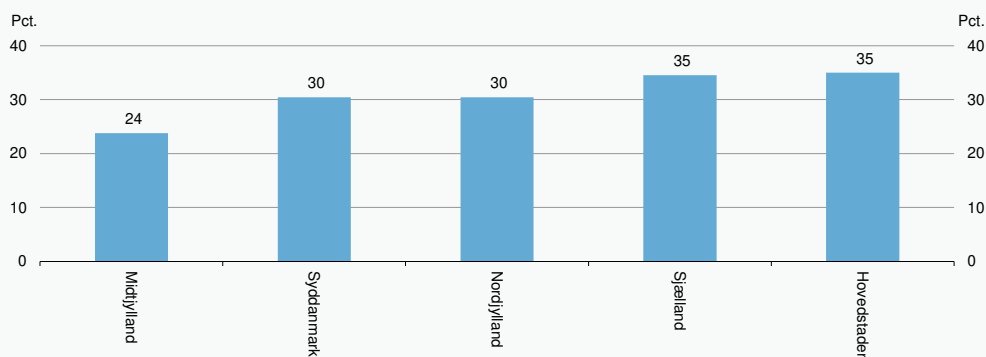
- Der er stor variation på tværs af landet i forhold til, hvor stor en andel af dødsfaldene blandt ældre, der sker på sygehuset. På regionsniveau varierer det fra under hver fjerde (24 pct.) i Region Midtjylland til over hver tredje (35 pct.) i Region Sjælland og Region Hovedstaden. På kommuneniveau 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.

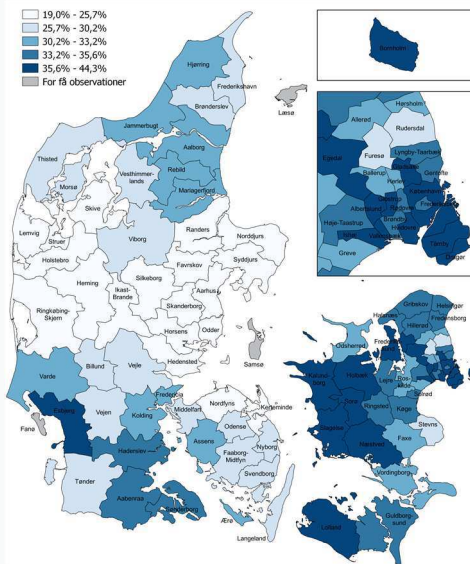
Andelen af de ældre, der dør på sygehuset varierer endnu mere på tværs af kommunerne end på tværs af regionerne. I Lemvig Kommune, hvor færrest af de ældre ender med at dø på sygehuset, er andelen knap 19 pct., mens andelen er 44 pct. i Bornholms Kommune.

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.

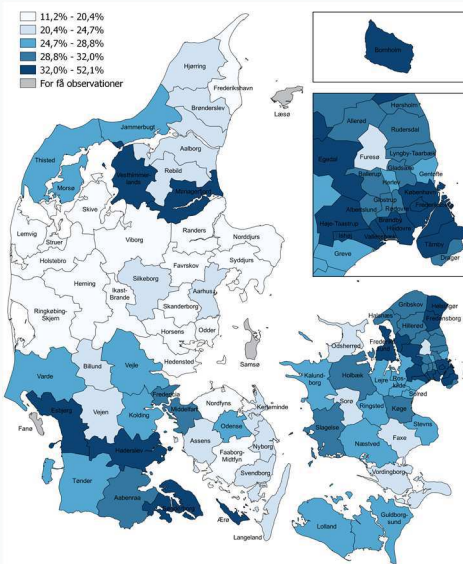
Figur 5.2

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



Figur 5.3

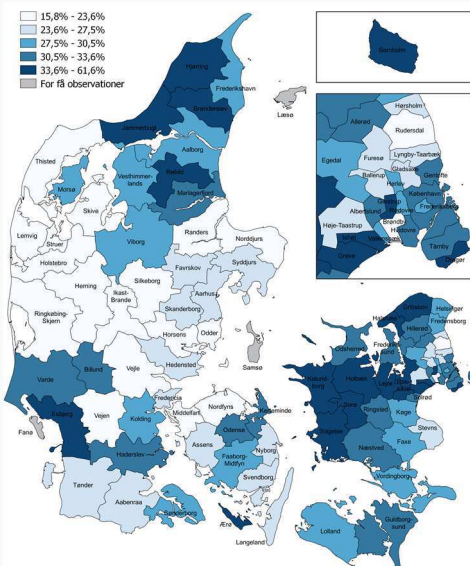
Den alders- og kønsstandardiserede andel af 80+ årige afgået ved døden med kræft, der døde på sygehuset, 2018-2022



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

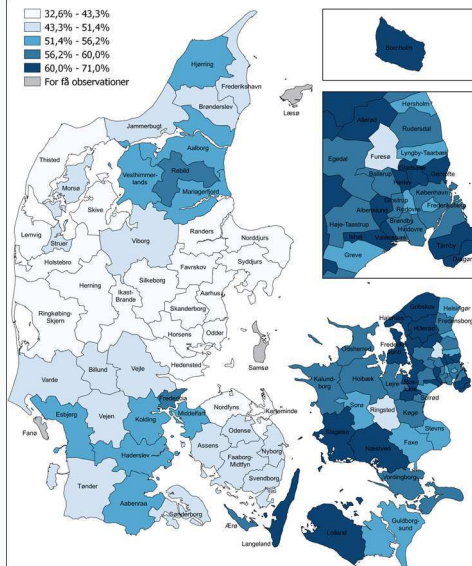
Figur 5.4

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.

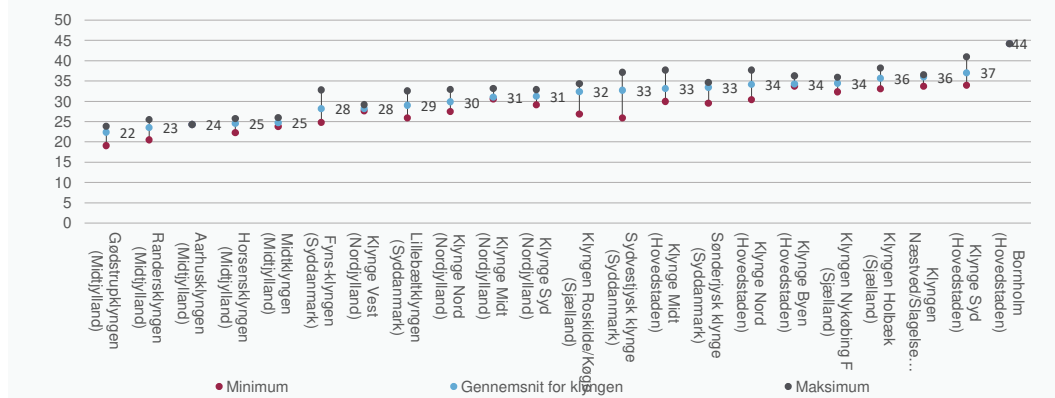
Vi har også set på, hvordan variationen ser ud på tværs af sundhedsklyngerne. Her varierer andelen af ældre afgået ved døden, der døde på sygehuset fra 22 pct. i Gødstrupklyngen til 44 pct. i Bornholm-klyngen, jf. figur 5.6.



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.

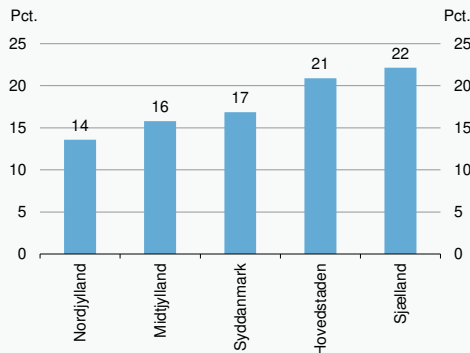
I denne del ser vi på, hvor stor en andel sygehusopholdene med udvalgte diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. udgør af de sygehusophold, hvor den ældre ender med at dø på sygehuset på tværs af landet.

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.

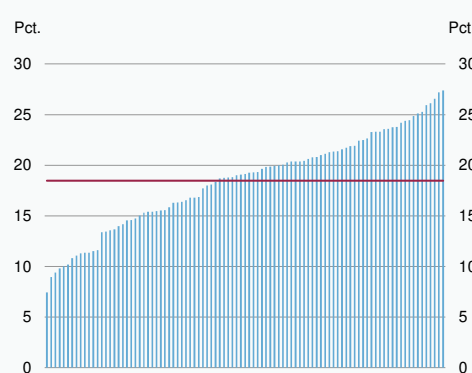


**Figur 5.7**

**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 sygehuset<sup>37</sup>.

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 indeks<sup>38</sup>), jf. figur 5.9. Der er en signifikant tendens til, at jo mere

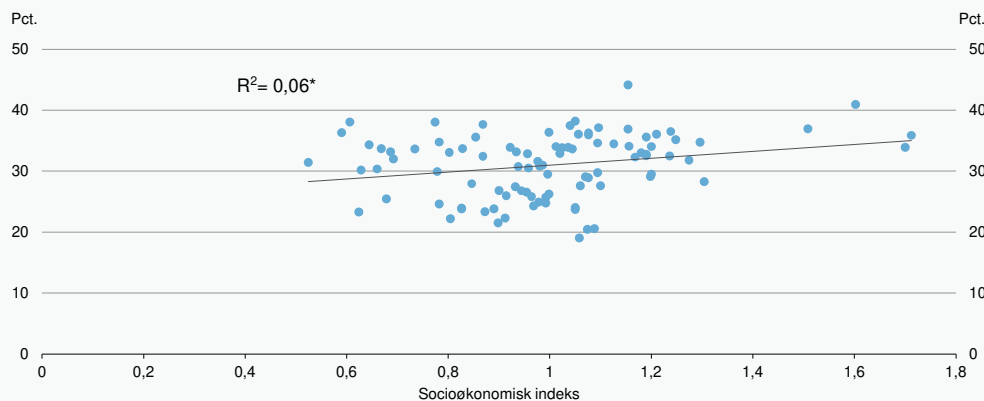
<sup>37</sup> Ser vi på korrelationen på kommuneniveau mellem andelen af ældre, der dør på sygehuset og andelen af de sygehusophold, hvor de ældre ender med at dø på sygehuset, der er med udvalgte diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv., så er korrelationen 0,35 og signifikant på et 1 pct.s signifikansniveau.

<sup>38</sup> Da vi ser på andelen af ældre, der dør på sygehusene 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 socioøkonomi<sup>39</sup>. 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 ansat<sup>40</sup>, er der en signifikant tendens til, at færre ældre afgår ved døden på sygehuset.

<sup>39</sup> 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.

<sup>40</sup> 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-assistenter og SOSU-hjælpere eller antallet af ufaglært SOSU-personale i kommunen<sup>40</sup> og andelen af de ældre, der afgår ved døden på sygehuset.
- I kommuner, hvor der er et relativt højt antal af bevillinger til specialiserede sygeplejeindsatser<sup>41</sup>, 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 sygehuset<sup>42</sup>.

**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-assistenter 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
<b>Andelen der dør på sygehuset</b>	-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.

<sup>41</sup> 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)

<sup>42</sup> 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.

# Bilag 1: Sådan placerer din region sig

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



Indenrigs- og  
Sundhedsministeriets

**BENCHMARKINGENHED**

Publikationen kan hentes på hjemmesiden for  
Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarkingenhed:  
[www.benchmark.dk](http://www.benchmark.dk)

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

## Indhold

Læsevejledning.....	3
Hovedstaden.....	4
Midtjylland.....	5
Nordjylland.....	6
Sjælland.....	7
Syddanmark.....	8

# Læsevejledning

I dette bilag præsenteres fem figurer for hver enkelt region. De fem figurer er lavet for alle regioner. Generelt er tallene i dette bilag afgrænset på samme måde som i hovedrapporten. I bilag 7: Metode er afgrænsninger og definitioner beskrevet nærmere. Andelene i figur 1-3 er alders- og kønsstandardiserede for tage højde for de forskelle, der skyldes den alders- og kønsmæssige sammensætning af gruppe af ældre. Læs mere om dette i hovedrapportens kapitel 3 og Bilag 7: Metode.

Ligesom i hovedrapporten er resultaterne i dette bilag opgjort samlet for årene 2018-2022. Ved at samle data for flere år bliver nøgletallene for hver enkel region baseret på flere dødsfald, det giver mere robuste resultater, hvor eventuelle udsving og tilfældigheder mellem år, udjævnes. Fordi praksis og resultater kan ændre sig fra år til år, kan det også være interessant for den enkelte region at se sine egne opgørelser for de enkelte år. Derfor kan man i bilag 4 "Regionsspecifikke nøgletal" også for hver enkel region finde andelen af ældre der døde på sygehuset for hvert af de fem år 2018-2022, men vær opmærksom på at tallene for hvert år er baseret på færre observationer og dermed er behæftet med mere usikkerhed.

Bemærk at opgørelserne i figur 4 og 5 baserer sig på LPR3-data for marts 2019-2022.

## **Figur 1: Køns- og aldersstandardiseret opgørelse af 80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne, 2018-2022**

I figuren vises 80+ årige afgået ved døden i 2018-2022, fordelt efter hvor de døde henne (sygehus, eget hjem, plejehjem osv.). Andelene vises for regionen og på landsplan. Andelene er alders- og kønsstandardiserede.

## **Figur 2: Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**

I figuren vises andelen af de 80+ årige, der døde på sygehuset for dødsårsagerne *kræft, hjertesygdomme, demens inkl. Alzheimers, sygdomme i åndedrætsorganer, andre kredsløbssygdomme og alderdomssvækkelse*, samt den samlede andel på tværs af alle dødsårsager. Andelene vises for den enkelte region og på landsplan. Andelene er alders- og kønsstandardiserede.

## **Figur 3: Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

I figur 3 vises andelen af de 80+ årige, der døde på sygehuset opgjort for forskellige aldersgrupper og køn. Andelene for aldersgrupperne er kønsstandardiserede, og andelene for køn er aldersstandardiserede.

## **Figur 4: Sygehusophold ved dødsfald på sygehus fordelt på sygehusspecialer, 2019-2022**

I figur 4 er dødsfald blandt ældre, fordelt på de sygehusspecialer, de var indlagt på, da de døde. Andelene er vist på regionniveau og på landsplan. Disse tal er beregnet for døde i perioden marts 2019-2022, da opgørelsen er lavet på LPR3-data. Figuren viser de faktiske tal.

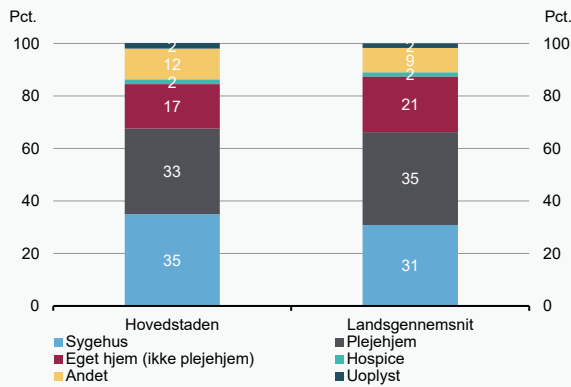
## **Figur 5: Andelen af sygehusophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehuset, hvor der er tale om sygehusophold med udvalgte diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**

I figur 5 viser vi andelen af sygehusophold – ved død på sygehuset – hvor der er tale om et sygehusophold med udvalgte diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. Andelen vises for alle sygehusophold samlet og opgjort på dødsårsagerne *kræft, hjertesygdomme, demens inkl. Alzheimers, sygdomme i åndedrætsorganer og alderdomssvækkelse*. Disse tal er beregnet for døde i perioden marts 2019-2022, da opgørelsen er lavet på LPR3-data. Figuren viser de faktiske tal.

# Hovedstaden

Figur 1

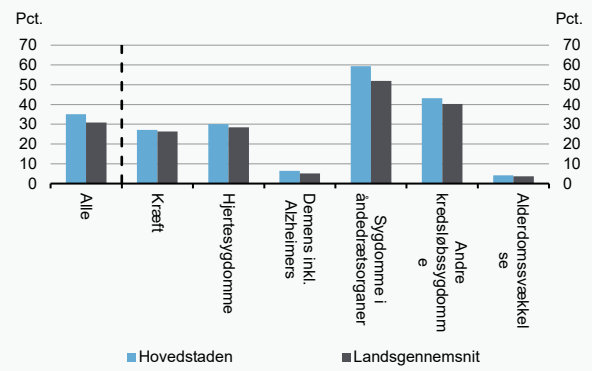
80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

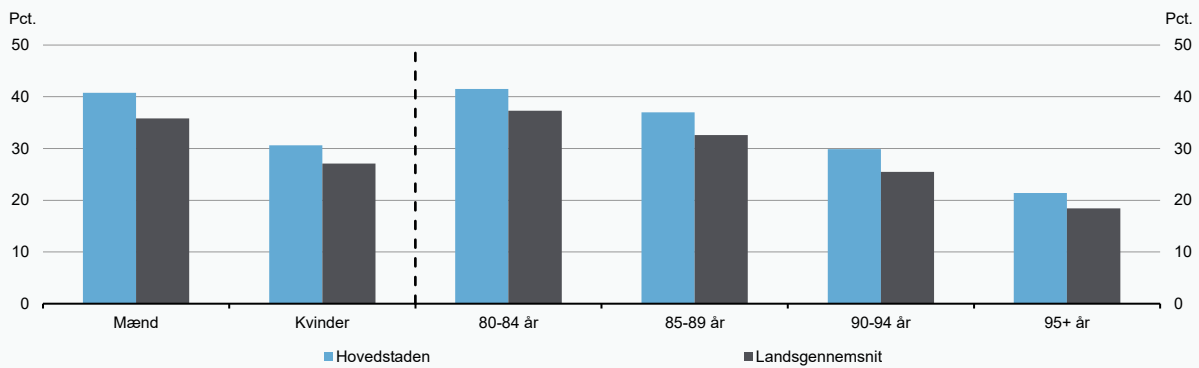
Figur 2

Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022



Figur 3

Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022

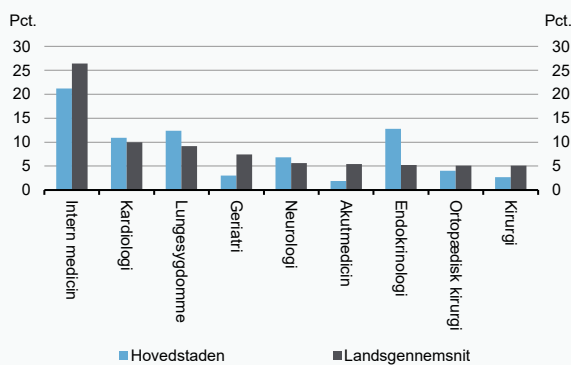


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

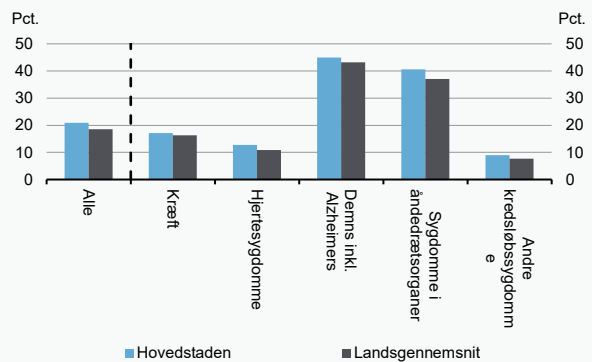
Figur 4

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



Figur 5

Andelen af sygehusophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehusophold med udvalgte diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022



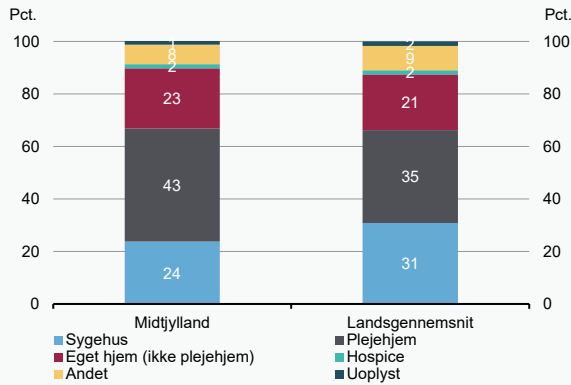
Anm.: Opgørelserne i figur 4 og 5 er lavet p.b.a. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehusophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.



**Figur 1**

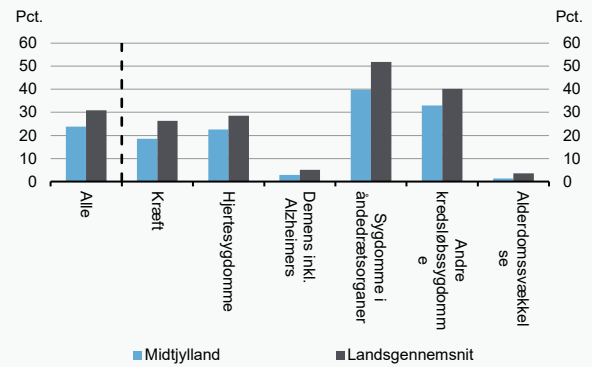
**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

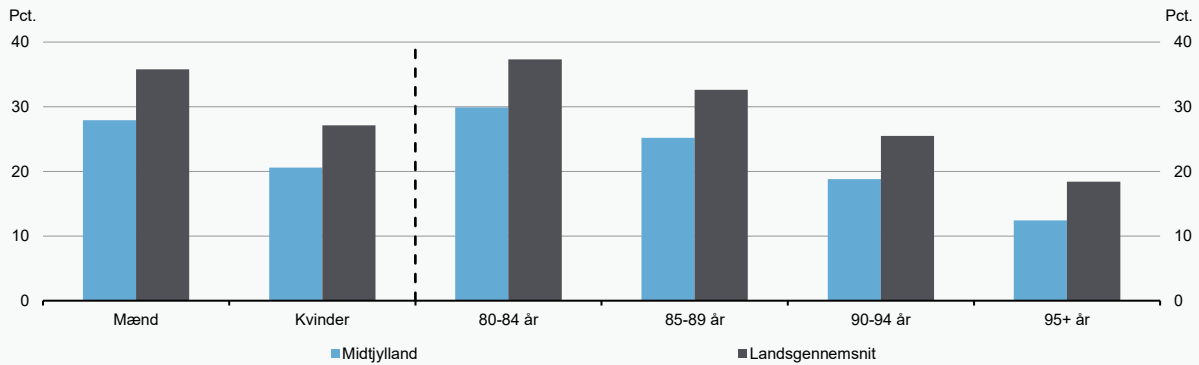
**Figur 2**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



**Figur 3**

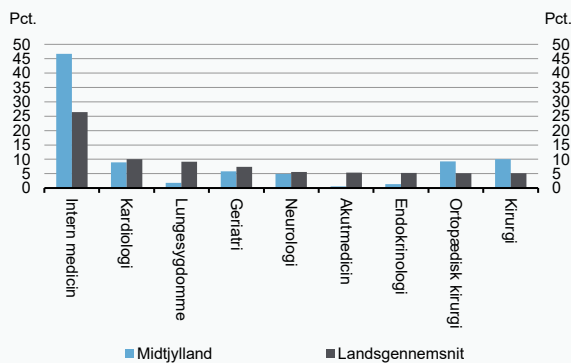
**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**



Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.  
Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

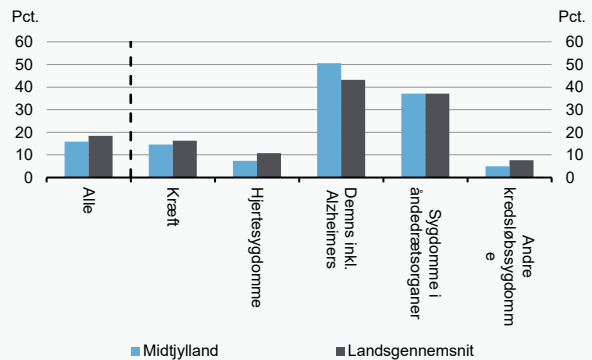
**Figur 4**

**Sygehusophold ved dødsfald på sygehus fordelt på specialer, 2019-2022**



**Figur 5**

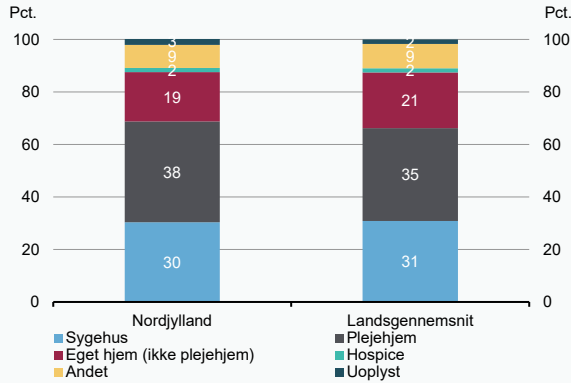
**Andelen af sygehusophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehusophold med udvalgte diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**



Anm.: Opgørelserne i figur 4 og 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehusophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022.  
Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

**Figur 1**

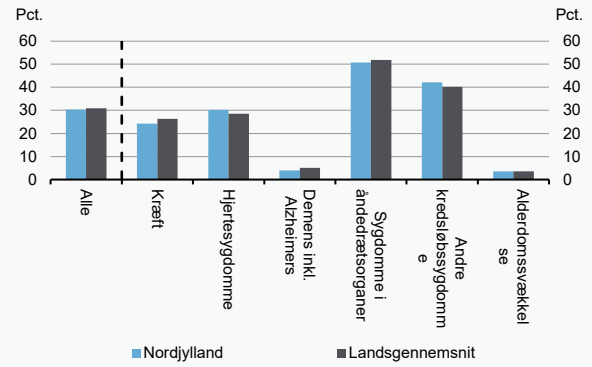
**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

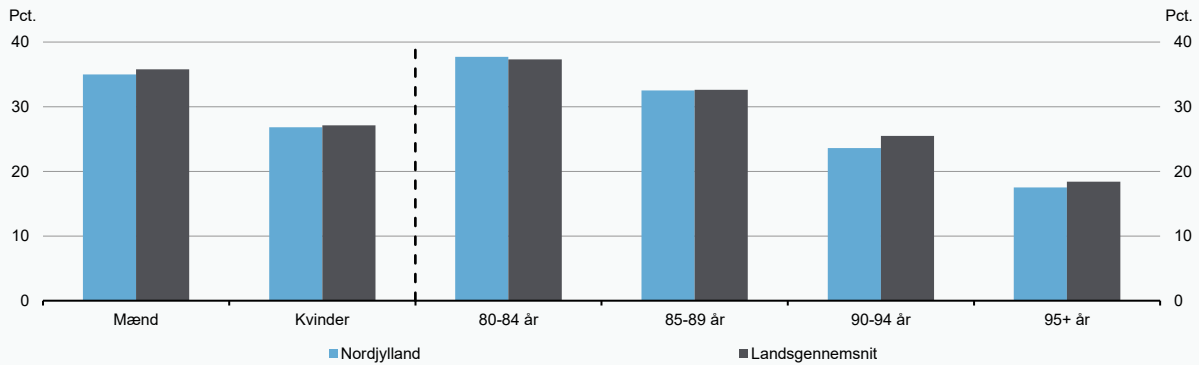
**Figur 2**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

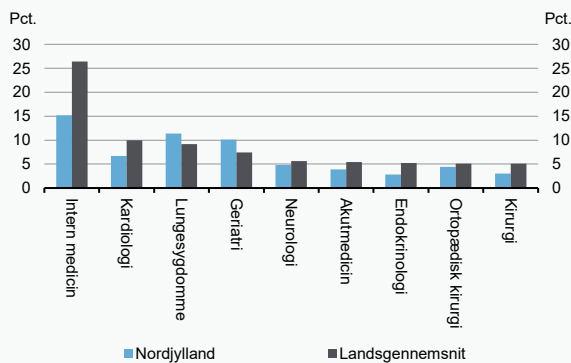


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

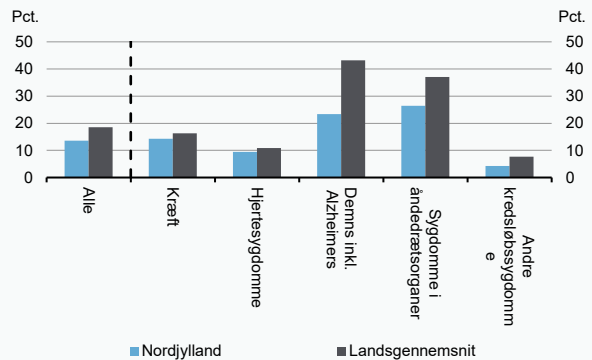
**Figur 4**

**Sygehusophold ved dødsfald på sygehus fordelt på specialer, 2019-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehusophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehusophold med udvalgte diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**

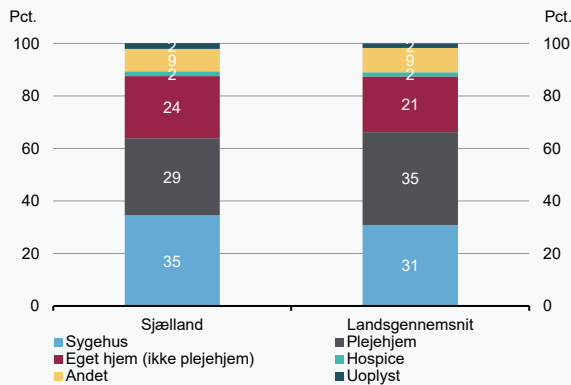


Anm.: Opgørelserne i figur 4 og 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehusophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

**Figur 1**

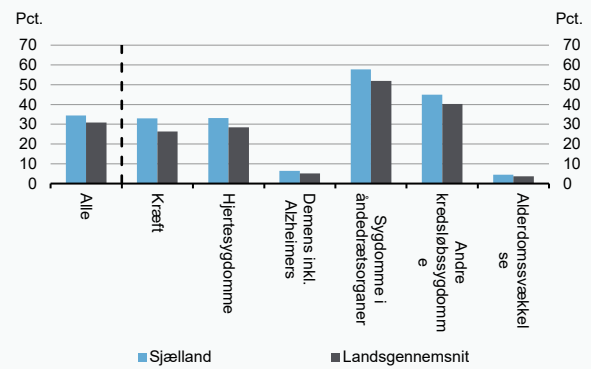
**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

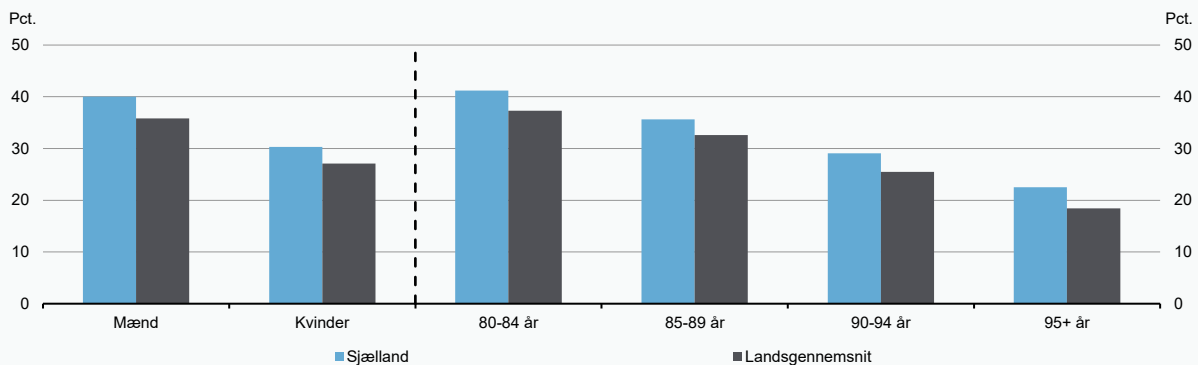
**Figur 2**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

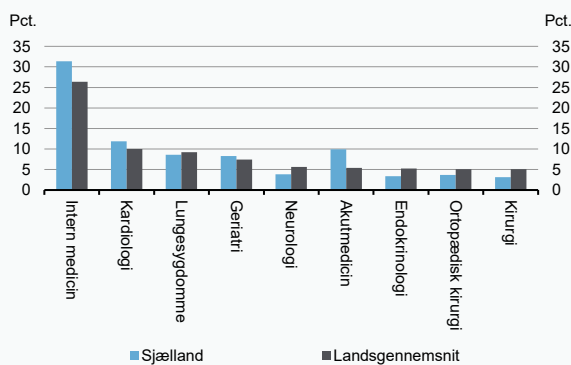


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

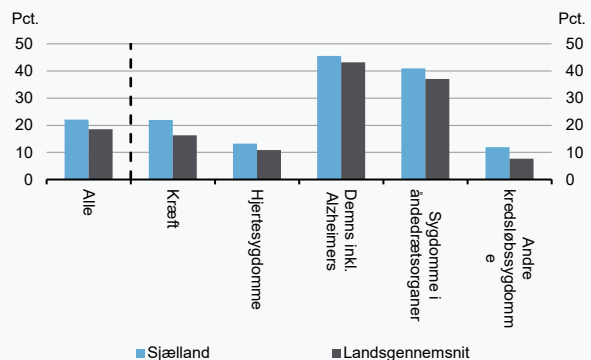
**Figur 4**

**Sygehusophold ved dødsfald på sygehus fordelt på specialer, 2019-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehusophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehusophold med udvalgte diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**

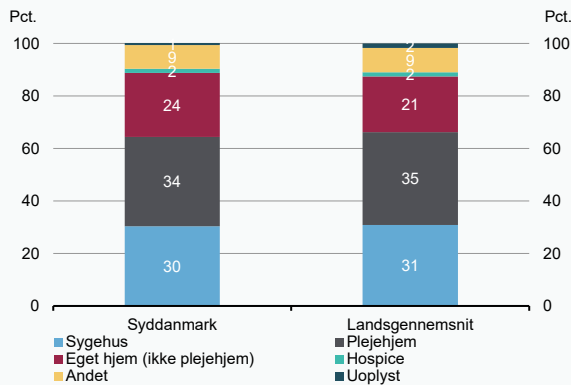


Anm.: Opgørelserne i figur 4 og 5 er lavet p.b.a. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehusophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

**Figur 1**

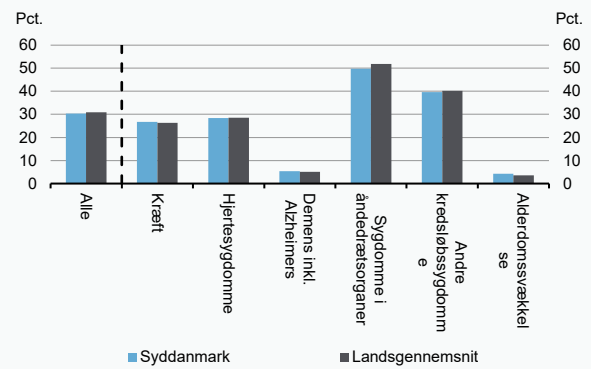
**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

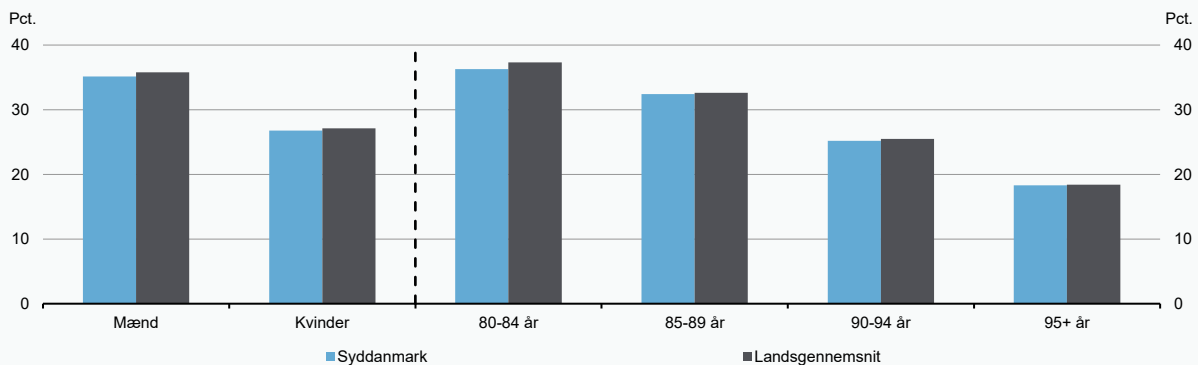
**Figur 2**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

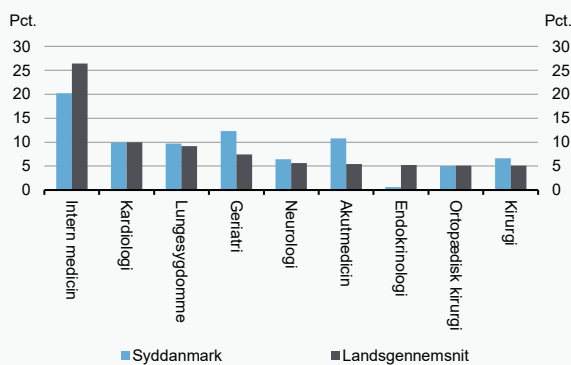


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

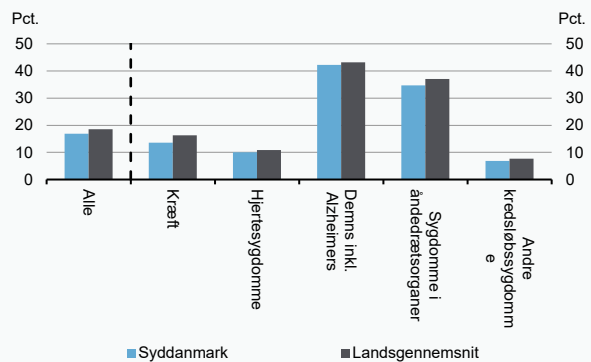
**Figur 4**

**Sygehusophold ved dødsfald på sygehus fordelt på specialer, 2019-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehusophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehusophold med udvalgte diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**



Anm.: Opgørelserne i figur 4 og 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehusophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

## Bilag 2: Sådan placerer din kommune sig

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



Indenrigs- og  
Sundhedsministeriets

**BENCHMARKINGENHED**

Publikationen kan hentes på hjemmesiden for  
Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarkingenhed:  
[www.benchmark.dk](http://www.benchmark.dk)

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

## Indhold

Læsevejledning .....	5
Albertslund Kommune.....	7
Allerød Kommune .....	8
Assens Kommune .....	9
Ballerup Kommune.....	10
Billund Kommune.....	11
Bornholms Kommune.....	12
Brøndby Kommune.....	13
Brønderslev Kommune.....	14
Dragør Kommune.....	15
Egedal Kommune .....	16
Esbjerg Kommune .....	17
Favrskov Kommune .....	18
Faxe Kommune .....	19
Fredensborg Kommune.....	20
Fredericia Kommune.....	21
Frederiksberg Kommune.....	22
Frederikshavn Kommune.....	23
Frederikssund Kommune .....	24
Furesø Kommune .....	25
Faaborg-Midtfyn Kommune.....	26
Gentofte Kommune .....	27
Gladsaxe Kommune .....	28
Glostrup Kommune.....	29
Greve Kommune.....	30
Gribskov Kommune.....	31
Guldborgsund Kommune .....	32
Haderslev Kommune.....	33
Halsnæs Kommune .....	34
Hedensted Kommune .....	35
Helsingør Kommune .....	36
Herlev Kommune.....	37
Herning Kommune.....	38

Hillerød Kommune .....	39
Hjørring Kommune .....	40
Holbæk Kommune.....	41
Holstebro Kommune.....	42
Horsens Kommune.....	43
Hvidovre Kommune.....	44
Høje-Taastrup Kommune .....	45
Hørsholm Kommune .....	46
Ikast-Brande Kommune.....	47
Ishøj Kommune.....	48
Jammerbugt Kommune.....	49
Kalundborg Kommune .....	50
Kerteminde Kommune .....	51
Kolding Kommune .....	52
Københavns Kommune.....	53
Køge Kommune.....	54
Langeland Kommune .....	55
Lejre Kommune.....	56
Lemvig Kommune .....	57
Lolland Kommune .....	58
Lyngby-Taarbæk Kommune .....	59
Mariagerfjord Kommune .....	60
Middelfart Kommune.....	61
Morsø Kommune .....	62
Norrdjurs Kommune .....	63
Nordfyns Kommune .....	64
Nyborg Kommune.....	65
Næstved Kommune.....	66
Odder Kommune .....	67
Odense Kommune.....	68
Odsherred Kommune .....	69
Randers Kommune .....	70
Rebild Kommune .....	71
Ringkøbing-Skjern Kommune .....	72
Ringsted Kommune .....	73
Roskilde Kommune .....	74



Rudersdal Kommune.....	75
Rødovre Kommune.....	76
Silkeborg Kommune.....	77
Skanderborg Kommune.....	78
Skive Kommune.....	79
Slagelse Kommune.....	80
Solrød Kommune.....	81
Sorø Kommune.....	82
Stevns Kommune.....	83
Struer Kommune.....	84
Svendborg Kommune.....	85
Syddjurs Kommune.....	86
Sønderborg Kommune.....	87
Thisted Kommune.....	88
Tønder Kommune.....	89
Tårnby Kommune.....	90
Vallensbæk Kommune.....	91
Varde Kommune.....	92
Vejen Kommune.....	93
Vejle Kommune.....	94
Vesthimmerlands Kommune.....	95
Viborg Kommune.....	96
Vordingborg Kommune.....	97
Ærø Kommune.....	98
Aabenraa Kommune.....	99
Aalborg Kommune.....	100
Aarhus Kommune.....	101

# Læsevejledning

I dette bilag præsenteres fem figurer for hver enkelt kommune. De fem figurer er lavet for alle kommuner på nær kommunerne Fanø, Læsø og Samsø, som ikke er med på grund af et lavt antal observationer. Generelt er tallene i dette bilag afgrænset på samme måde som i hovedrapporten. I hovedrapportens kapitel 3 og Bilag 7: Metode er afgrænsninger og definitioner beskrevet nærmere. Andelene i figur 1-4 er alders- og kønsstandardiserede for tage højde for de forskelle, der skyldes den alders- og kønsmæssige sammensætning af gruppe af ældre. Læs mere om dette i hovedrapportens kapitel 3 og Bilag 7: Metode.

Ligesom i hovedrapporten er resultaterne i dette bilag opgjort samlet for årene 2018-2022. Ved at samle data for flere år bliver nøgletallene for hver enkel kommune baseret på flere dødsfald, det giver mere robuste resultater, hvor eventuelle udsving og tilfældigheder mellem år, udjævnes. Fordi praksis og resultater kan ændre sig fra år til år, kan det også være interessant for den enkelte kommune at se sine egne opgørelser for de enkelte år. Derfor kan man i bilag 5 "Kommunespecifikke nøgletal" også for hver enkelt kommune finde andelen af ældre der døde på sygehuset for hvert af de fem år 2018-2022, men vær opmærksom på at tallene for hvert år er baseret på færre observationer og dermed er behæftet med mere usikkerhed.

Tal baseret på mindre end 5 individer vises ikke i figurene af diskretionshensyn. Derfor er nogle eller dele af nogle figurer tomme.

Bemærk at opgørelserne for hjemmesygepleje og hjemmepleje i figur 4 baserer sig på data for 2020-2022, mens opgørelserne i figur 5 baserer sig på LPR3-data for marts 2019-2022.

## **Figur 1: Køns- og aldersstandardiseret opgørelse af 80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne, 2018-2022**

I figuren vises 80+ årige afgået ved døden i 2018-2022, fordelt efter hvor de døde henne. I denne opgørelse er *hospice* og *uoplyst* af diskretionshensyn slået sammen i kategorien *øvrige*. Andelene vises for kommunen og på landsplan. Andelene er alders- og kønsstandardiserede.

## **Figur 2: Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**

I figuren vises andelen af de 80+ årige, der døde på sygehuset for dødsårsagerne *kræft*, *hjertesygdomme* og *sygdomme i åndedrætsorganer*, samt den samlede andel på tværs af alle dødsårsager. Andelene vises for den enkelte kommune og på landsplan.

## **Figur 3: Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

I figur 3 vises andelen af de 80+ årige, der døde på sygehuset opgjort for forskellige aldersgrupper og køn. Andelene for aldersgrupperne er kønsstandardiserede, og andelene for køn er aldersstandardiserede.

## **Figur 4: Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemodtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejehjemsbeboere, 2018-2022**

I figuren vises andelen af de 80+ årige, der døde på sygehuset for henholdsvis modtagere af hjemmepleje, modtagere af hjemmesygepleje og plejehjemsbeboere. Andelene vises på kommuneniveau og på landsplan. Andelene i forhold til hjemmepleje og hjemmesygepleje er vist for 77 af kommunerne og er baseret på data for 2020-2022. I de resterende kommuner har data ikke levet

op til de komplettheds- og kvalitetskrav, vi har stillet til data til data, som er beskrevet i Bilag 7: Metode.

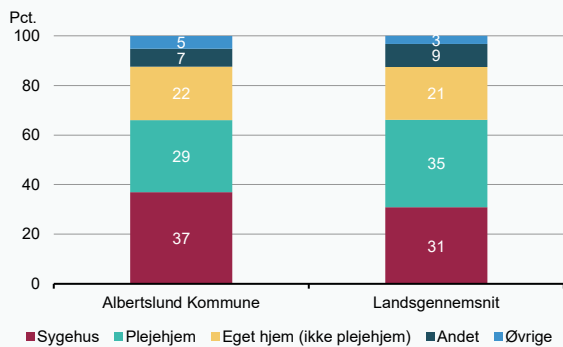
**Figur 5: Andelen af sygehusophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehusophold med udvalgte diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**

I figur 5 viser vi andelen af sygehusophold – ved død på sygehuset – hvor der er tale om et sygehusophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. Andelen vises for alle sygehusophold samlet og opgjort på dødsårsagerne *kræft*, *hjertesygdomme* og *sygdomme i åndedrætsorganer*. Disse tal er beregnet for døde i perioden marts 2019-2022, da opgørelsen er lavet på LPR3-data. Figuren viser de faktiske tal.

# Albertslund Kommune

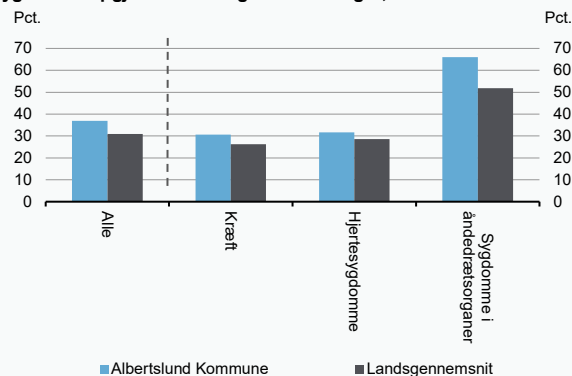
**Figur 1**

**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



**Figur 2**

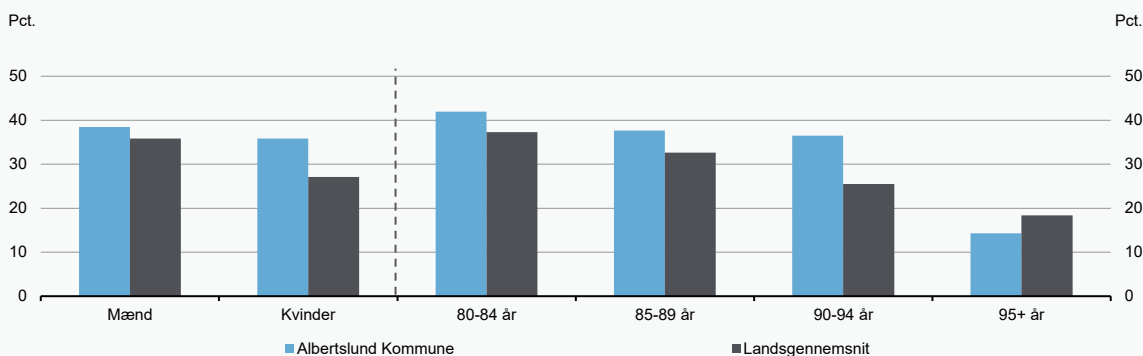
**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Figur 3**

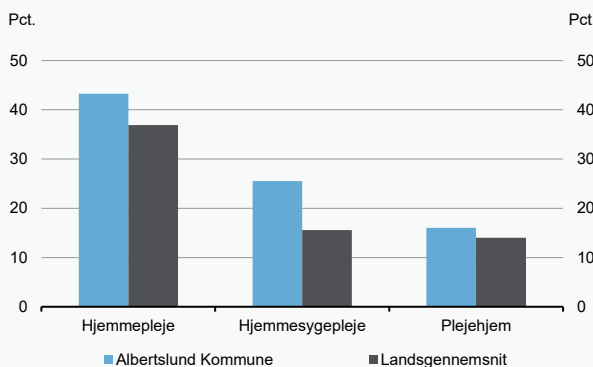
**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**



Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.  
Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

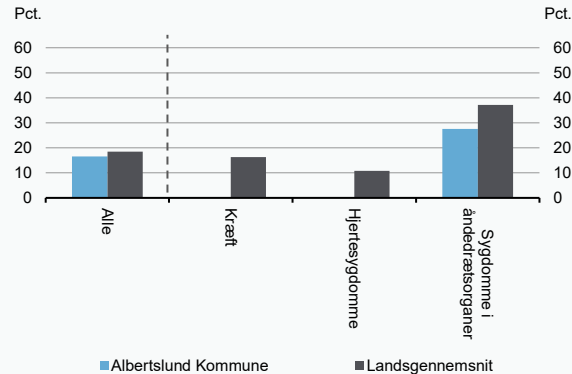
**Figur 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemodtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejehjemsbeboere, 2018-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehuseophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehuseophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**



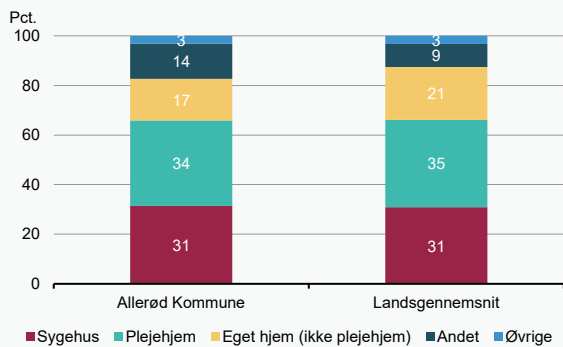
Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle er på kommuneniveau skyldes det enten diskretionssyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehuseophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionssyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

# Allerød Kommune

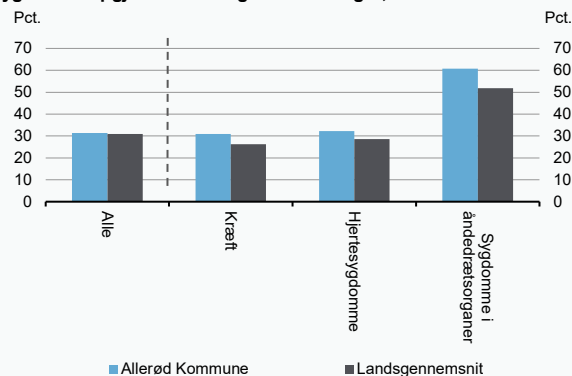
**Figur 1**

**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



**Figur 2**

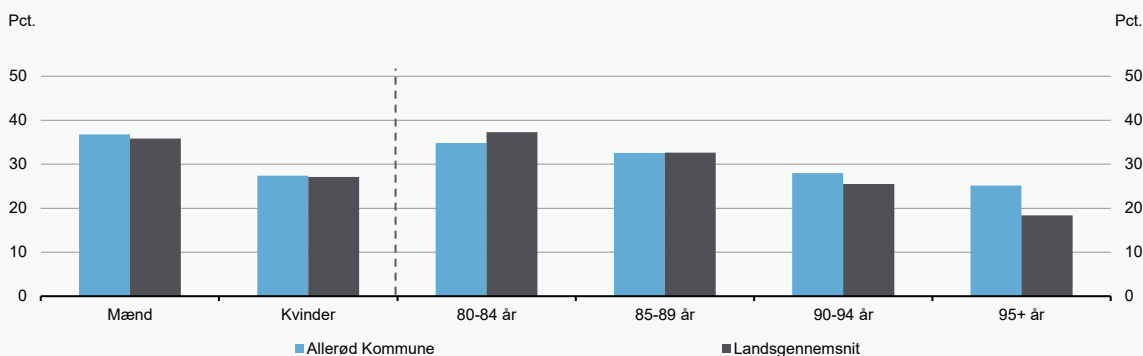
**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

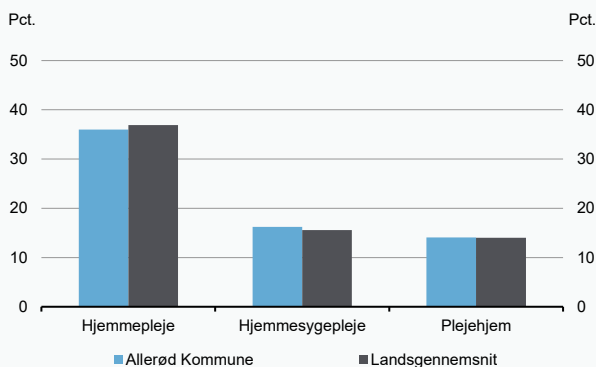


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

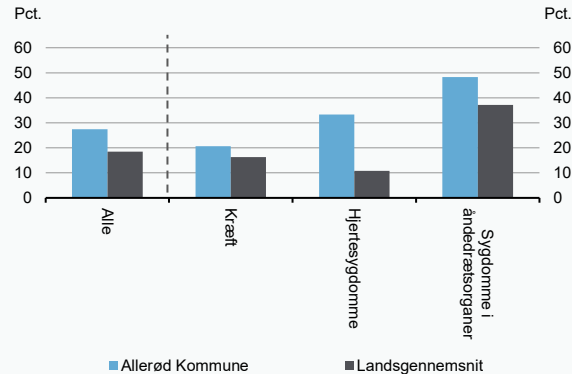
**Figur 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemodtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejhjemsbeboere, 2018-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehuseophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehuseophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**

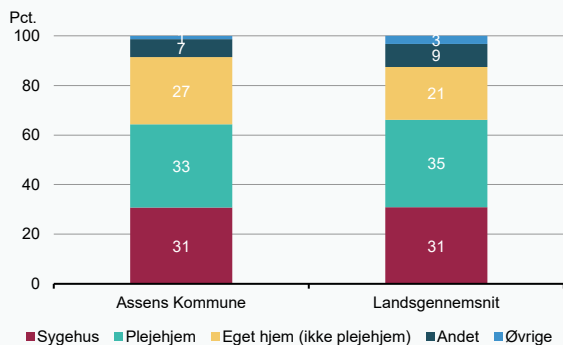


Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle er på kommuneniveau skyldes det enten diskretionshensyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehuseophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionshensyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

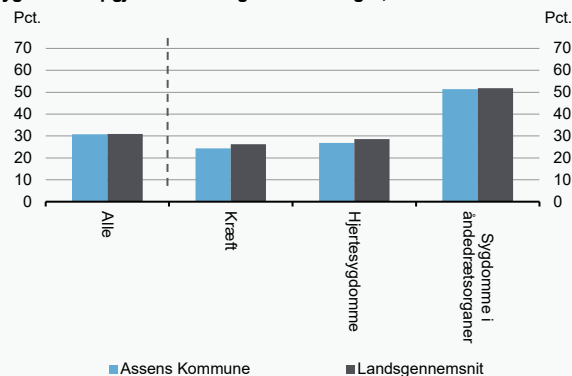
**Figur 1**

**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



**Figur 2**

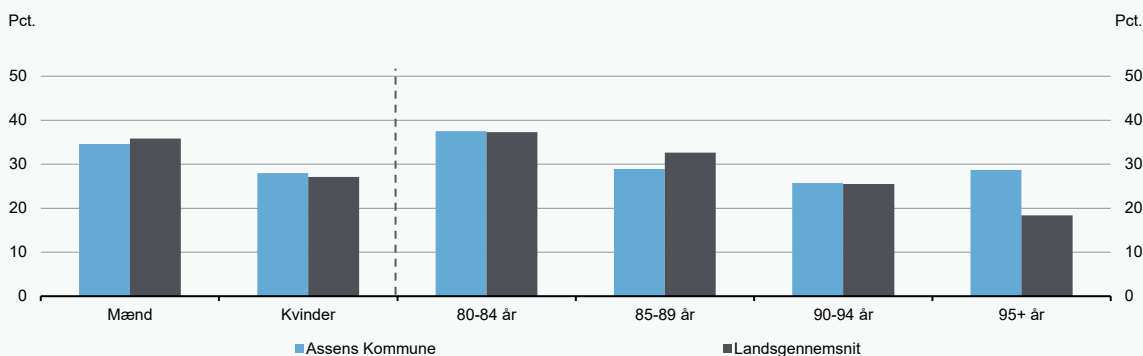
**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

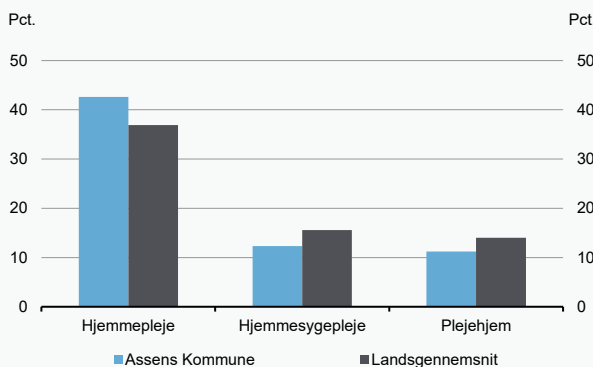


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

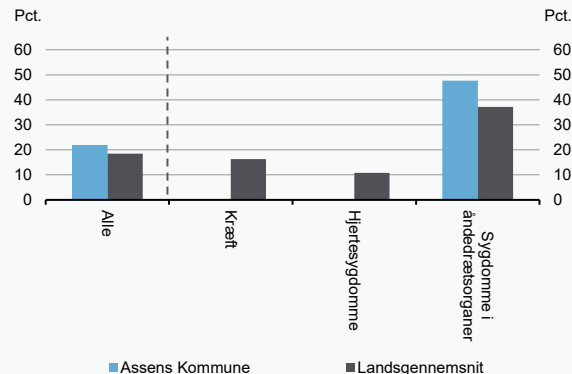
**Figur 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemodtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejehjemsbeboere, 2018-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehuseophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehuseophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**



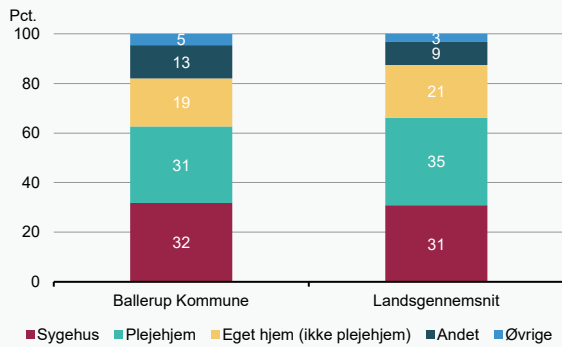
Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle på kommuneniveau skyldes det enten diskretionssyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehuseophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionssyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

# Ballerup Kommune

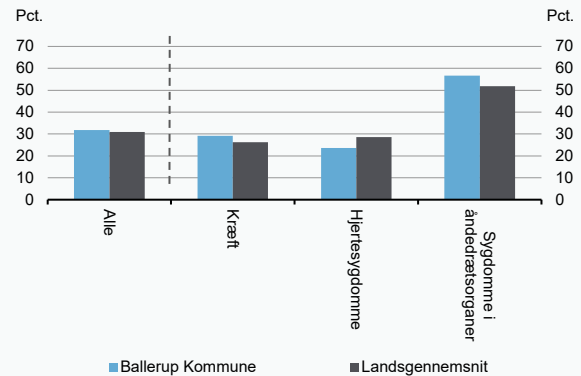
**Figur 1**

**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



**Figur 2**

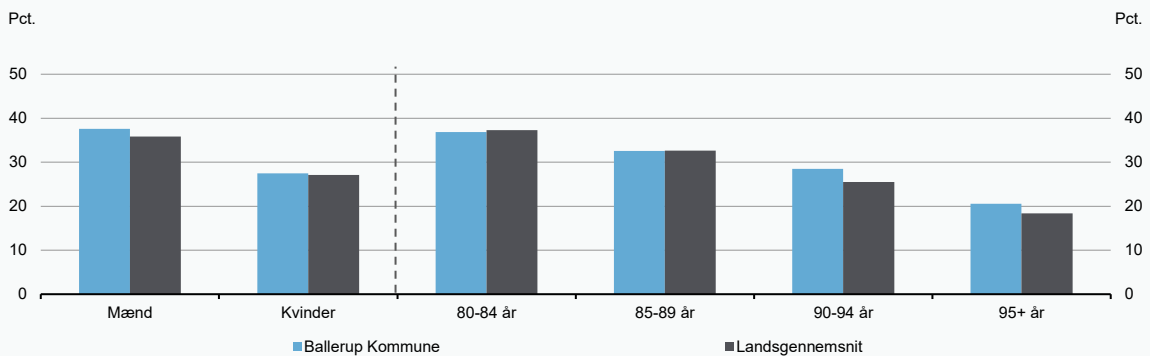
**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

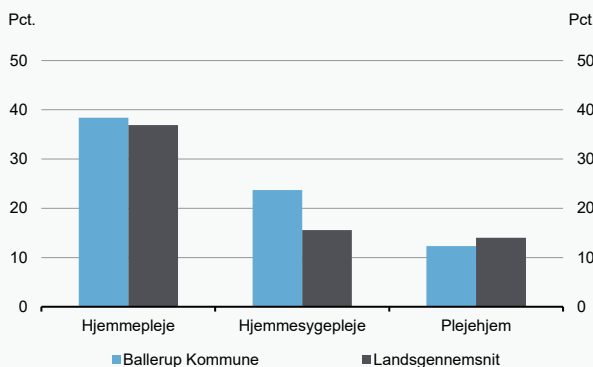


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

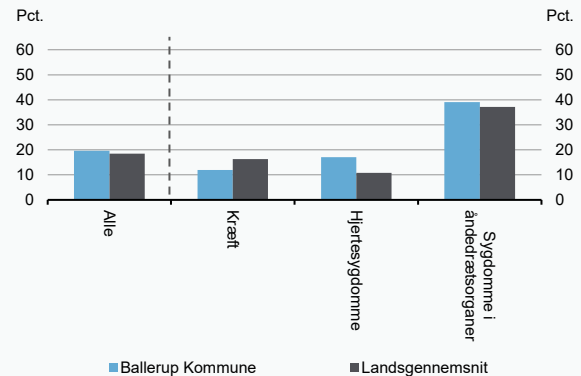
**Figur 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemodtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejhjemsbeboere, 2018-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehuseophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehuseophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**



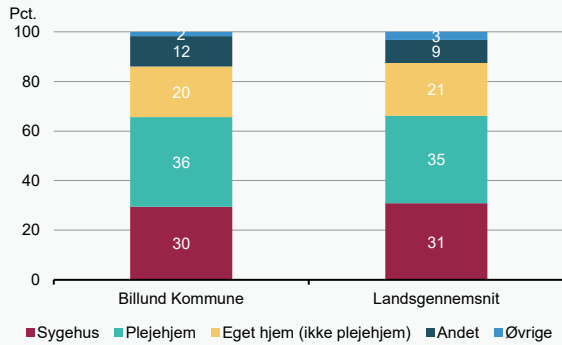
Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle er på kommuneniveau skyldes det enten diskretionssyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehuseophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionssyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

# Billund Kommune

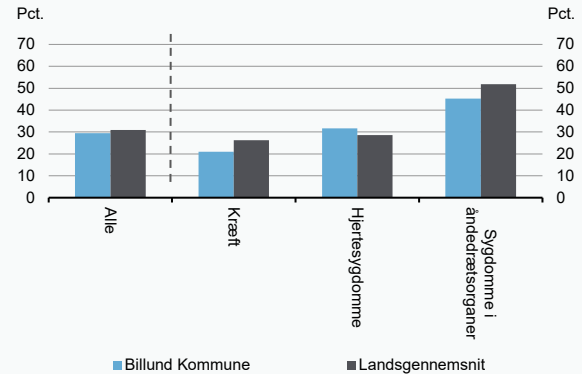
**Figur 1**

**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



**Figur 2**

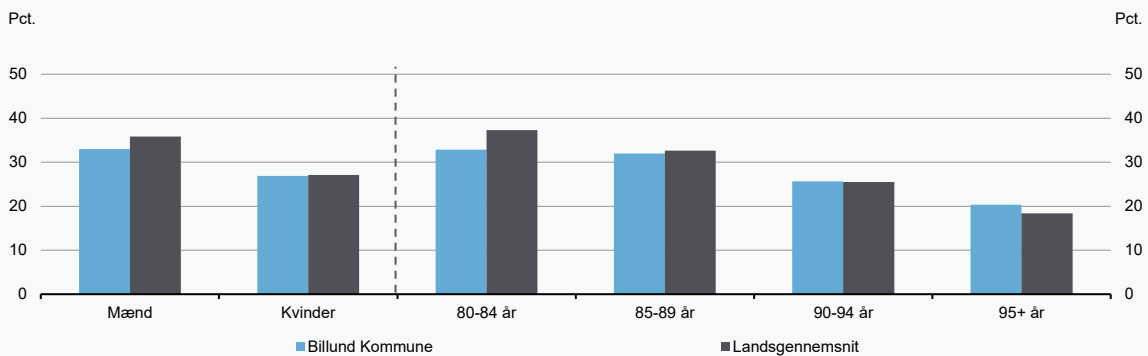
**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

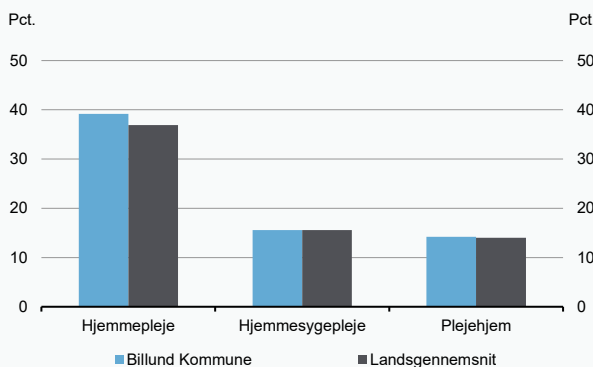


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

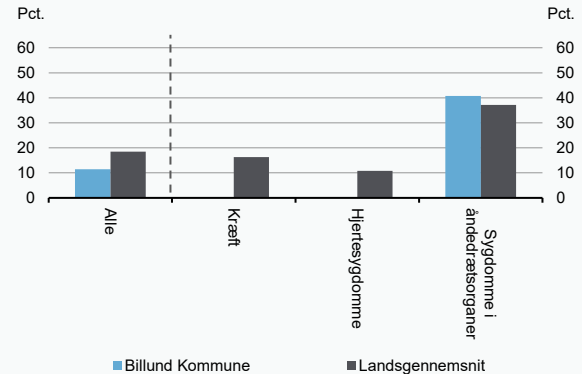
**Figur 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemodtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejehjemsbeboere, 2018-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehuseophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehuseophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**



Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle er på kommuneniveau skyldes det enten diskretionssyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehuseophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionssyn.

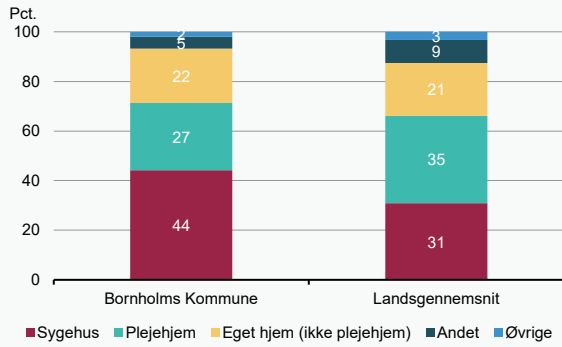
Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.



# Bornholms Kommune

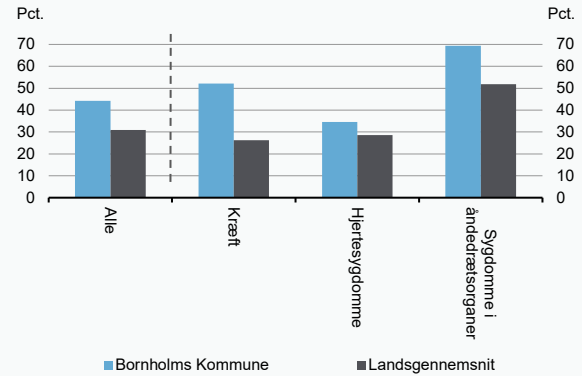
**Figur 1**

**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



**Figur 2**

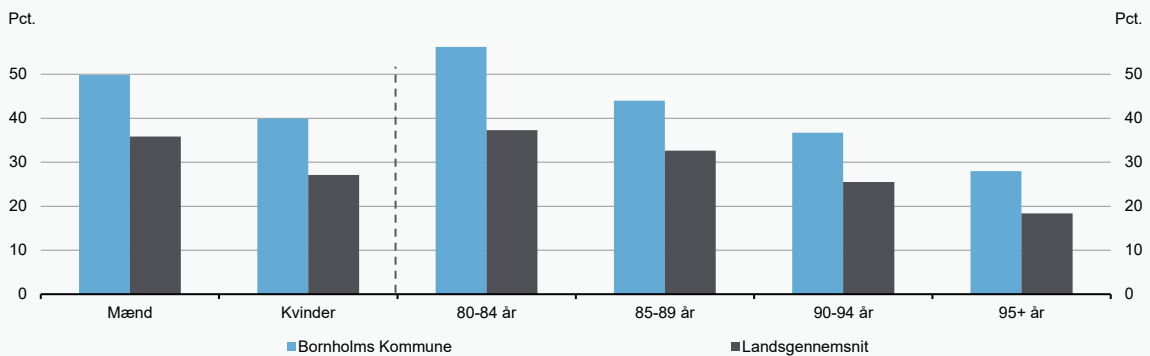
**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

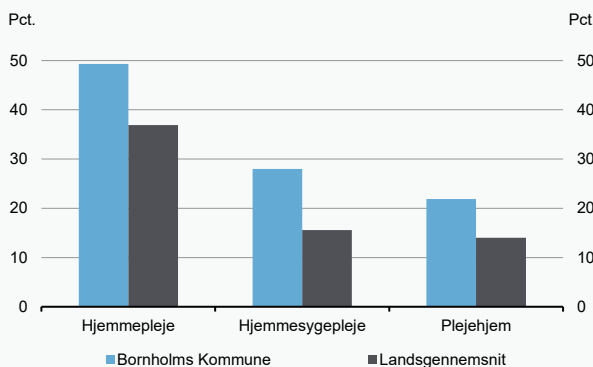


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

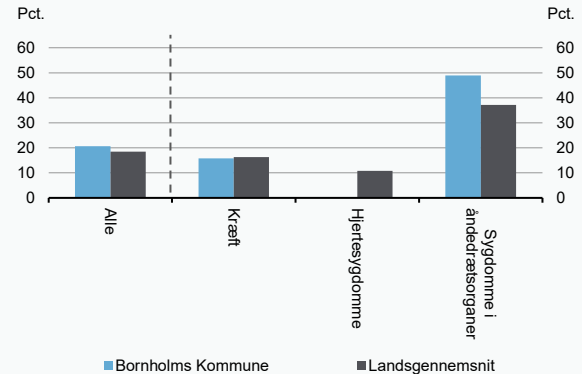
**Figur 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemodtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejehjemsbeboere, 2018-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehuseophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehuseophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**



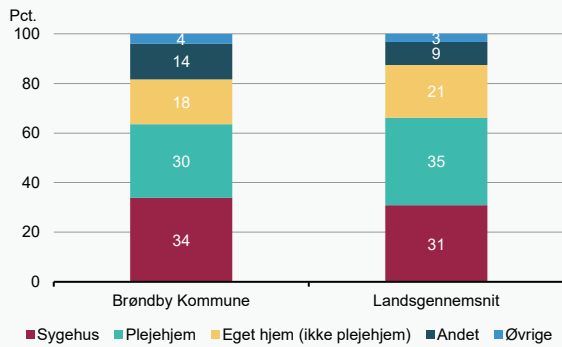
Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle er på kommuneniveau skyldes det enten diskretionssyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehuseophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionssyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

# Brøndby Kommune

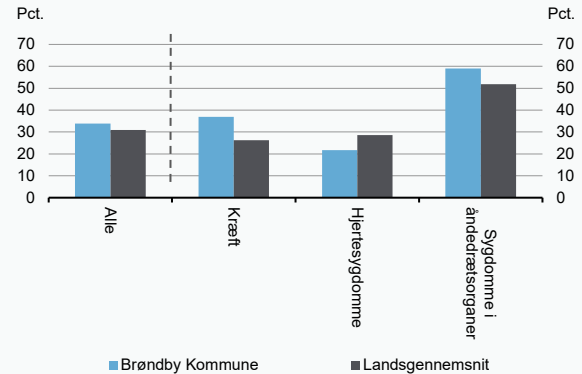
**Figur 1**

**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



**Figur 2**

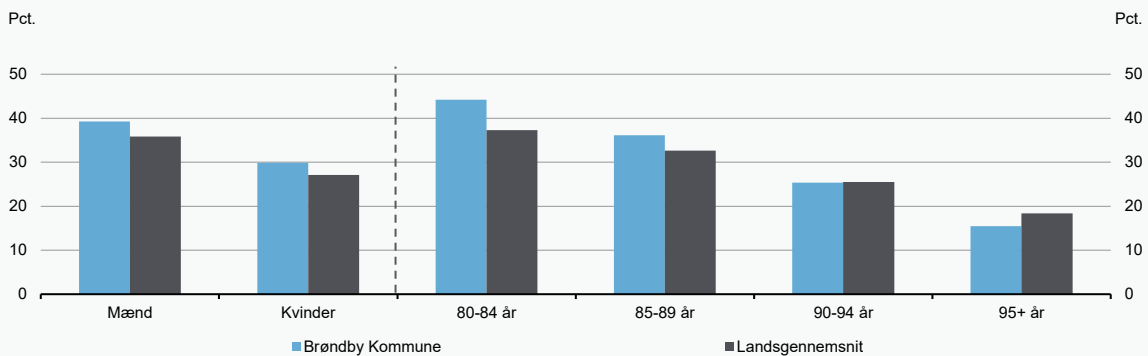
**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

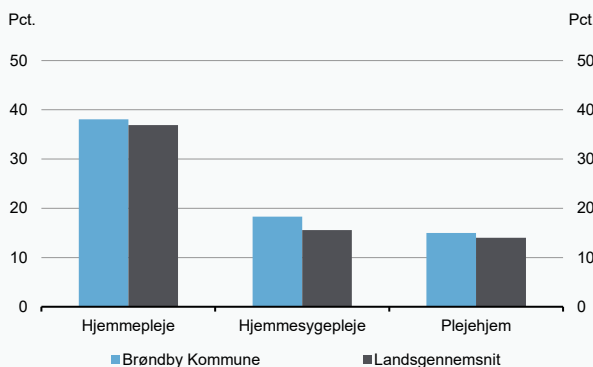


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

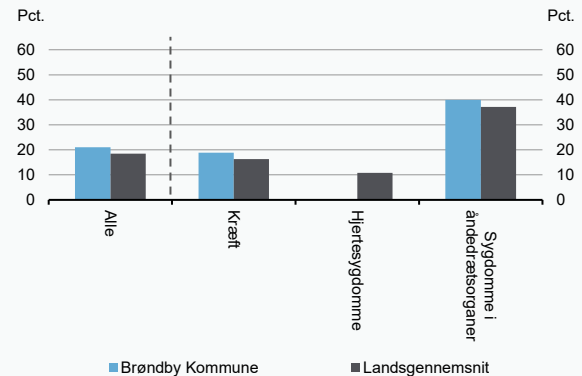
**Figur 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemodtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejehjemsbeboere, 2018-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehuseophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehuseophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**



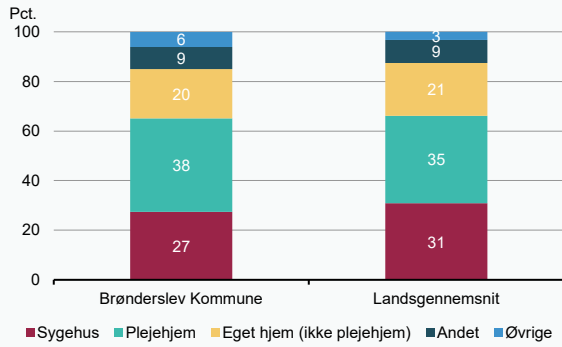
Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle er på kommuneniveau skyldes det enten diskretionssyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehuseophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionssyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

# Brønderslev Kommune

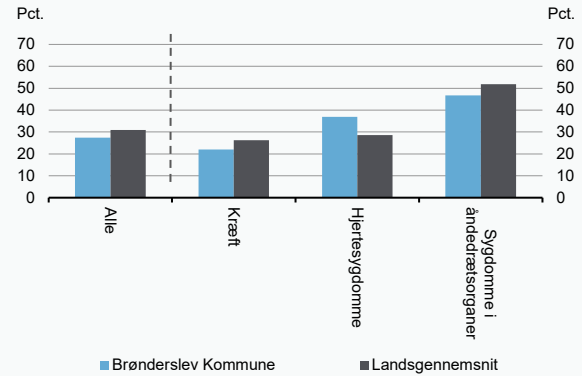
**Figur 1**

**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



**Figur 2**

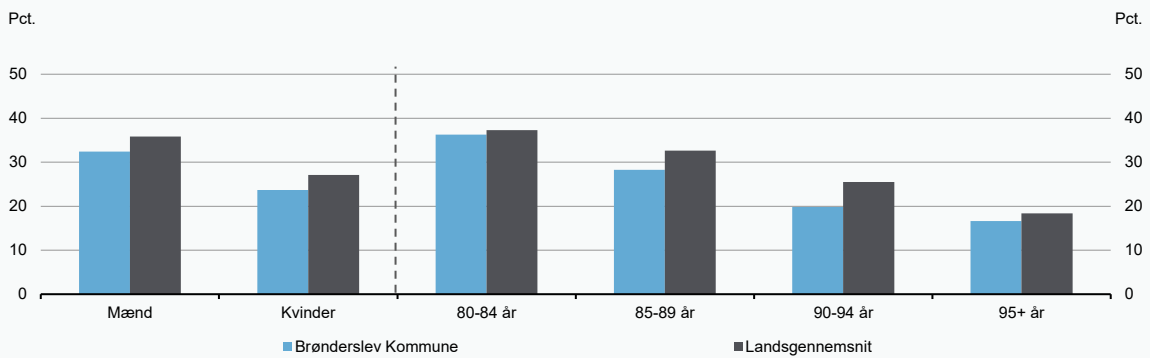
**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

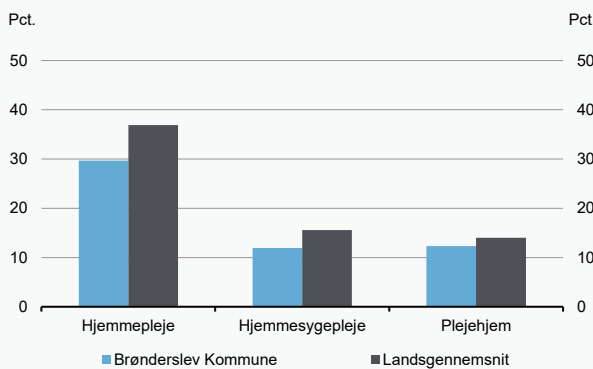


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

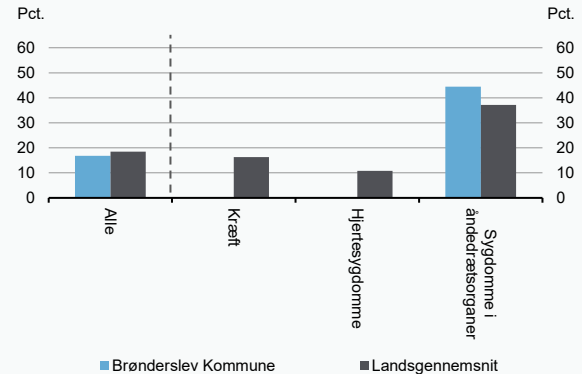
**Figur 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemodtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejehjemsbeboere, 2018-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehuseophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehuseophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**



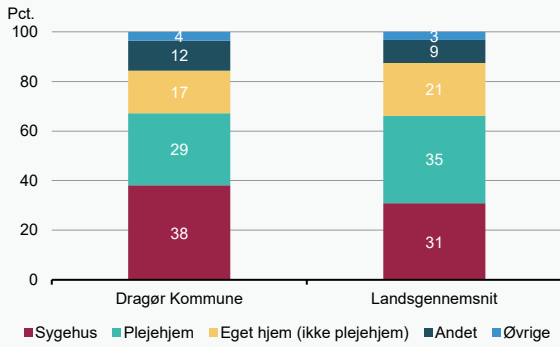
Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle er på kommuneniveau skyldes det enten diskretionssyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehuseophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionssyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

# Dragør Kommune

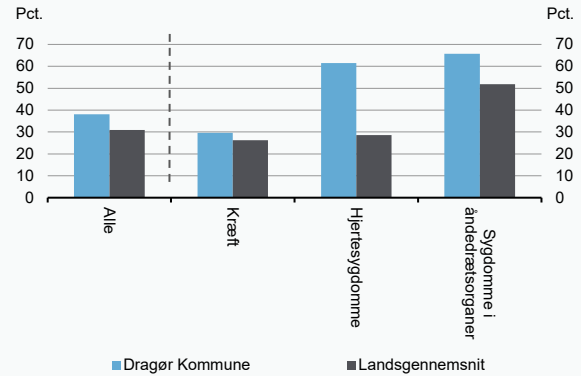
**Figur 1**

**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



**Figur 2**

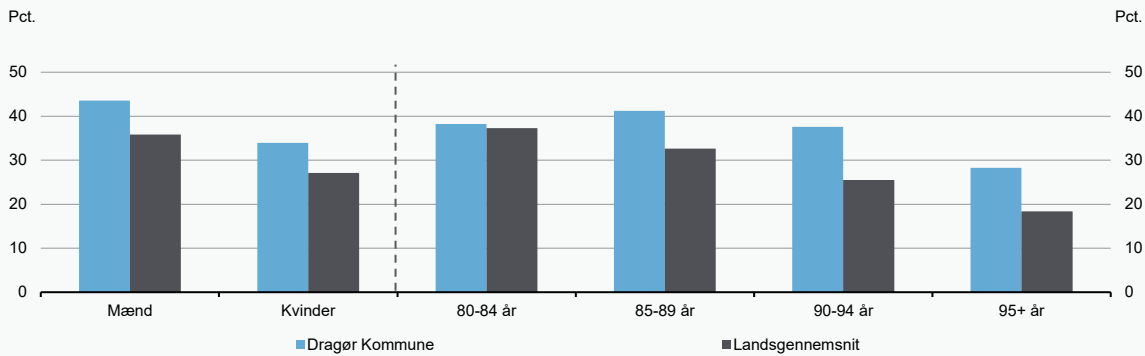
**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

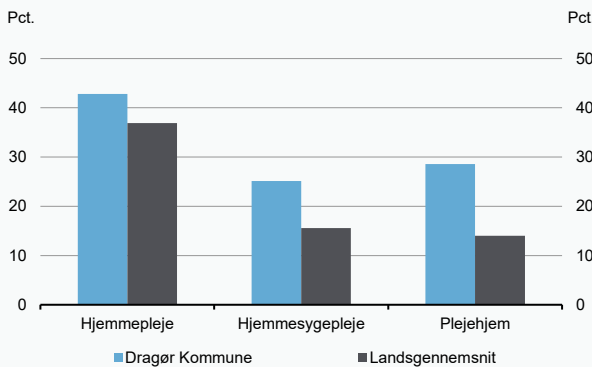


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

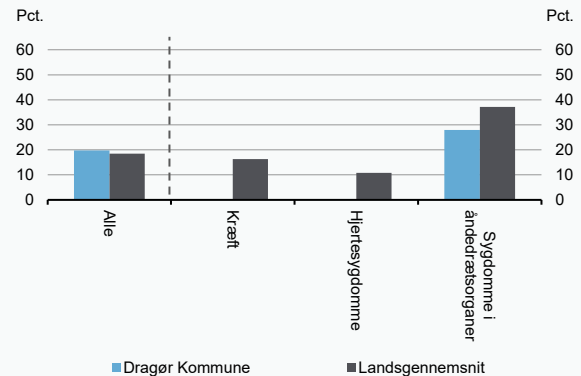
**Figur 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemodtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejehjemsbeboere, 2018-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehuseophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehuseophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**



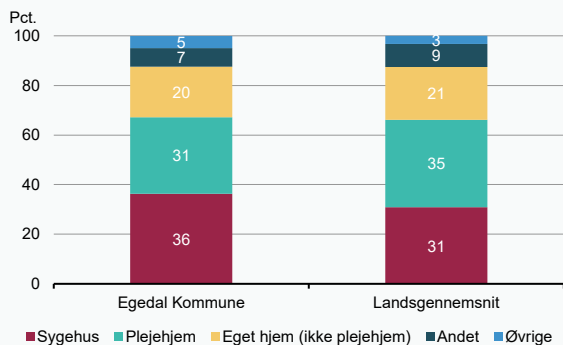
Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle er på kommuneniveau skyldes det enten diskretionssyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehuseophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionssyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

# Egedal Kommune

**Figur 1**

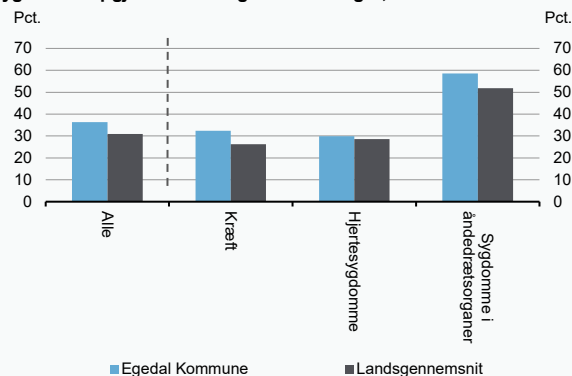
**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

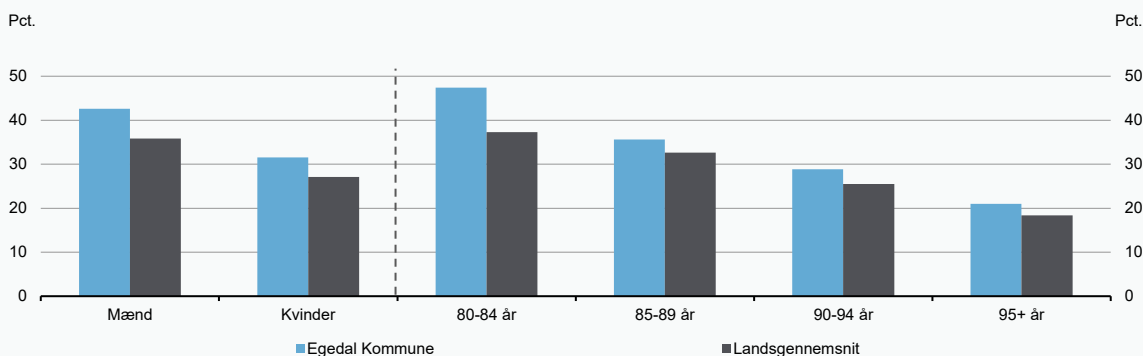
**Figur 2**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

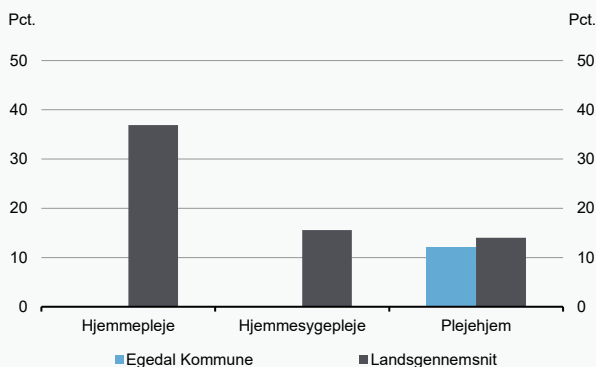


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

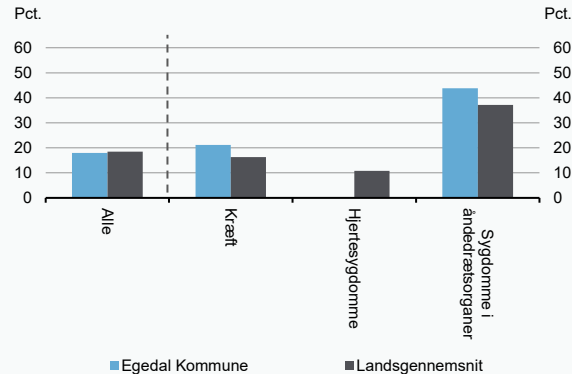
**Figur 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemodtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejehjemsbeboere, 2018-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehuseophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehuseophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**



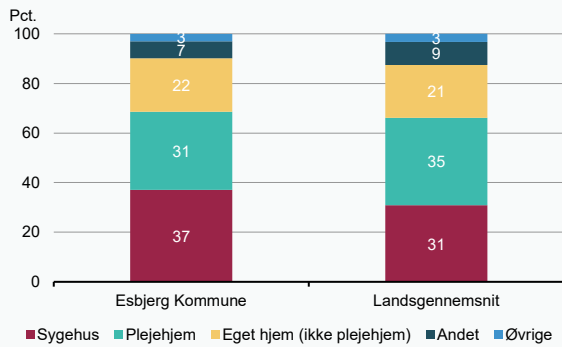
Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle er på kommuneniveau skyldes det enten diskretionssyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehuseophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionssyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

# Esbjerg Kommune

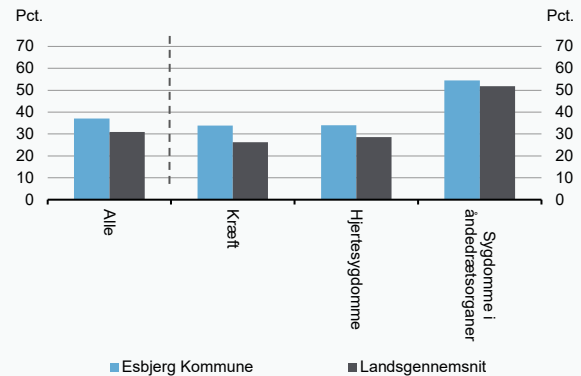
**Figur 1**

**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



**Figur 2**

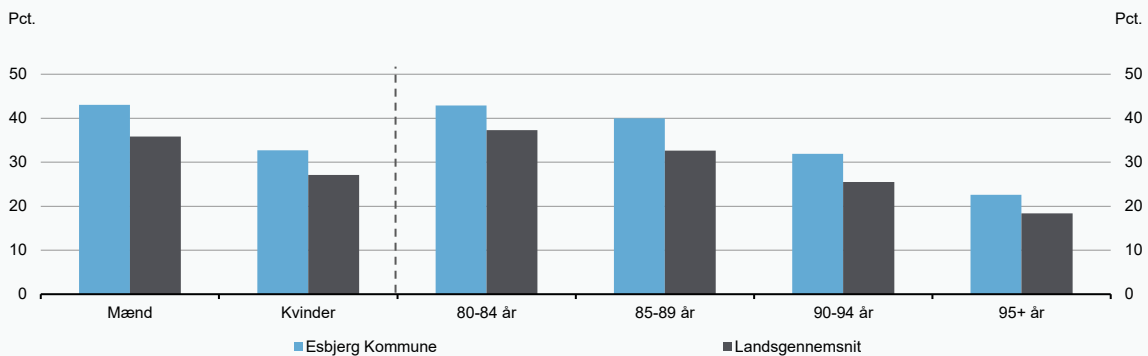
**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

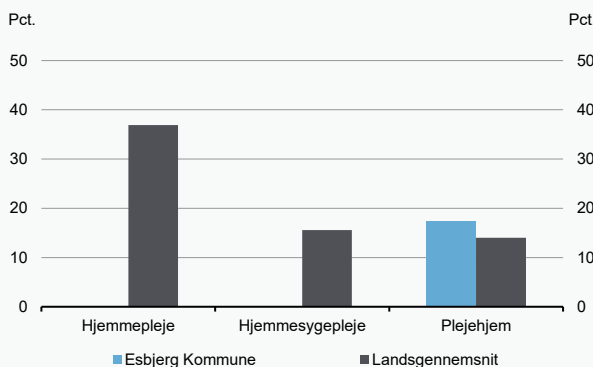


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

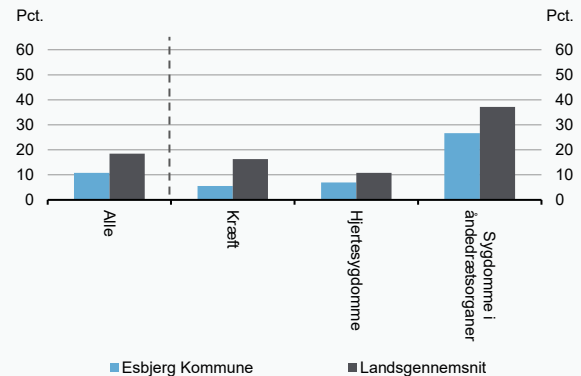
**Figur 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemodtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejehjemsbeboere, 2018-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehuseophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehuseophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**



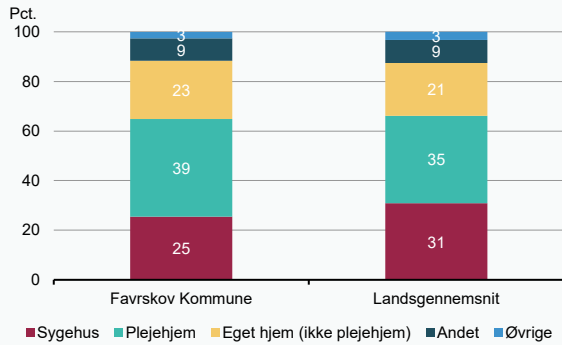
Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle er på kommuneniveau skyldes det enten diskretionssyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehuseophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionssyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

# Favrskov Kommune

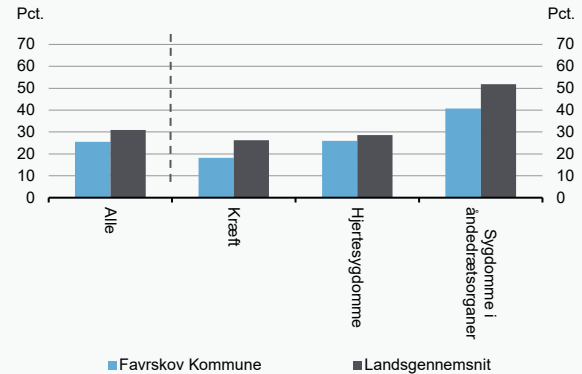
**Figur 1**

**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



**Figur 2**

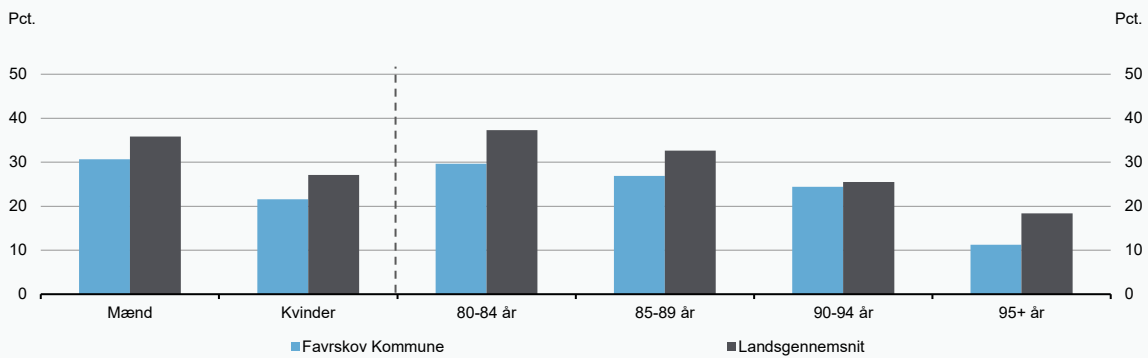
**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

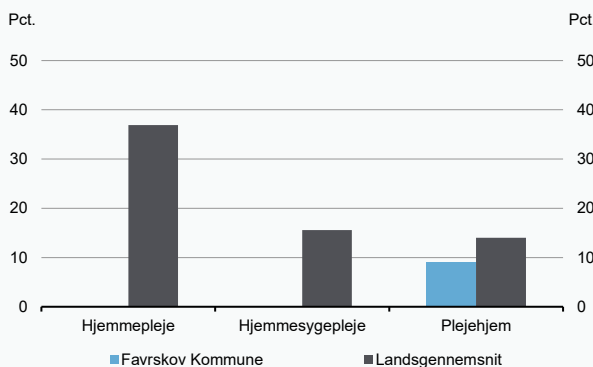


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

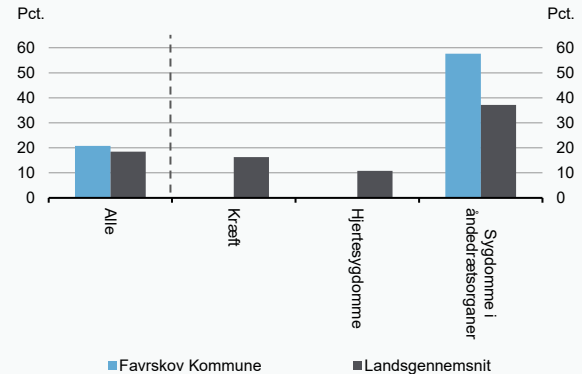
**Figur 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemodtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejhjemsbeboere, 2018-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehuseophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehuseophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**

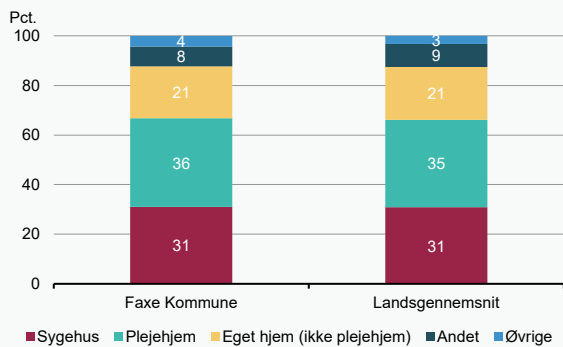


Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle er på kommuneniveau skyldes det enten diskretionssyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehuseophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionssyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

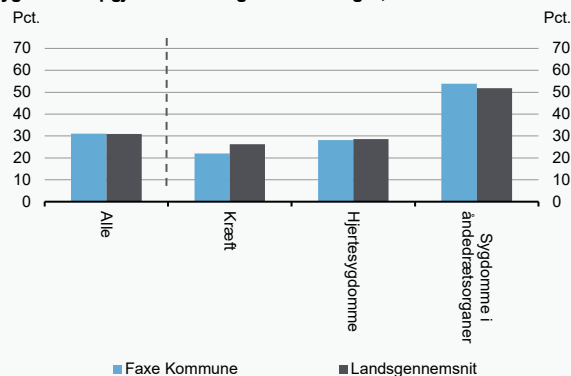
**Figur 1**

**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



**Figur 2**

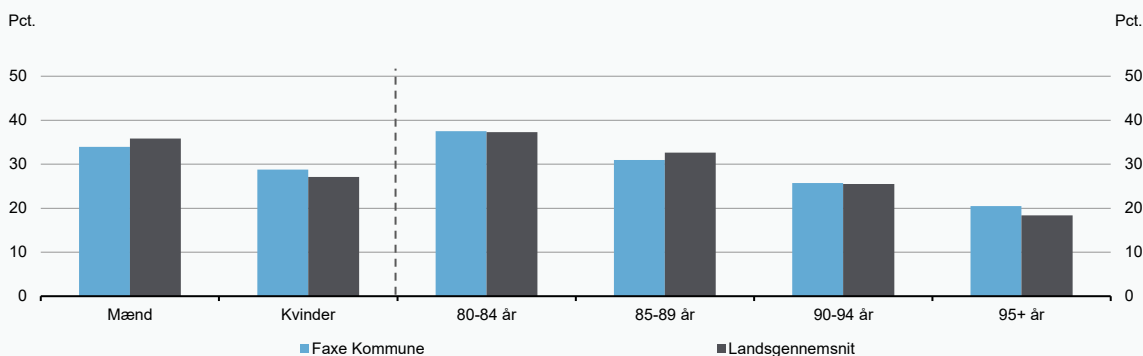
**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

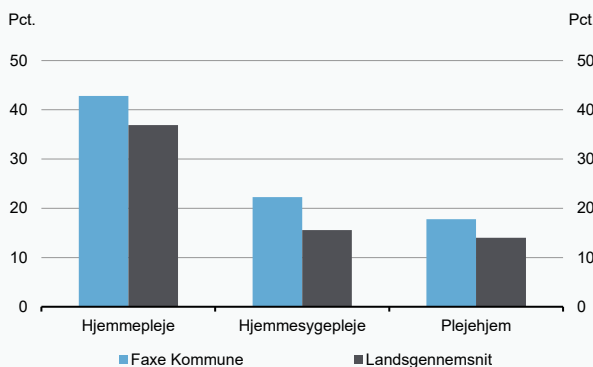


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

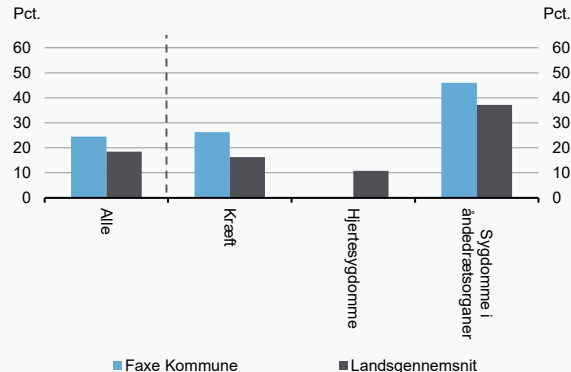
**Figur 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemoedtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejehjemsbeboere, 2018-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehuseophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehuseophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**



Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle er på kommuneniveau skyldes det enten diskretionssyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehuseophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionssyn.

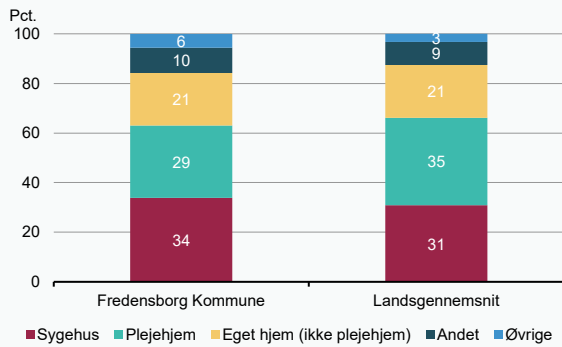
Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.



# Fredensborg Kommune

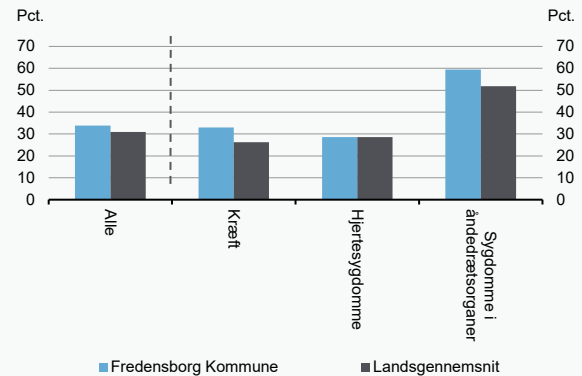
**Figur 1**

**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



**Figur 2**

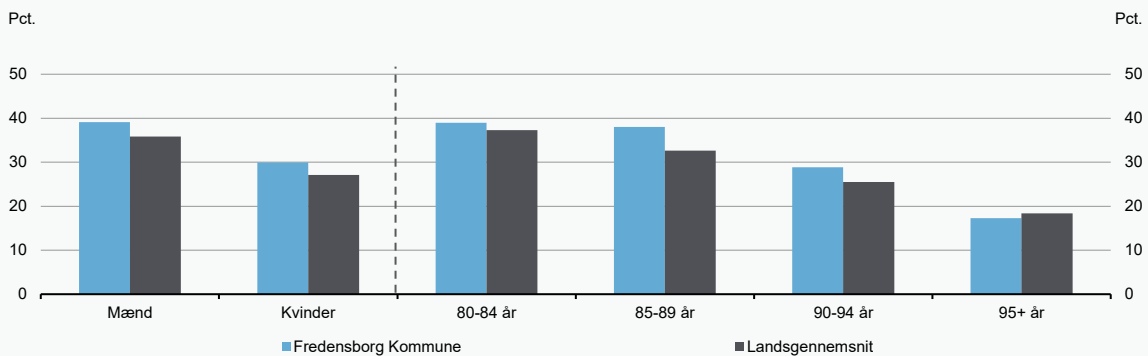
**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

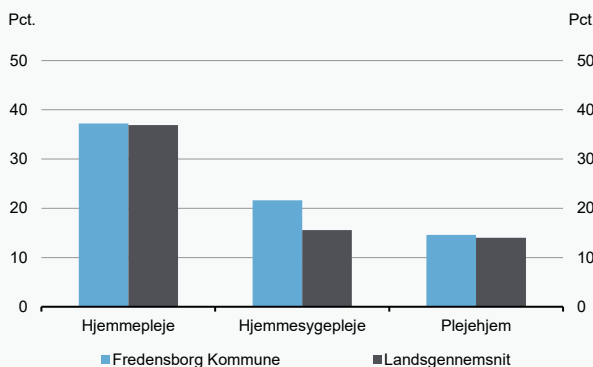


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

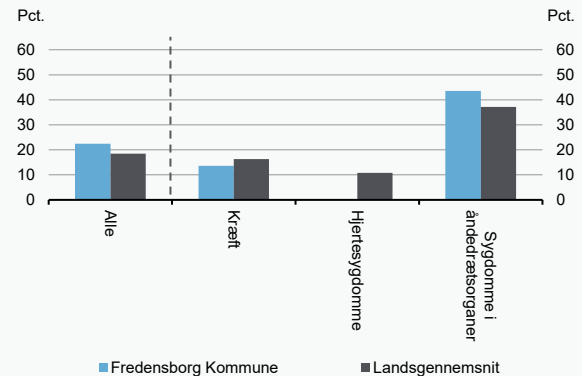
**Figur 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemedtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejhjemsbeboere, 2018-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehuseophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehuseophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**



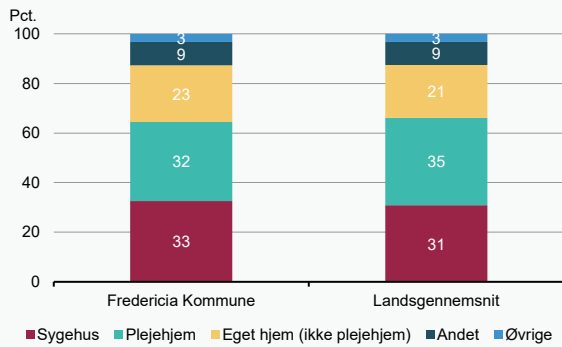
Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle er på kommuneniveau skyldes det enten diskretionssyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehuseophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionssyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

# Fredericia Kommune

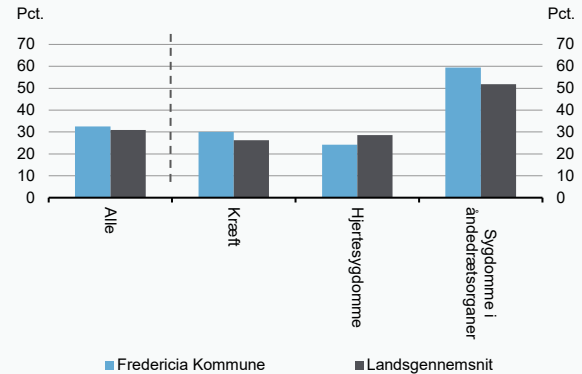
**Figur 1**

**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



**Figur 2**

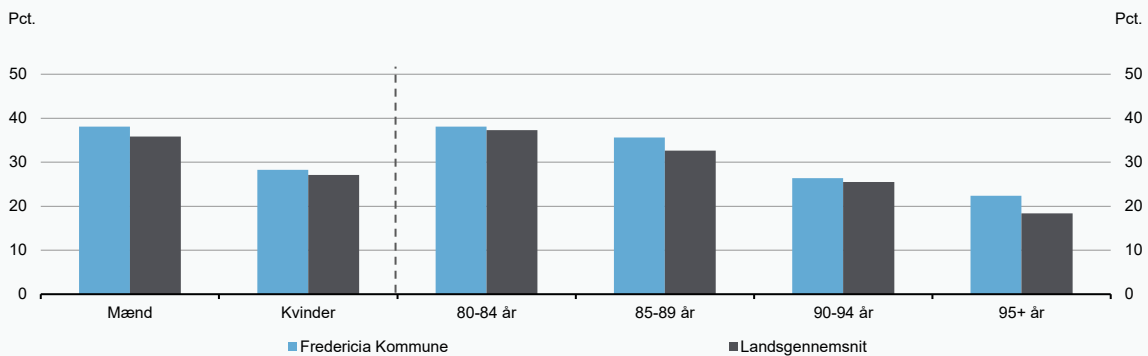
**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

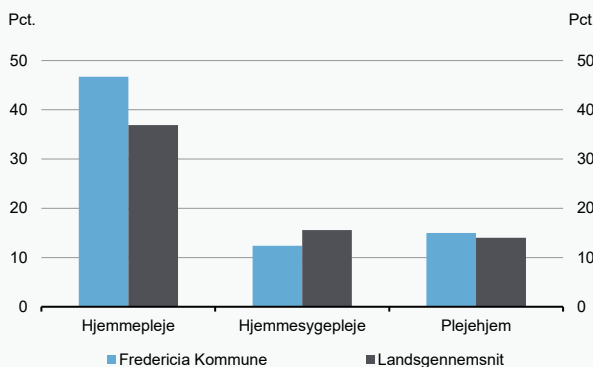


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

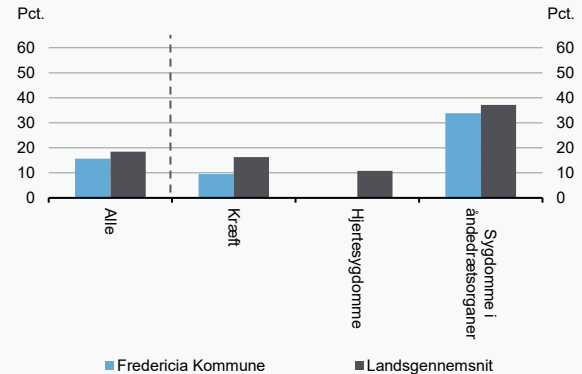
**Figur 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemodtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejhjemsbeboere, 2018-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehuseophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehuseophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**



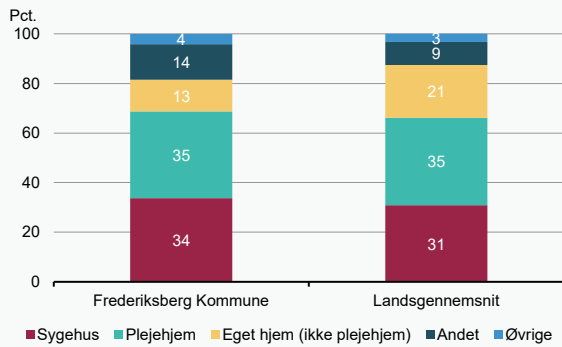
Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle er på kommuneniveau skyldes det enten diskretionssyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehuseophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionssyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

# Frederiksberg Kommune

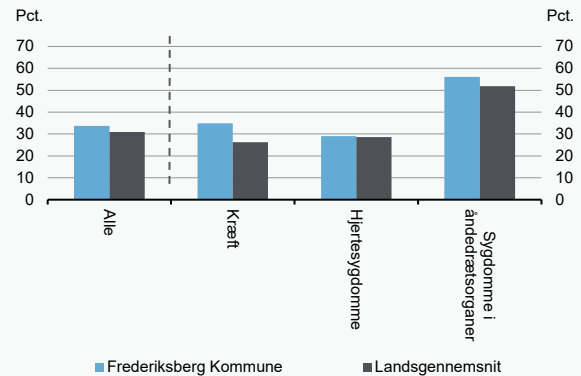
**Figur 1**

**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



**Figur 2**

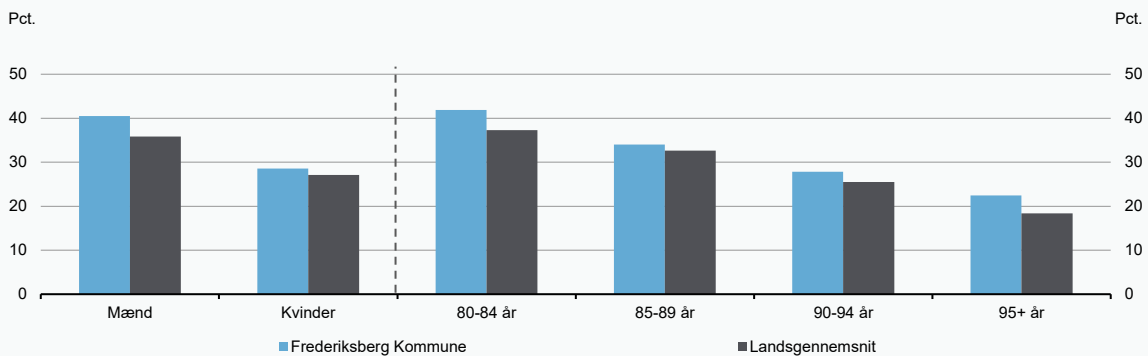
**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

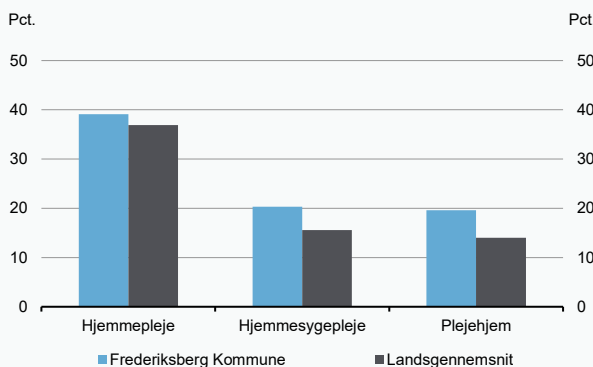


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

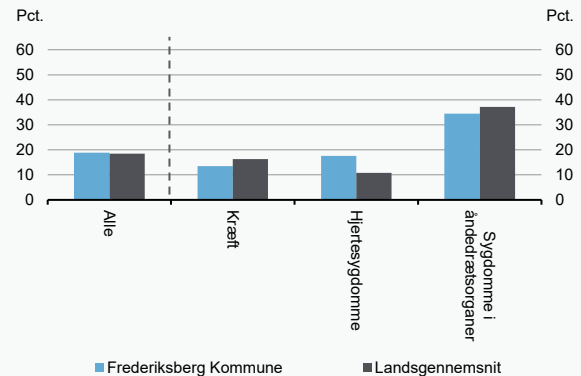
**Figur 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemedtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejhjemsbeboere, 2018-2022**



**Figur 5**

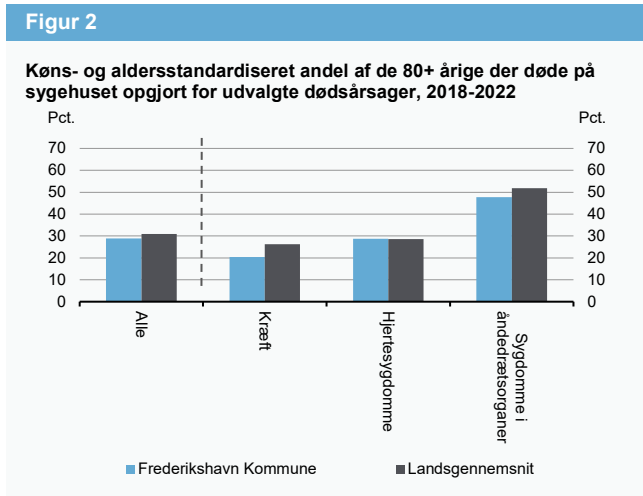
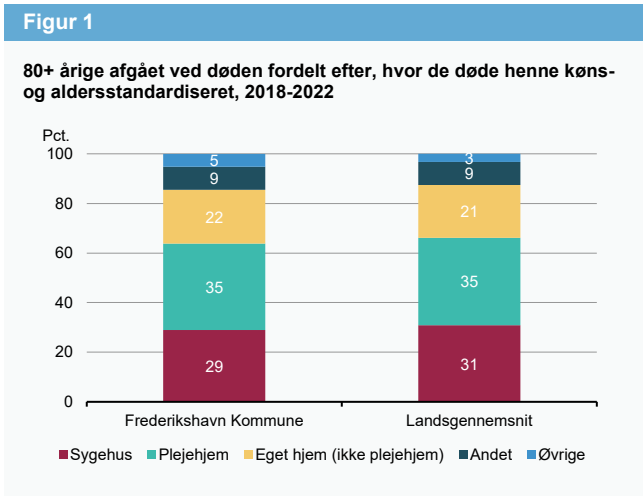
**Andelen af sygehuseophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehuseophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**



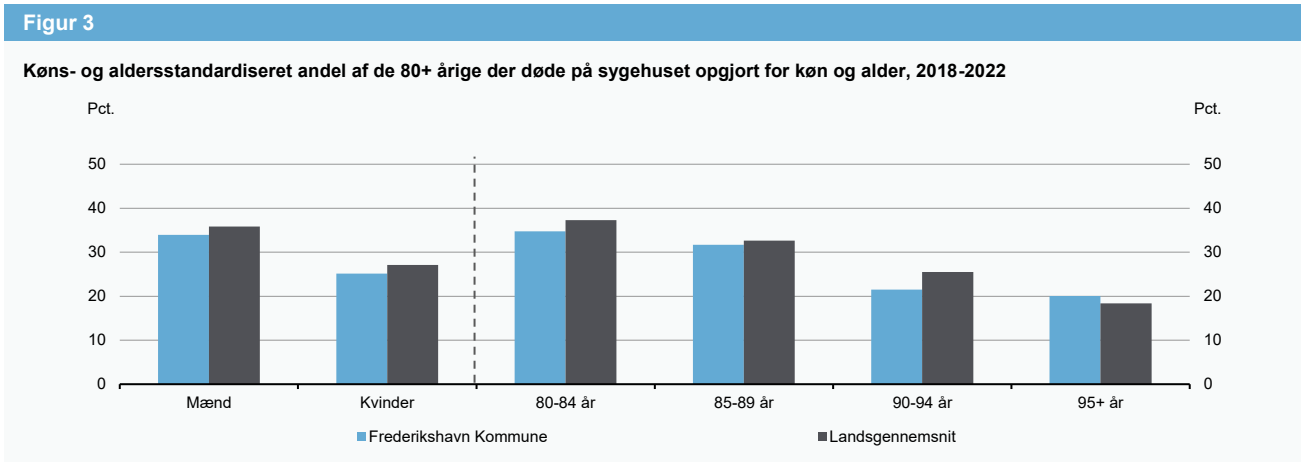
Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle er på kommuneniveau skyldes det enten diskretionssyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehuseophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionssyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

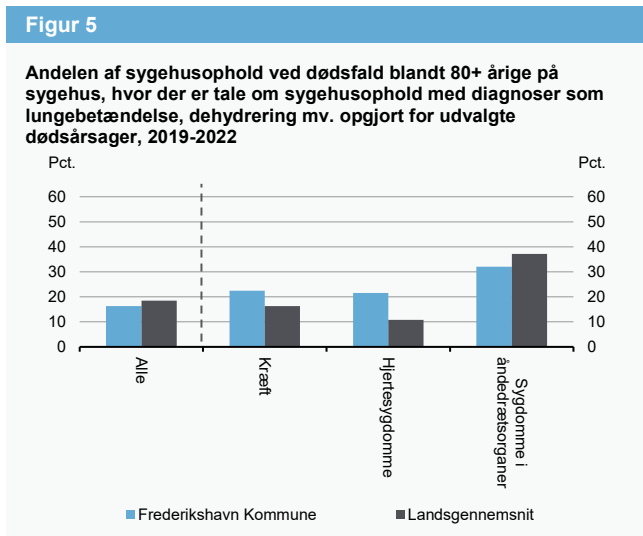
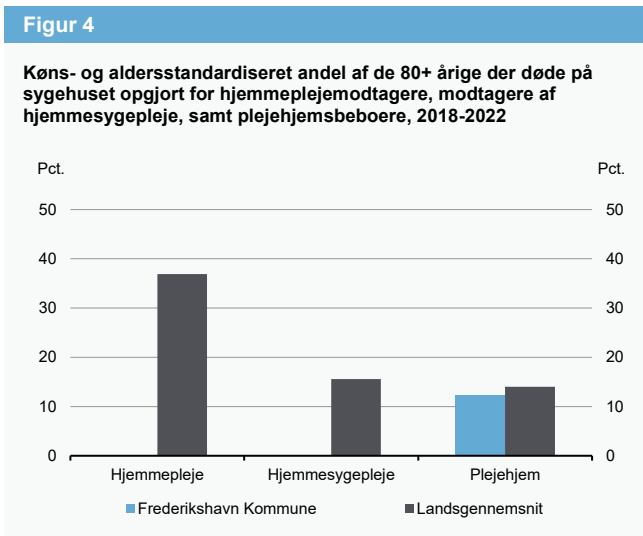
# Frederikshavn Kommune



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.



Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.  
Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

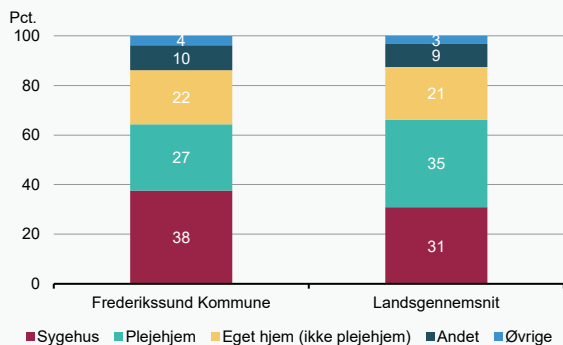


Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle er på kommuneniveau skyldes det enten diskretionshensyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehusophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionshensyn.  
Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

# Frederikssund Kommune

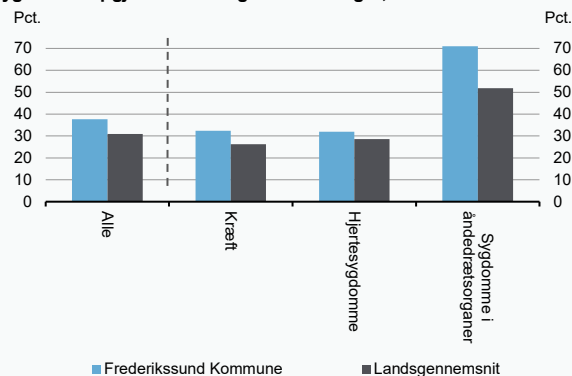
**Figur 1**

**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



**Figur 2**

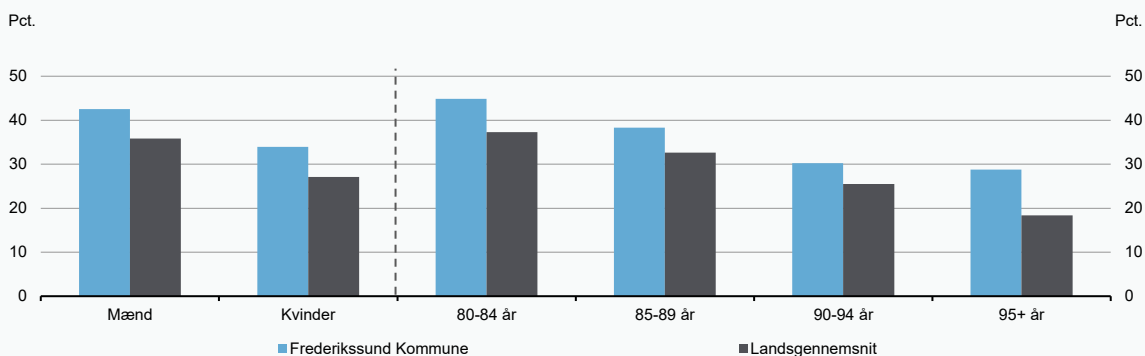
**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

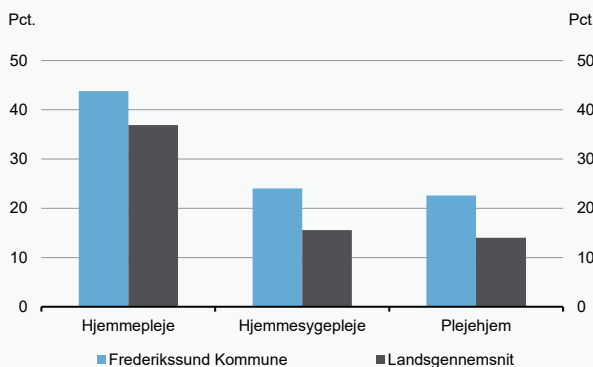


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

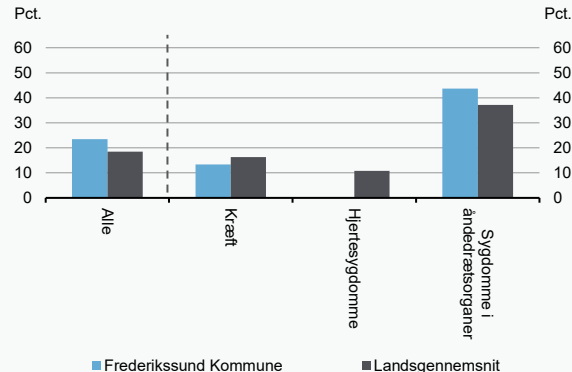
**Figur 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemodtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejhjemsbeboere, 2018-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehuseophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehuseophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**

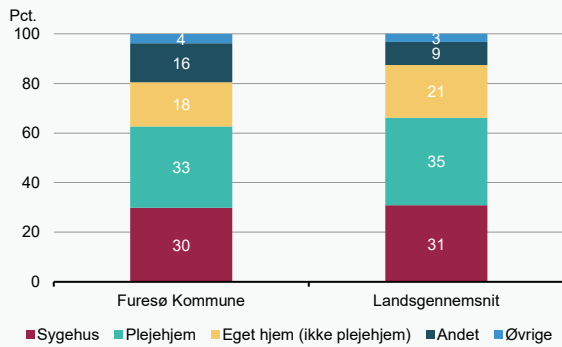


Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle er på kommuneniveau skyldes det enten diskretionssyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehuseophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionssyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

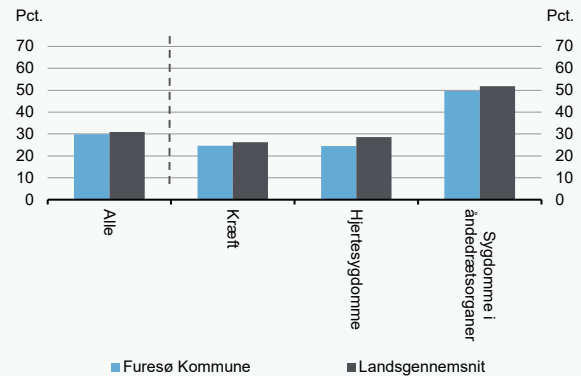
**Figur 1**

**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



**Figur 2**

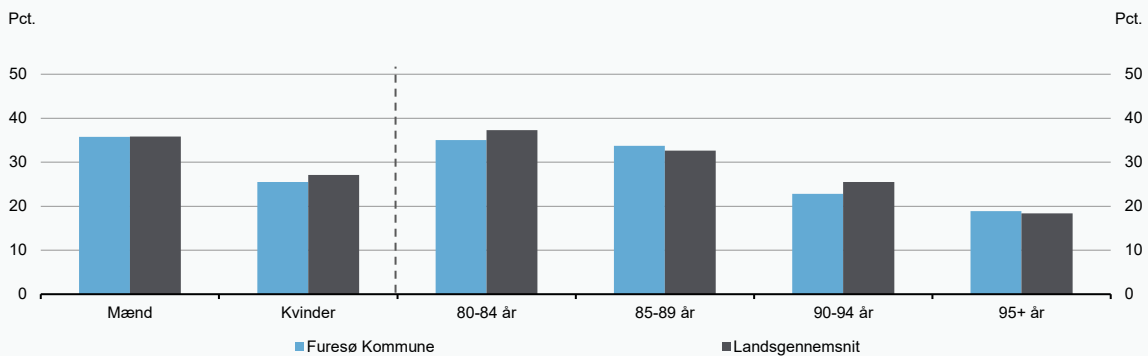
**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

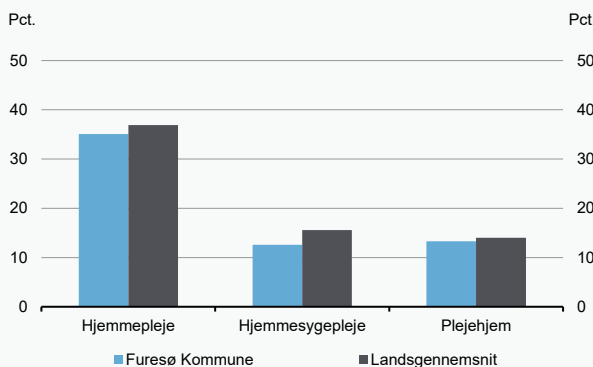


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

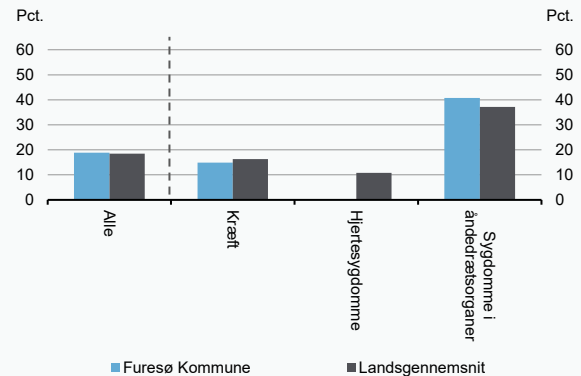
**Figur 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemodtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejehjemsbeboere, 2018-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehuseophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehuseophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**



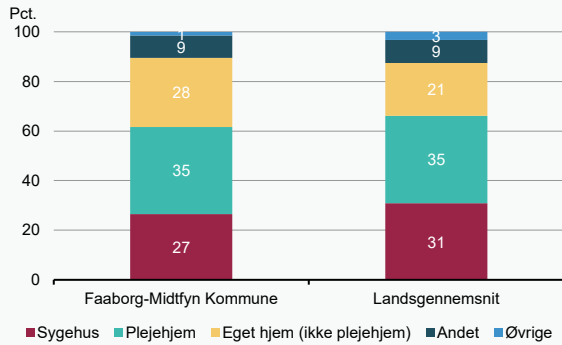
Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle på kommuneniveau skyldes det enten diskretionssyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehuseophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionssyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

# Faaborg-Midtfyn Kommune

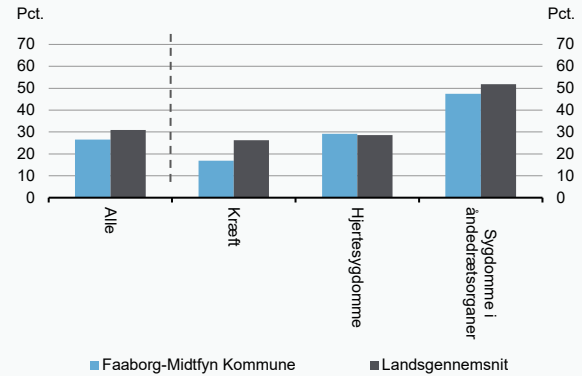
**Figur 1**

**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



**Figur 2**

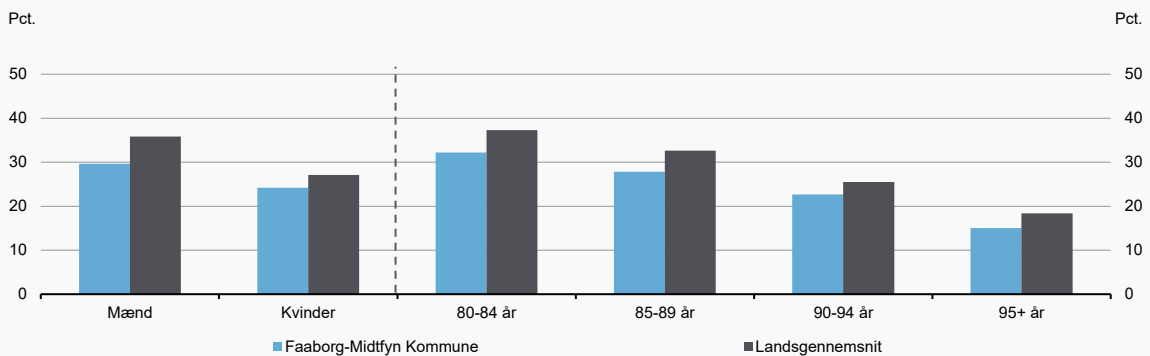
**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

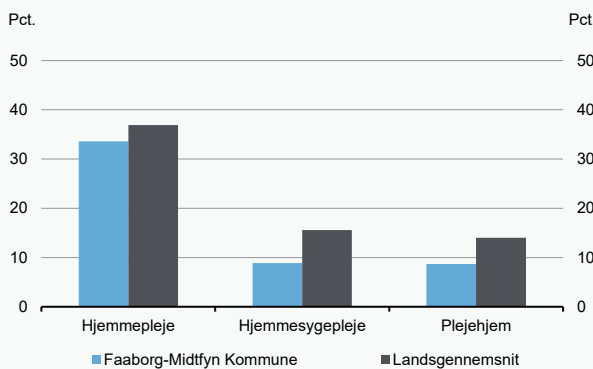


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

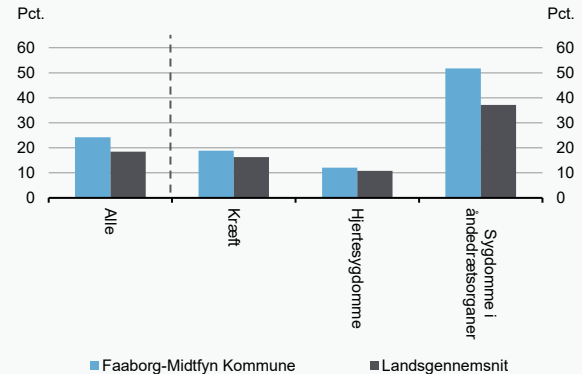
**Figur 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemedtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejehjemsbeboere, 2018-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehuseophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehuseophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**



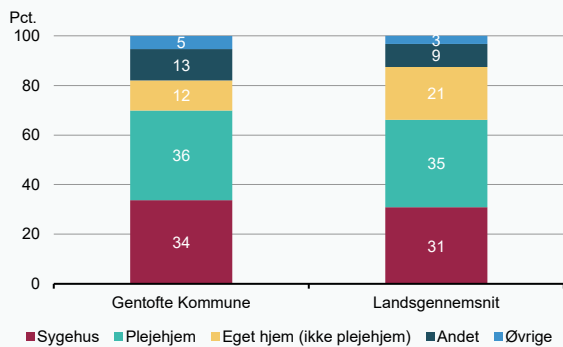
Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle er på kommuneniveau skyldes det enten diskretionssyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehuseophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionssyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

# Gentofte Kommune

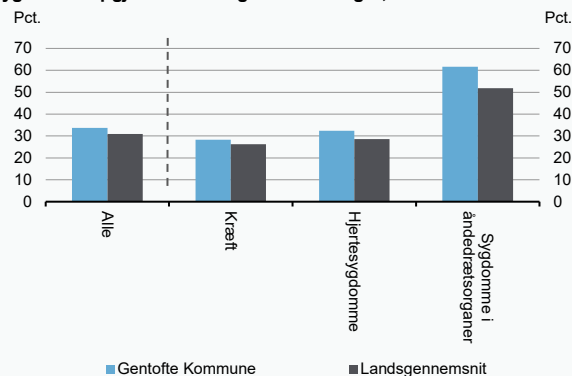
**Figur 1**

**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



**Figur 2**

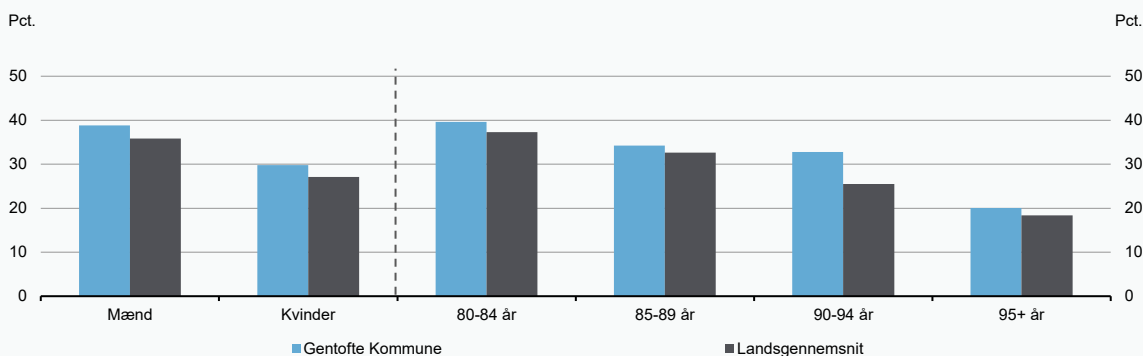
**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

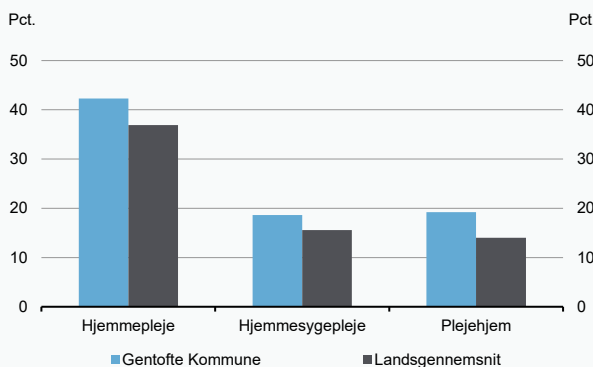


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

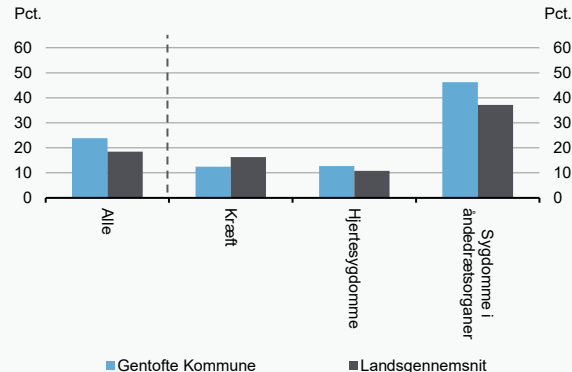
**Figur 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemodtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejehjemsbeboere, 2018-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehuseophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehuseophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**



Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle er på kommuneniveau skyldes det enten diskretionssyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehuseophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionssyn.

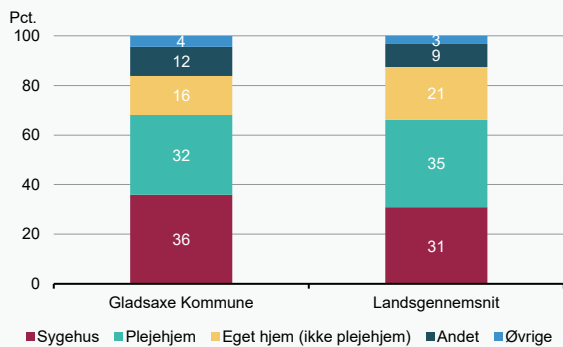
Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.



# Gladsaxe Kommune

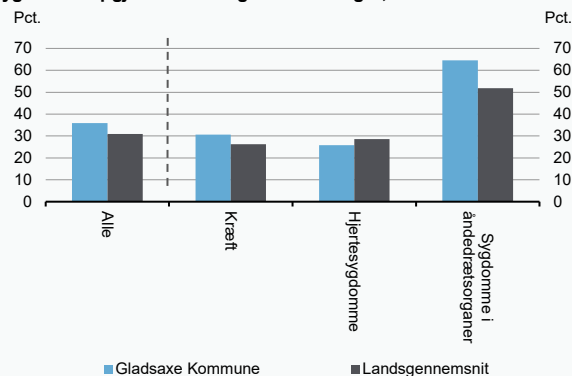
**Figur 1**

**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



**Figur 2**

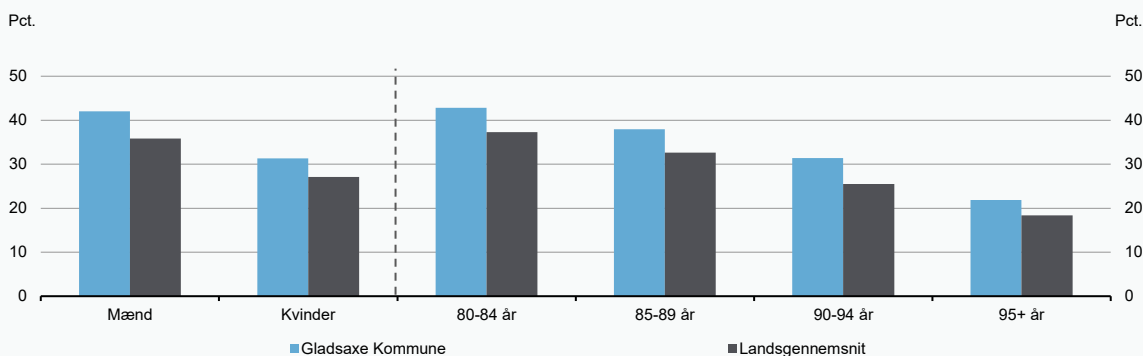
**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

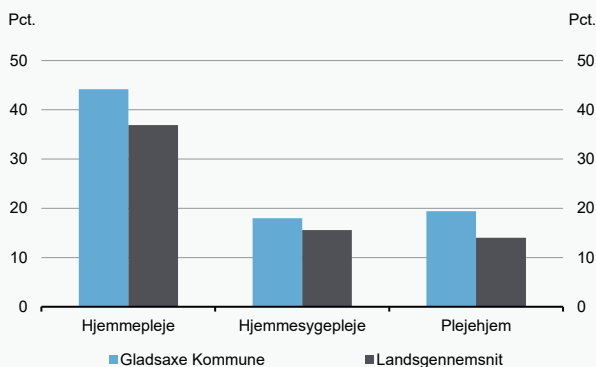


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

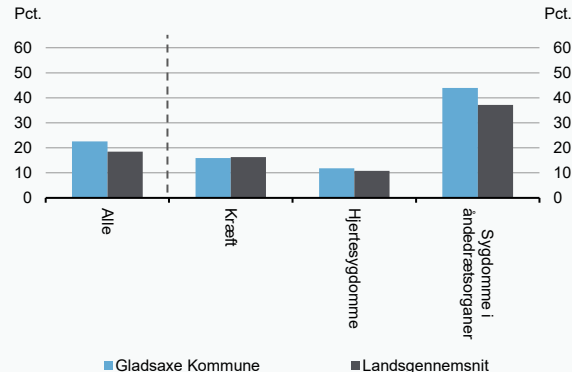
**Figur 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemodtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejehjemsbeboere, 2018-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehuseophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehuseophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**



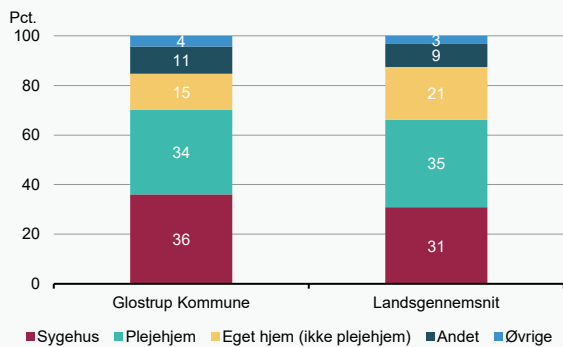
Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle er på kommuneniveau skyldes det enten diskretionshensyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehuseophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionshensyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

# Glostrup Kommune

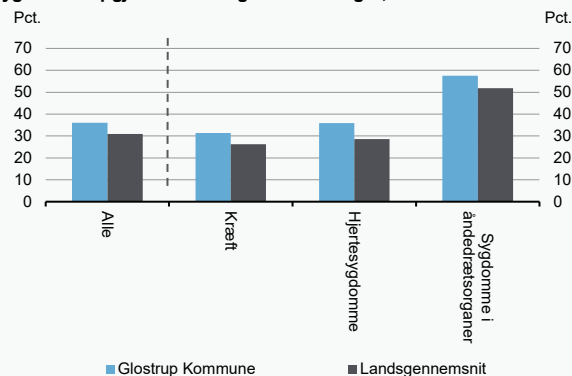
**Figur 1**

**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



**Figur 2**

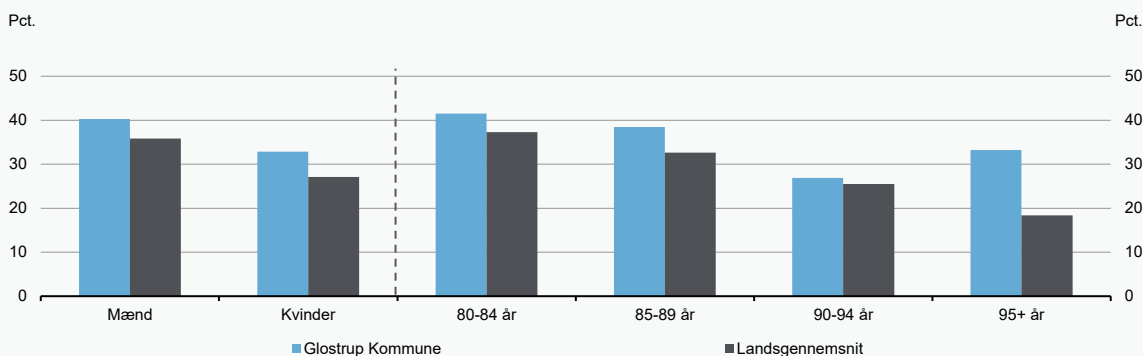
**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

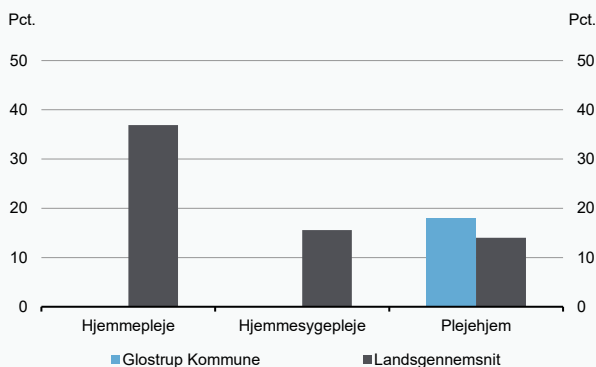


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

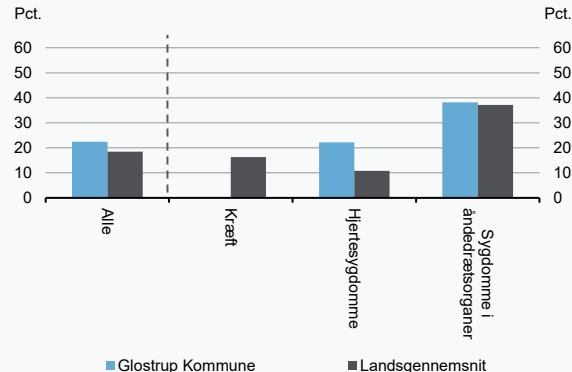
**Figur 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemodtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejehjemsbeboere, 2018-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehuseophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehuseophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**



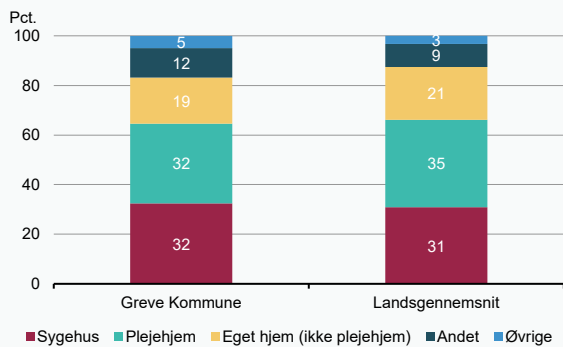
Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle er på kommuneniveau skyldes det enten diskretionshensyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehuseophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionshensyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

# Greve Kommune

**Figur 1**

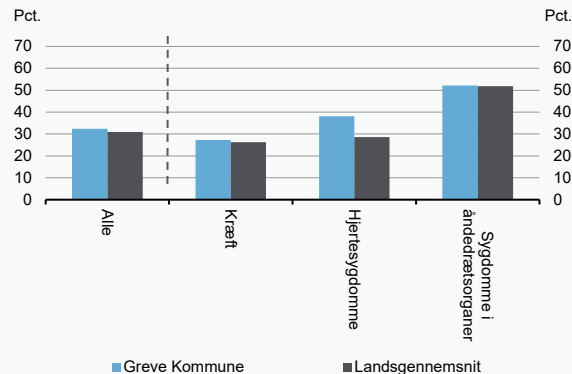
**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

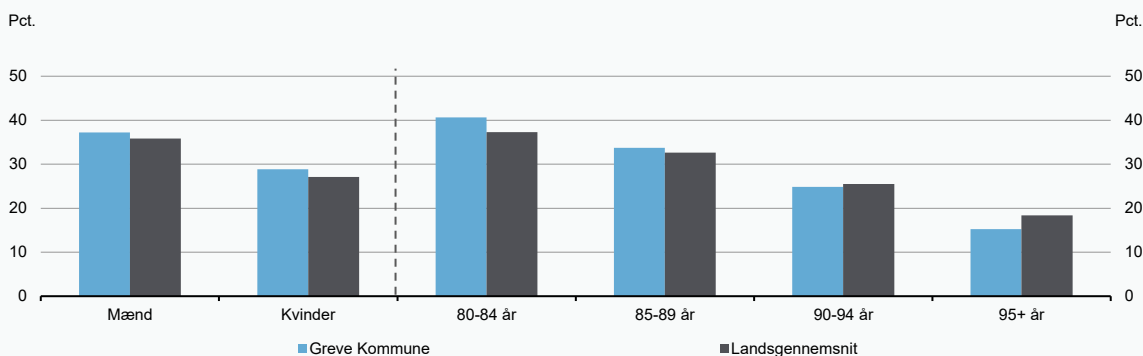
**Figur 2**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

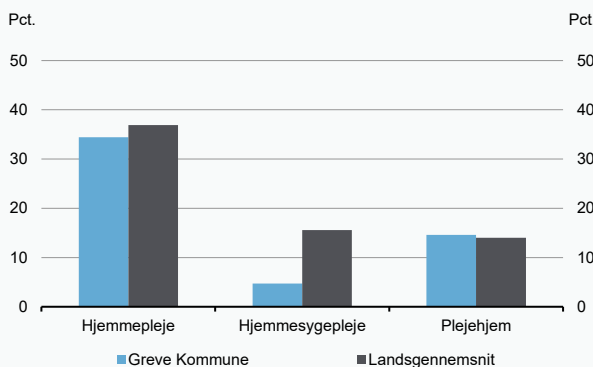


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

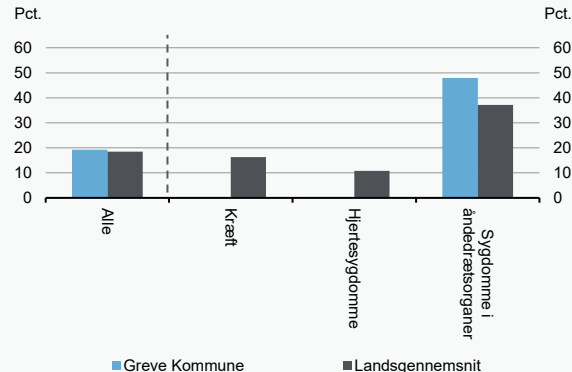
**Figur 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemodtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejehjemsbeboere, 2018-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehuseophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehuseophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**



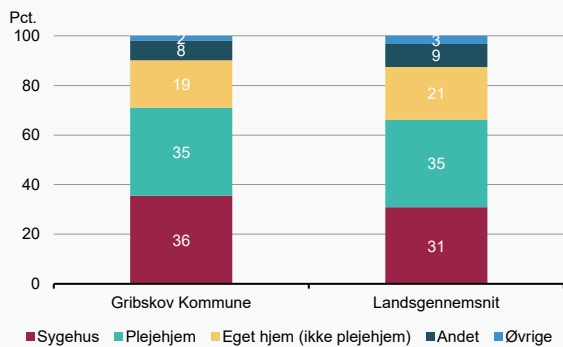
Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle er på kommuneniveau skyldes det enten diskretionssyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehuseophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionssyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

# Gribskov Kommune

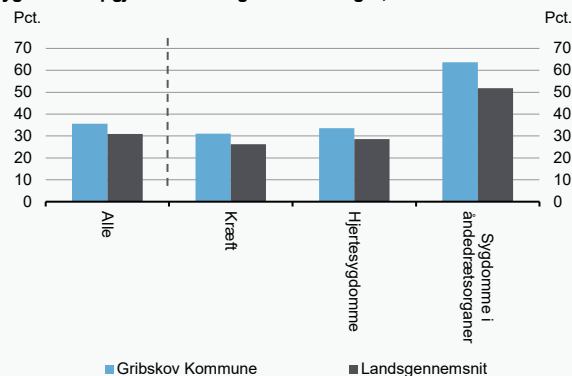
**Figur 1**

**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



**Figur 2**

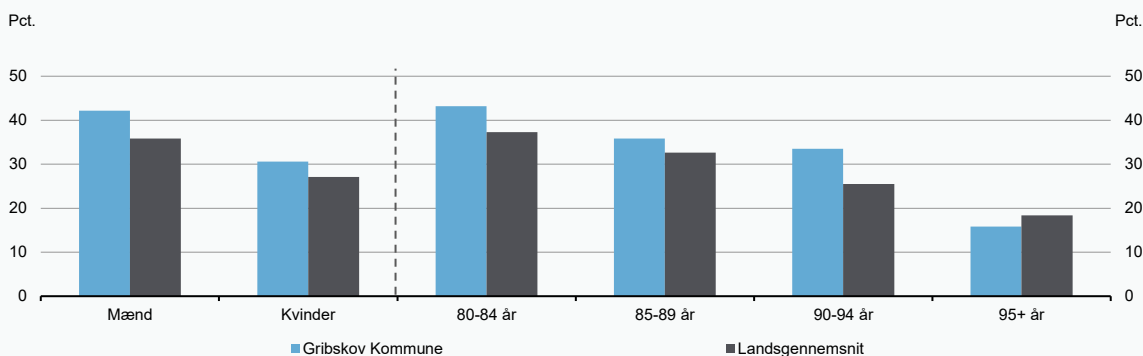
**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

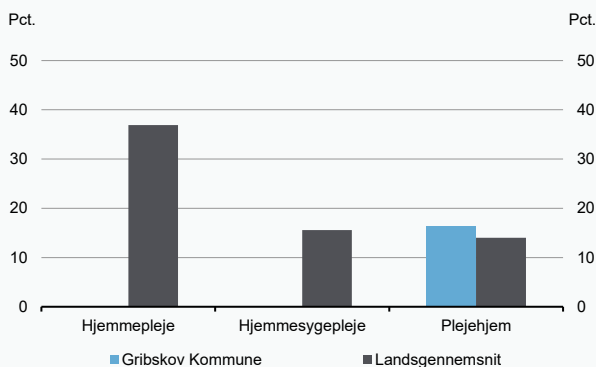


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

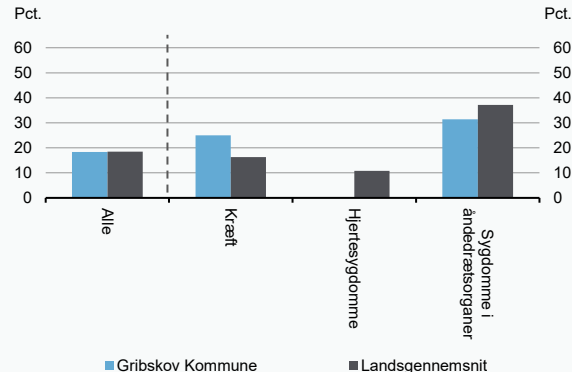
**Figur 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemoedtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejehjemsbeboere, 2018-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehuseophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehuseophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**



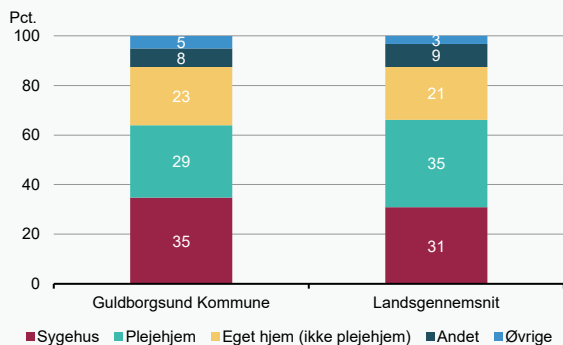
Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle er på kommuneniveau skyldes det enten diskretionssyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehuseophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionssyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

# Guldborgsund Kommune

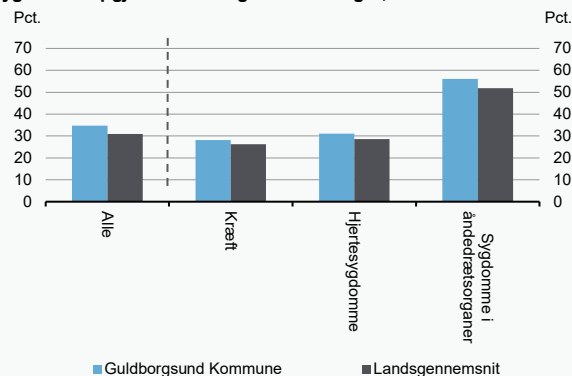
**Figur 1**

**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



**Figur 2**

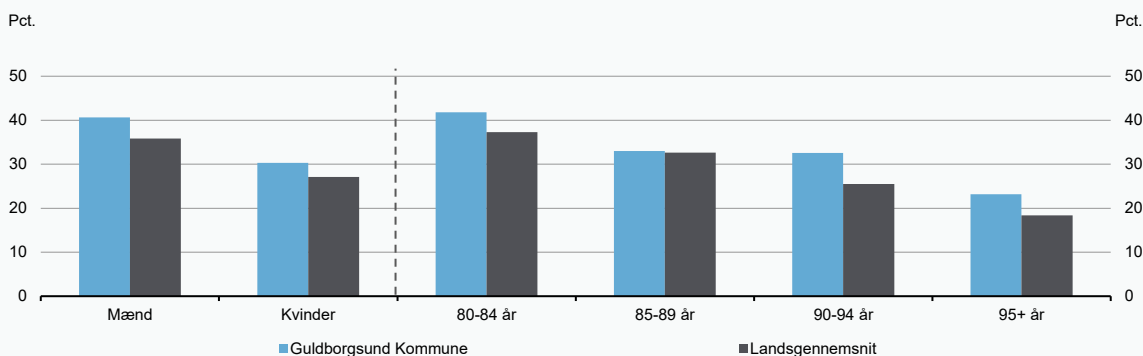
**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

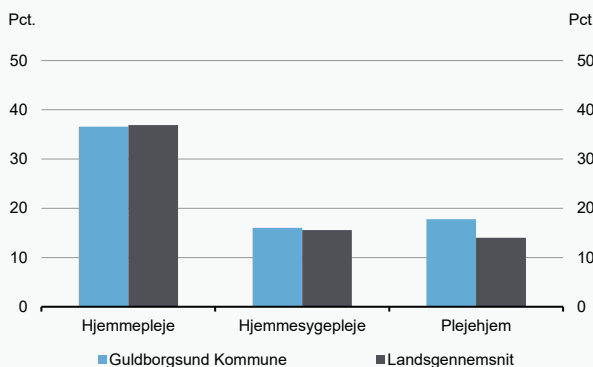


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

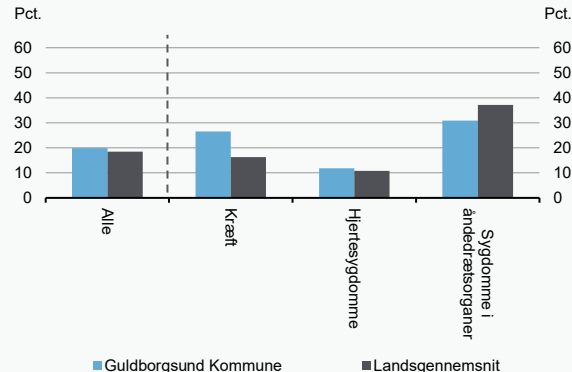
**Figur 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemoedtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejehjemsbeboere, 2018-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehusophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehusophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**



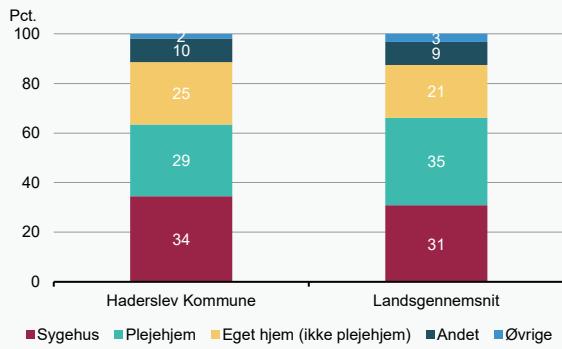
Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle er på kommuneniveau skyldes det enten diskretionshensyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehusophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionshensyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

# Haderslev Kommune

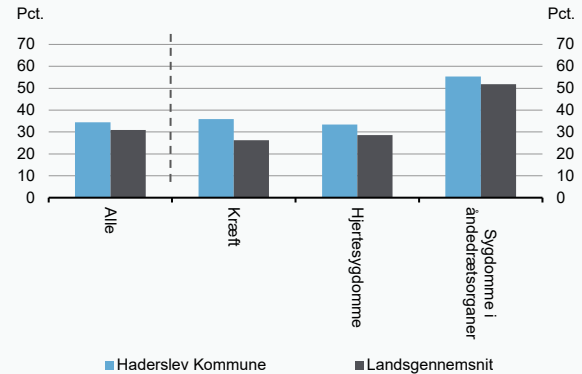
**Figur 1**

**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



**Figur 2**

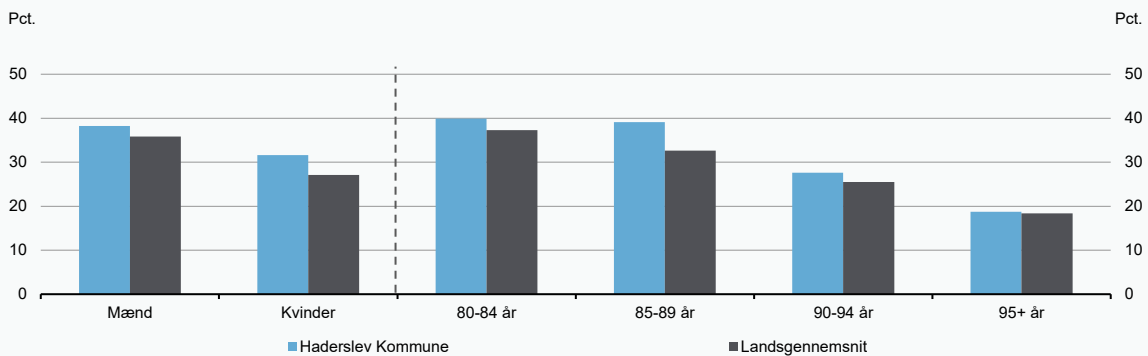
**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

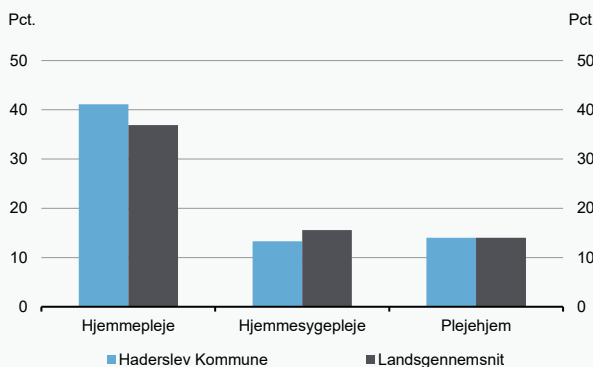


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

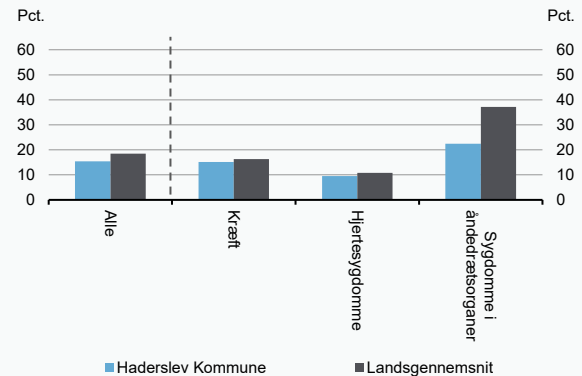
**Figur 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemodtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejehjemsbeboere, 2018-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehuseophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehuseophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**



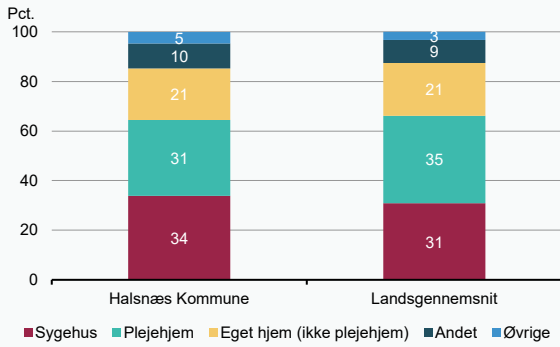
Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle er på kommuneniveau skyldes det enten diskretionssyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehuseophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionssyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

# Halsnæs Kommune

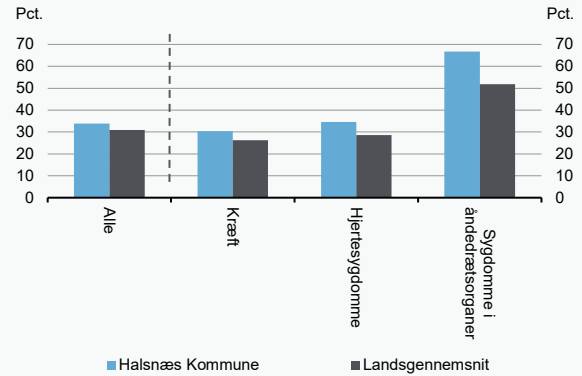
**Figur 1**

**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



**Figur 2**

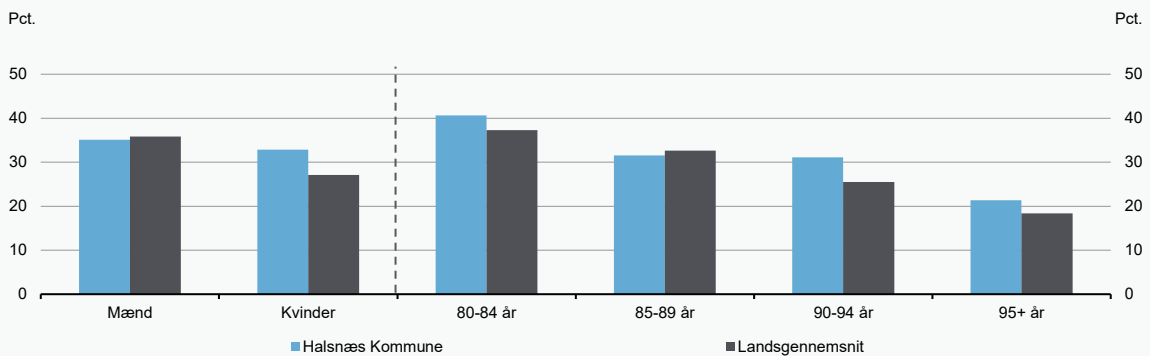
**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

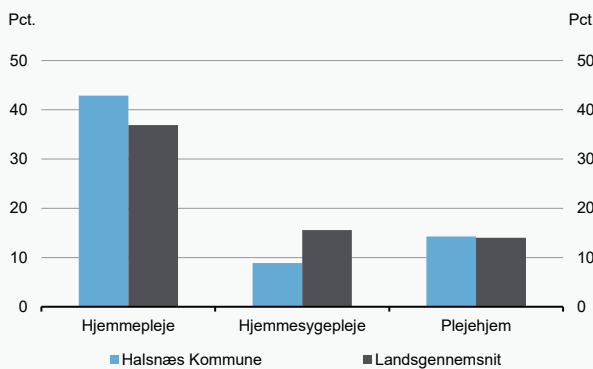


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

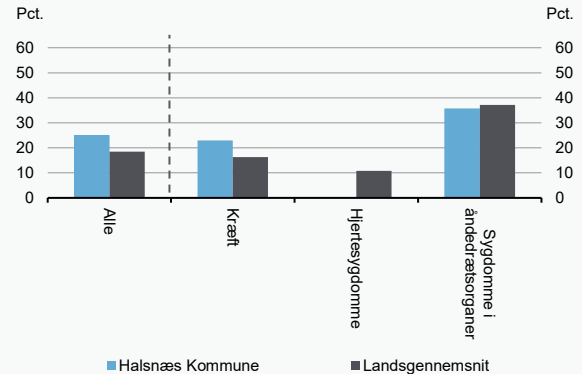
**Figur 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemoedtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejehjemsbeboere, 2018-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehuseophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehuseophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**



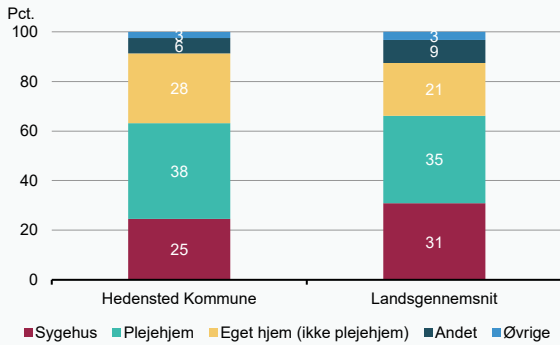
Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle er på kommuneniveau skyldes det enten diskretionssyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehuseophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionssyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

# Hedensted Kommune

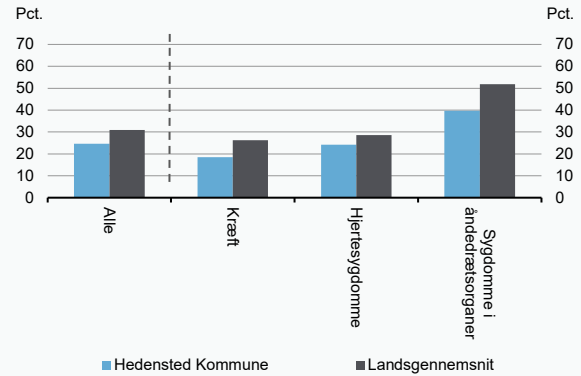
**Figur 1**

**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



**Figur 2**

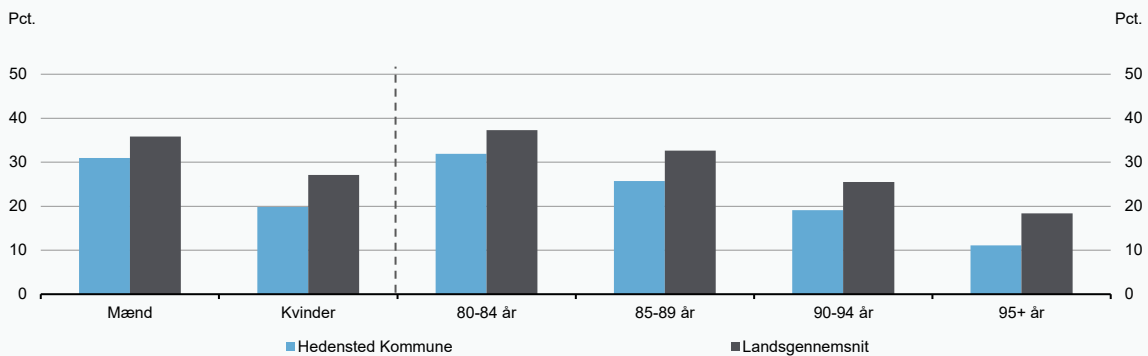
**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

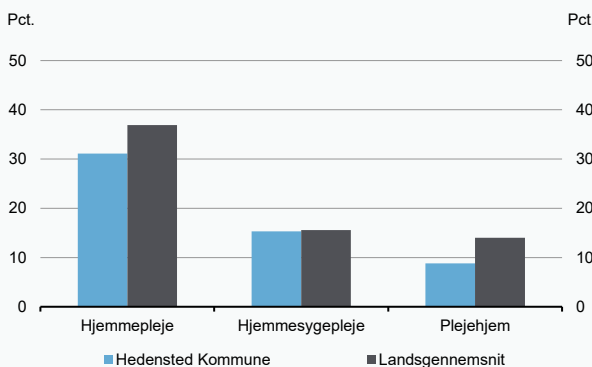


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

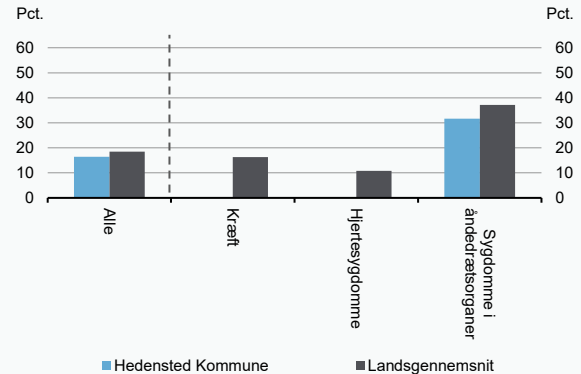
**Figur 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemodtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejehjemsbeboere, 2018-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehuseophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehuseophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**



Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle er på kommuneniveau skyldes det enten diskretionssyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehuseophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionssyn.

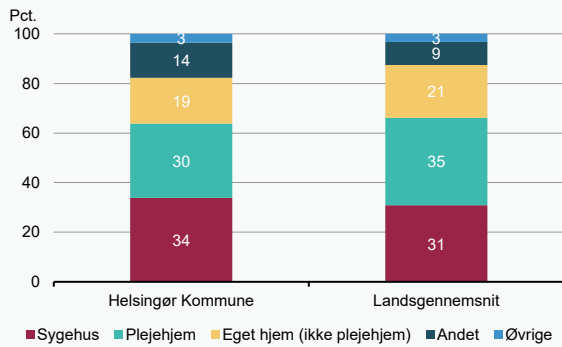
Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.



# Helsingør Kommune

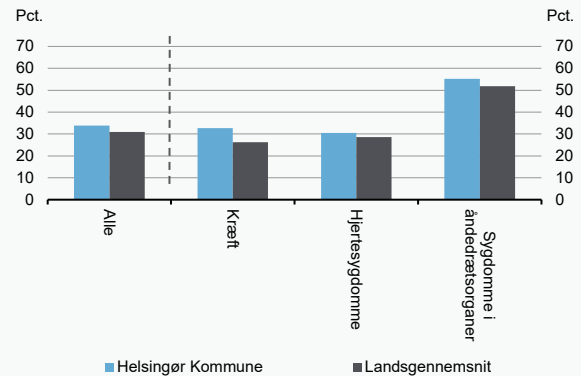
**Figur 1**

**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



**Figur 2**

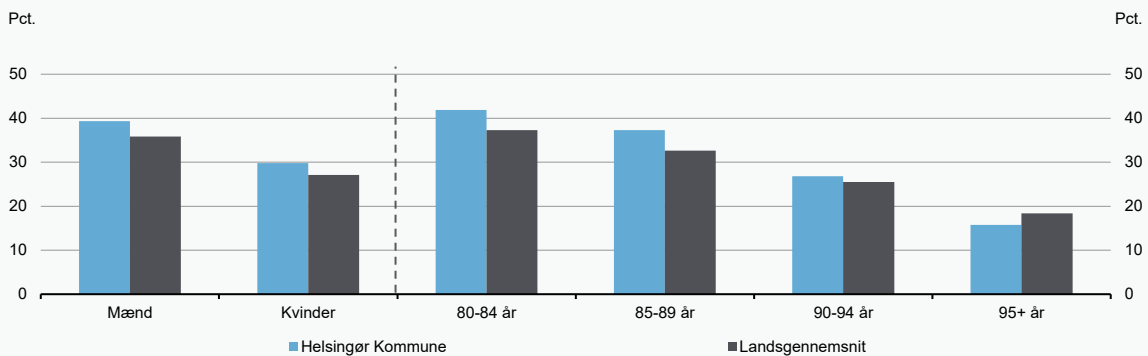
**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

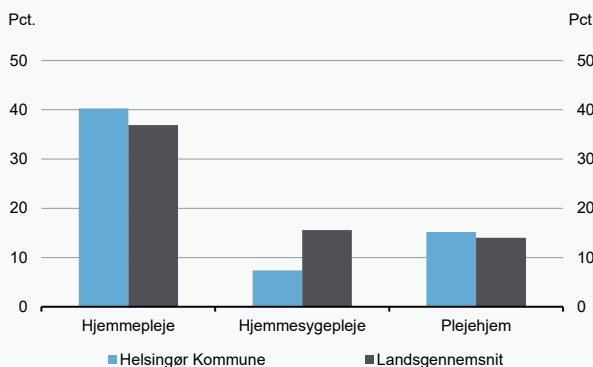


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

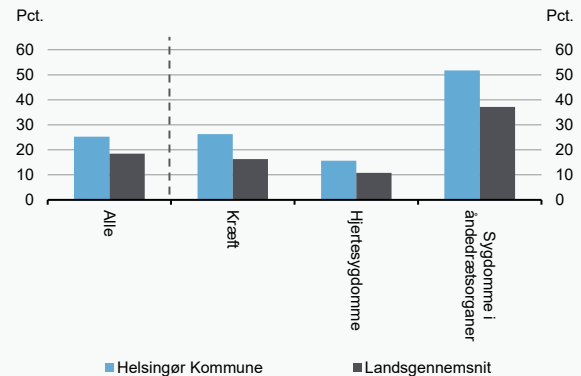
**Figur 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemedtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejehjemsbeboere, 2018-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehuseophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehuseophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**



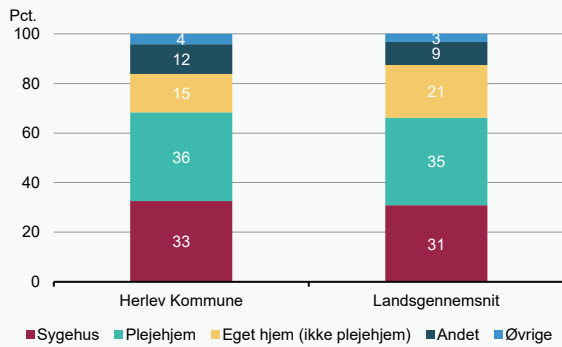
Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle er på kommuneniveau skyldes det enten diskretionssyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehuseophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionssyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

# Herlev Kommune

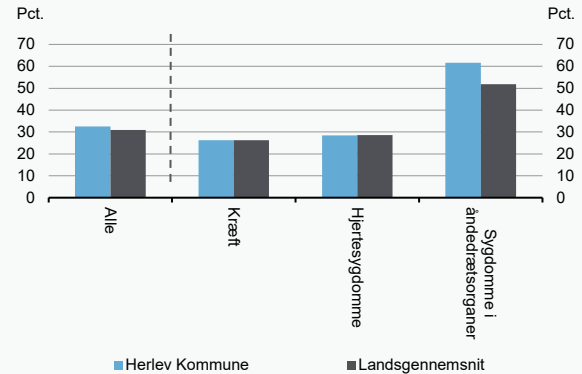
**Figur 1**

**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



**Figur 2**

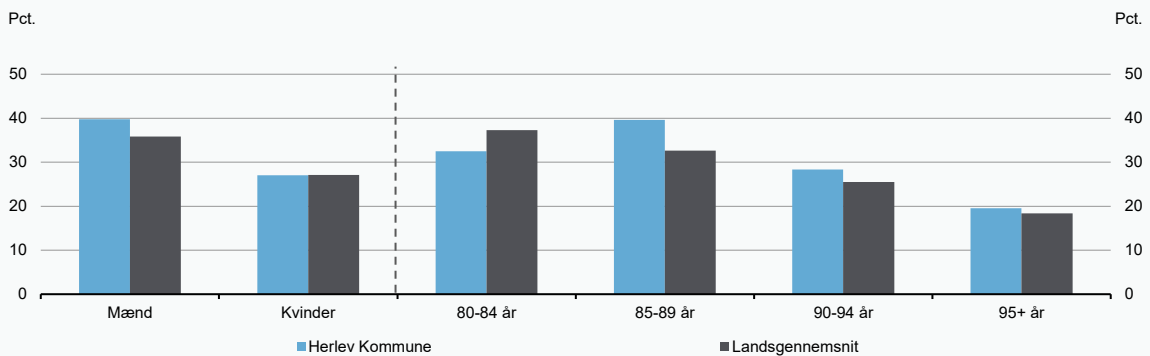
**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

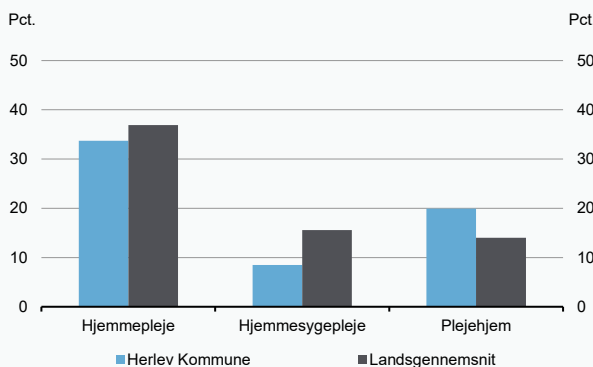


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

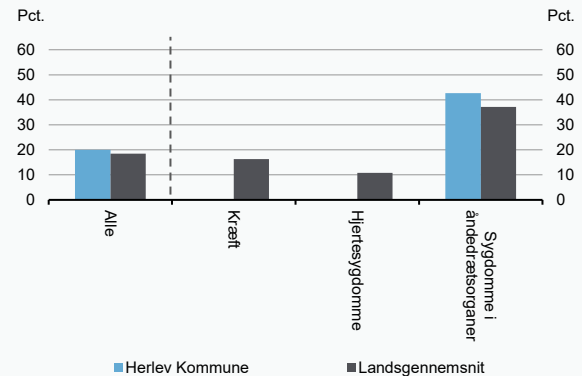
**Figur 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemodtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejehjemsbeboere, 2018-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehuseophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehuseophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**



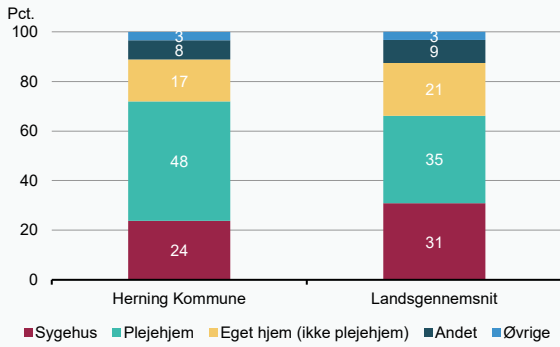
Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle er på kommuneniveau skyldes det enten diskretionssyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehuseophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionssyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

# Herning Kommune

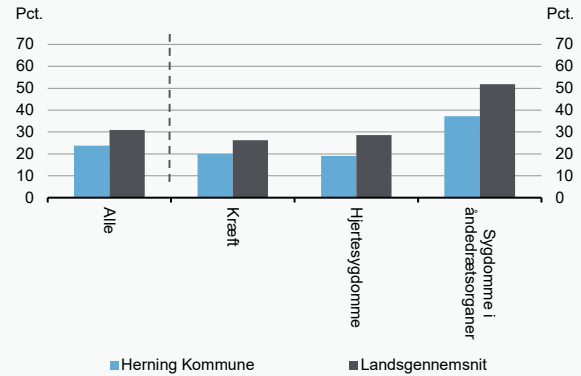
**Figur 1**

**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



**Figur 2**

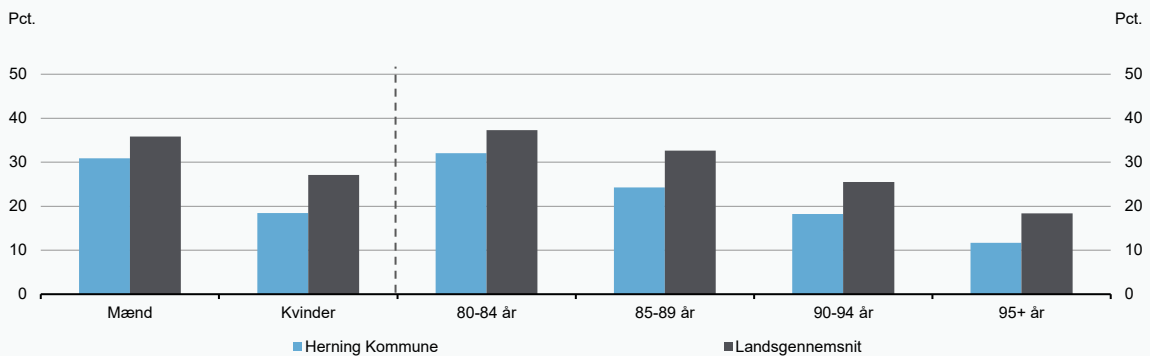
**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

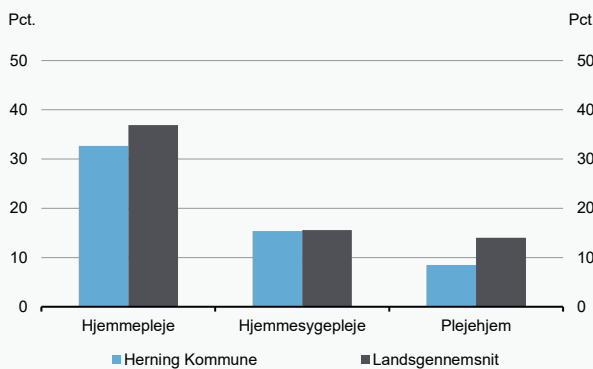


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

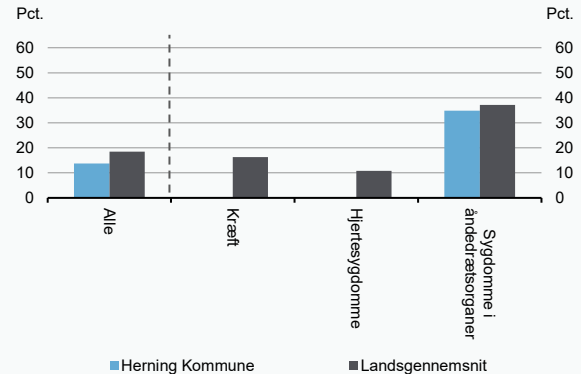
**Figur 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemedtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejehjemsbeboere, 2018-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehuseophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehuseophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**



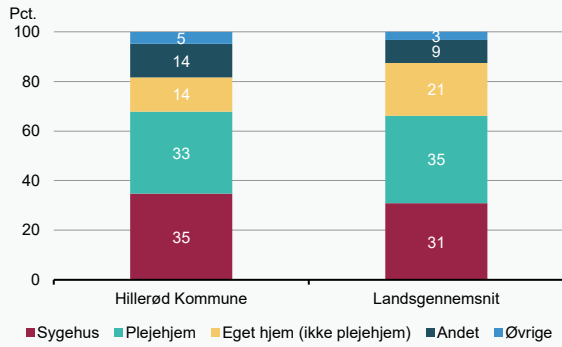
Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle er på kommuneniveau skyldes det enten diskretionssyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehuseophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionssyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

# Hillerød Kommune

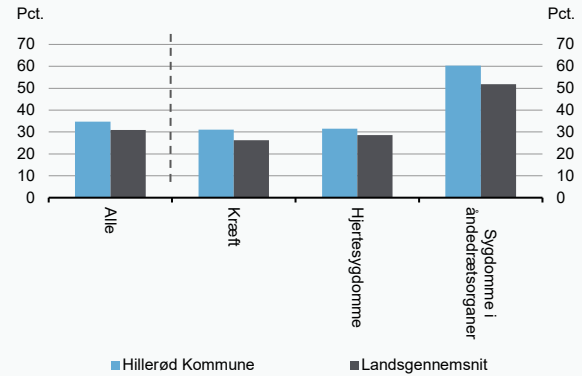
**Figur 1**

**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



**Figur 2**

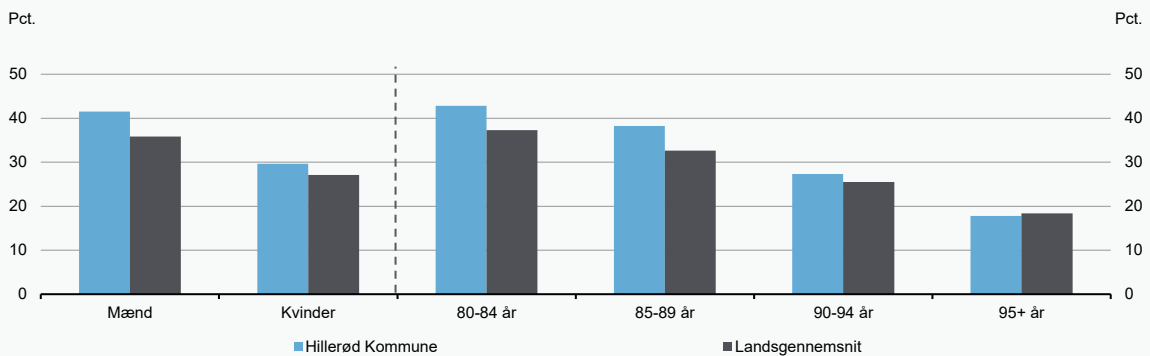
**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

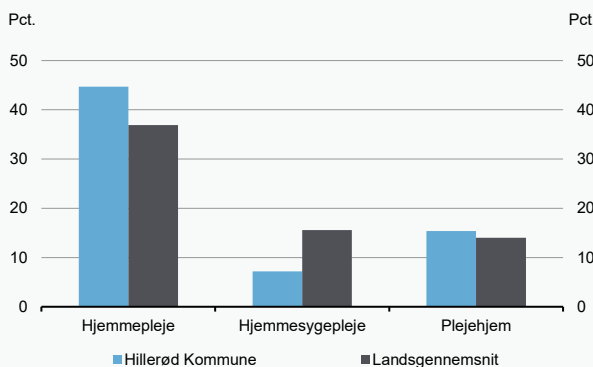


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

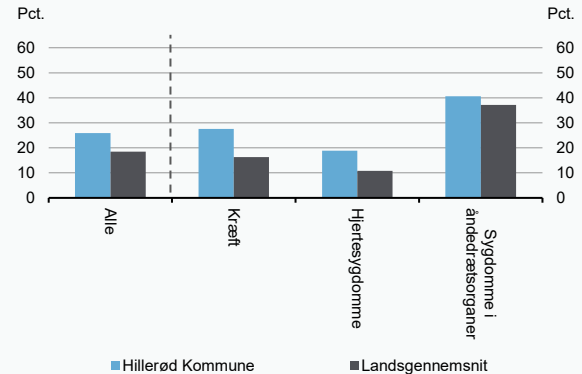
**Figur 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemodtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejehjemsbeboere, 2018-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehuseophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehuseophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**



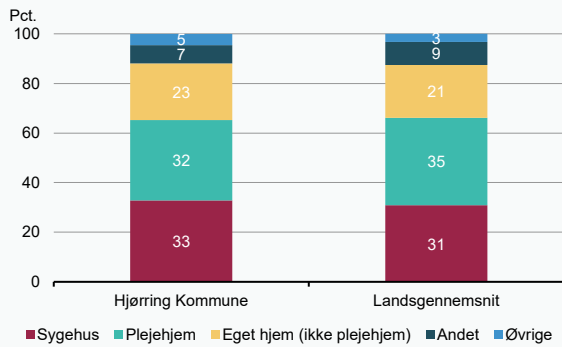
Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle er på kommuneniveau skyldes det enten diskretionssyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehuseophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionssyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

# Hjørring Kommune

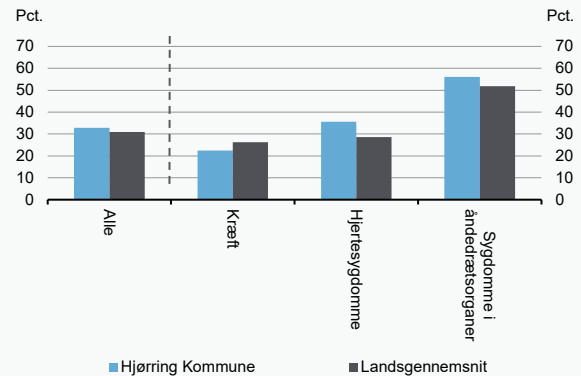
**Figur 1**

**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



**Figur 2**

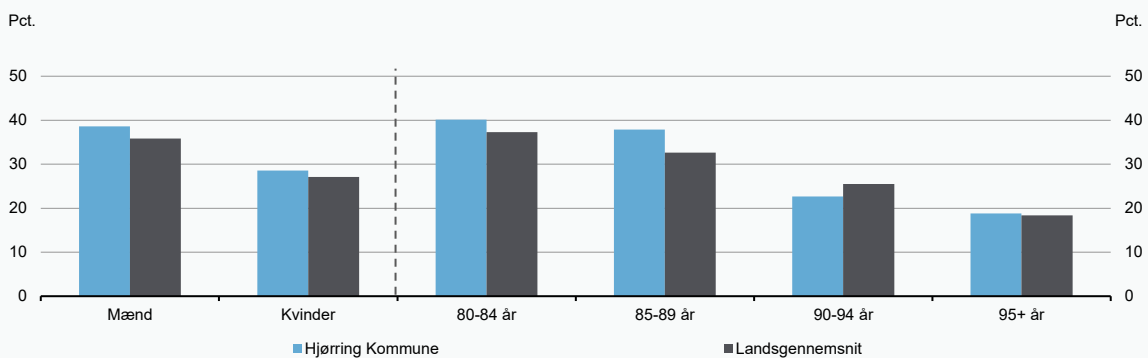
**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

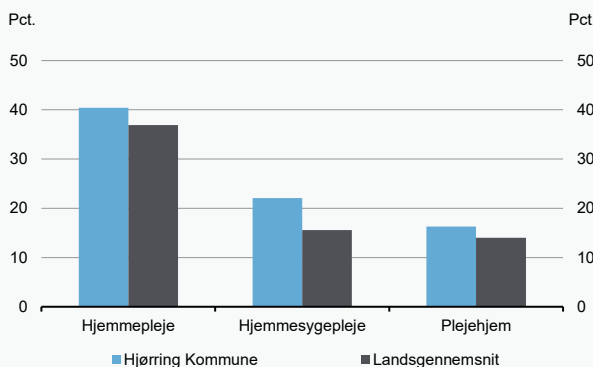


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

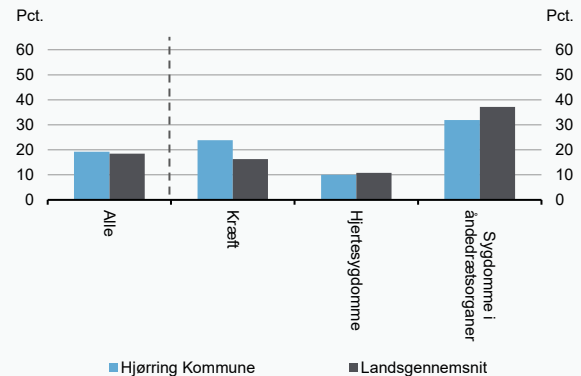
**Figur 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemoedtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejehjemsbeboere, 2018-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehuseophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehuseophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**



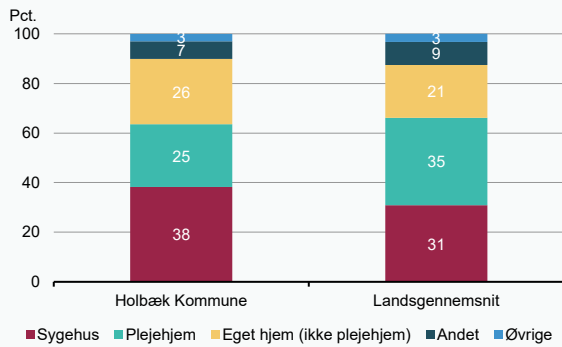
Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle er på kommuneniveau skyldes det enten diskretionssyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehuseophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionssyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

# Holbæk Kommune

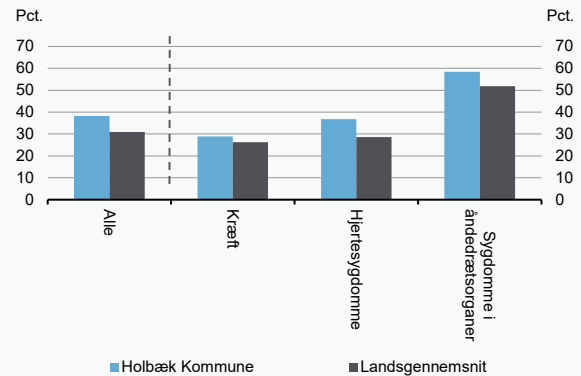
**Figur 1**

**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



**Figur 2**

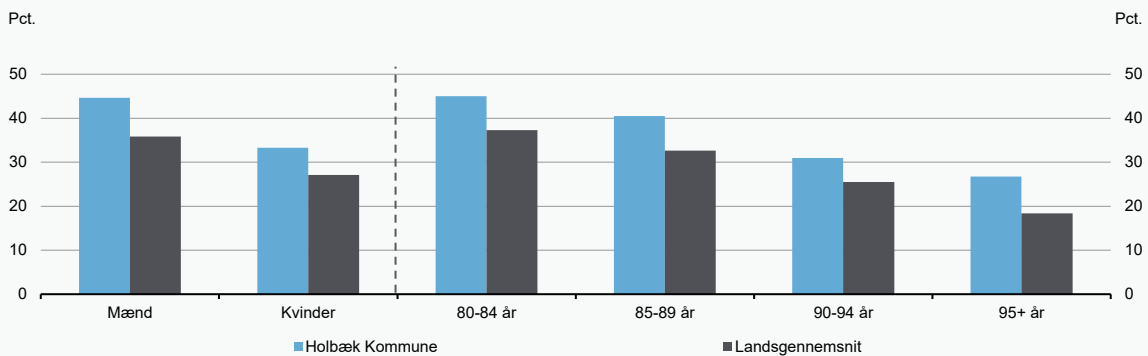
**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

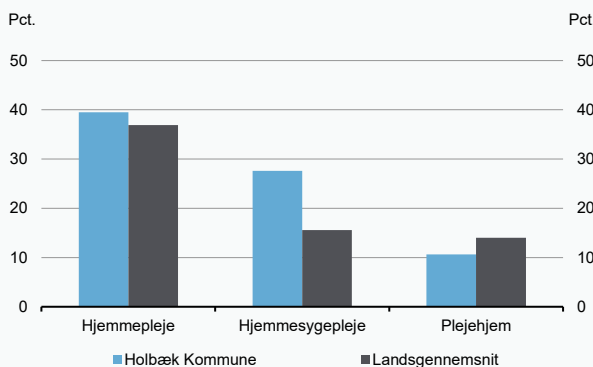


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

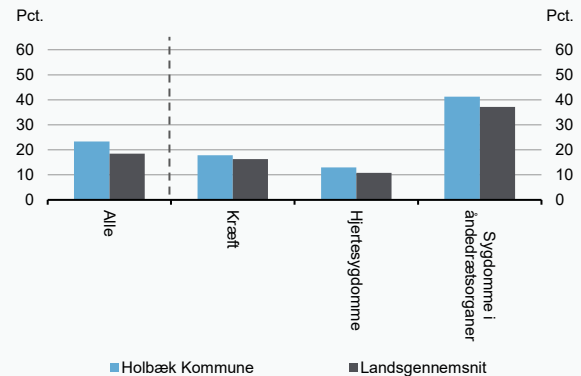
**Figur 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemodtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejehjemsbeboere, 2018-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehuseophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehuseophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**



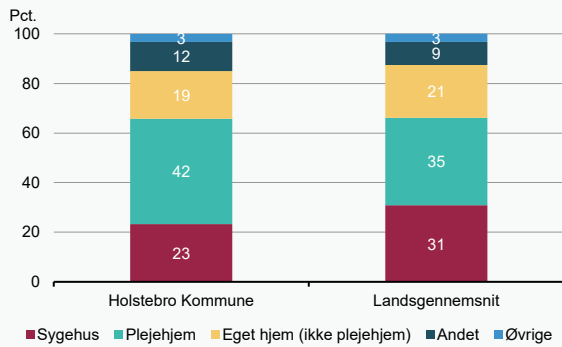
Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle er på kommuneniveau skyldes det enten diskretionssyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehuseophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionssyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

# Holstebro Kommune

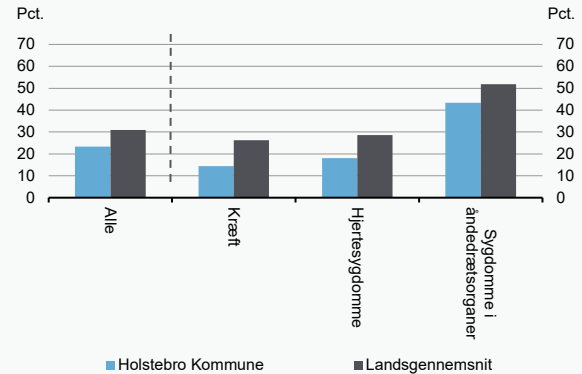
**Figur 1**

**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



**Figur 2**

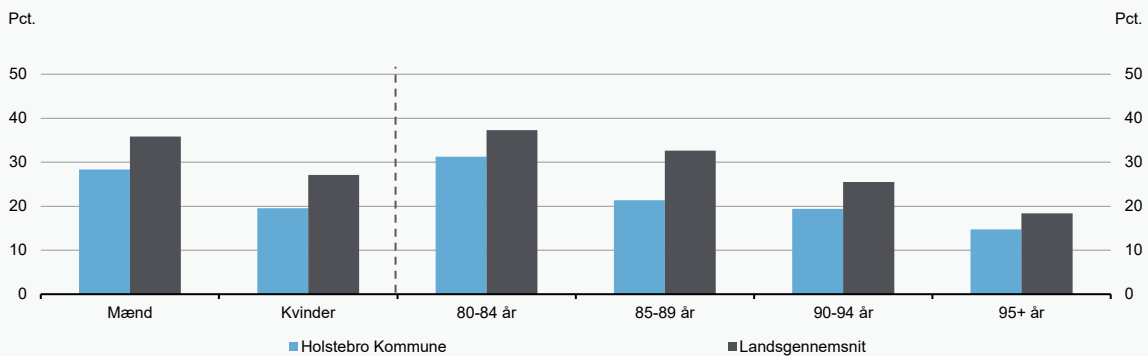
**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehus opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehus opgjort for køn og alder, 2018-2022**

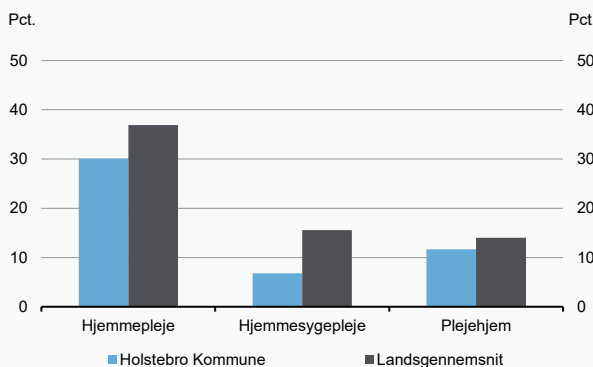


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

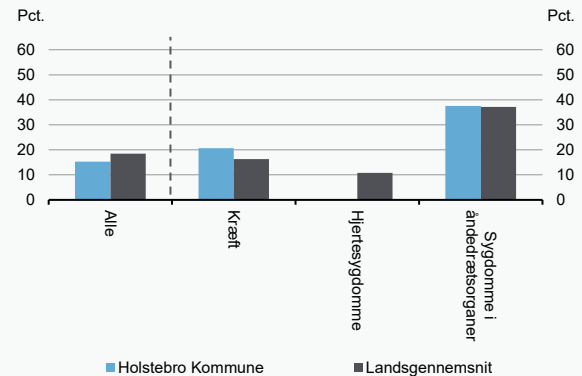
**Figur 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehus opgjort for hjemmeplejemodtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejhjemsbeboere, 2018-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehusophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehusophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**



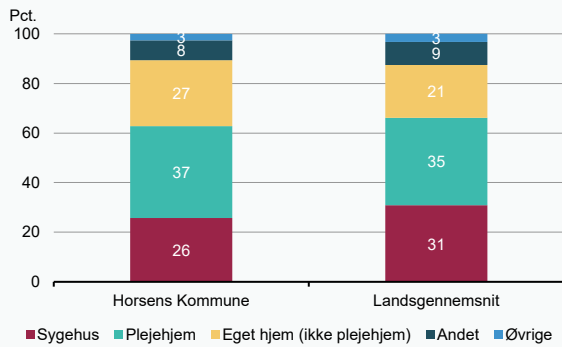
Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle er på kommuneniveau skyldes det enten diskretionssyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehusophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionssyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

# Horsens Kommune

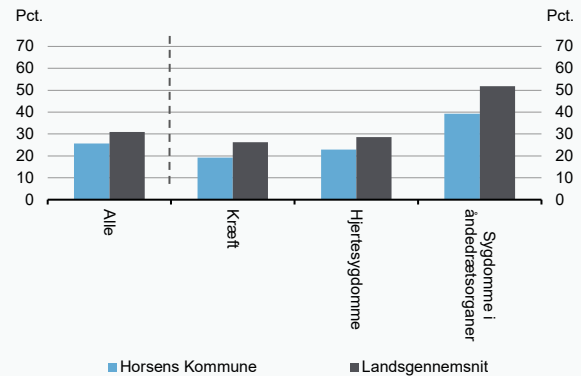
**Figur 1**

**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



**Figur 2**

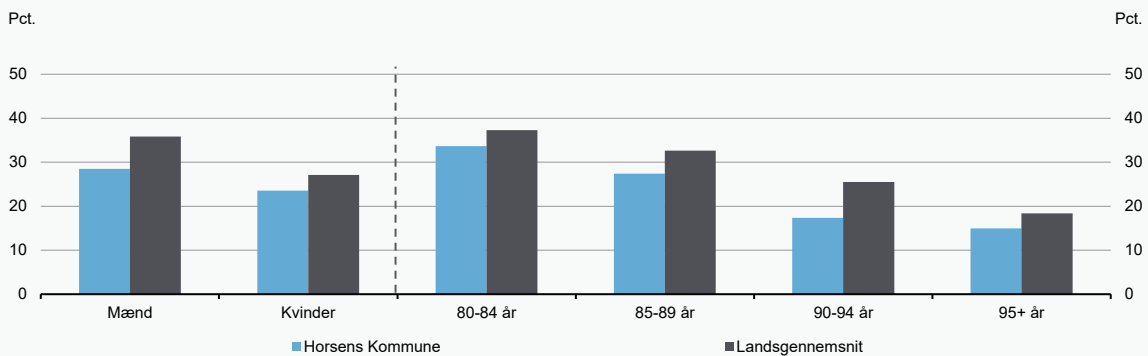
**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

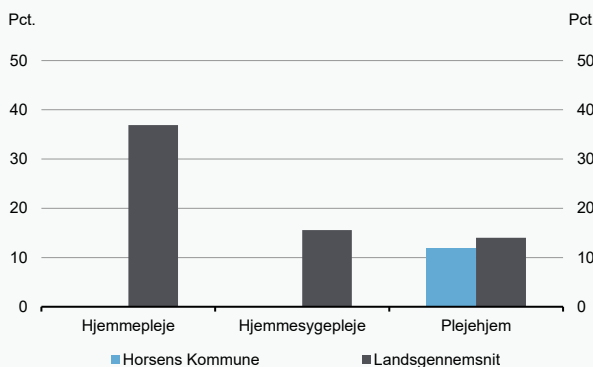


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

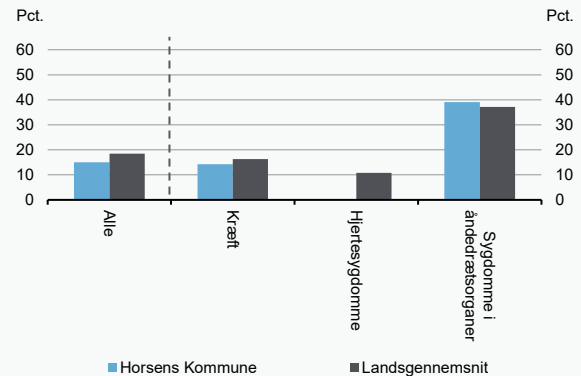
**Figur 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemodtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejehjemsbeboere, 2018-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehuseophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehuseophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**



Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle er på kommuneniveau skyldes det enten diskretionssyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehuseophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionssyn.

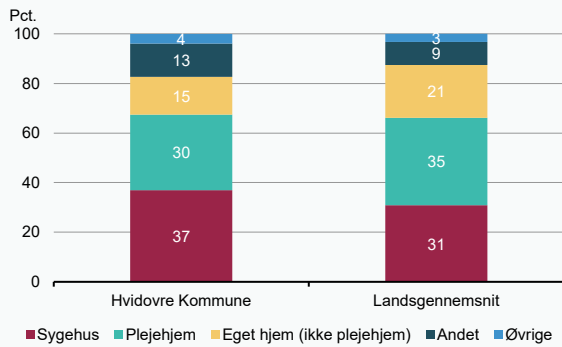
Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.



# Hvidovre Kommune

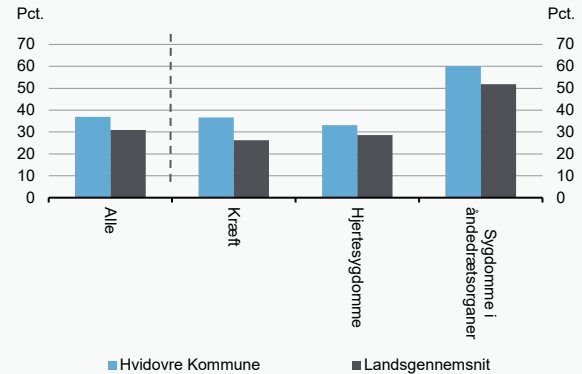
**Figur 1**

**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



**Figur 2**

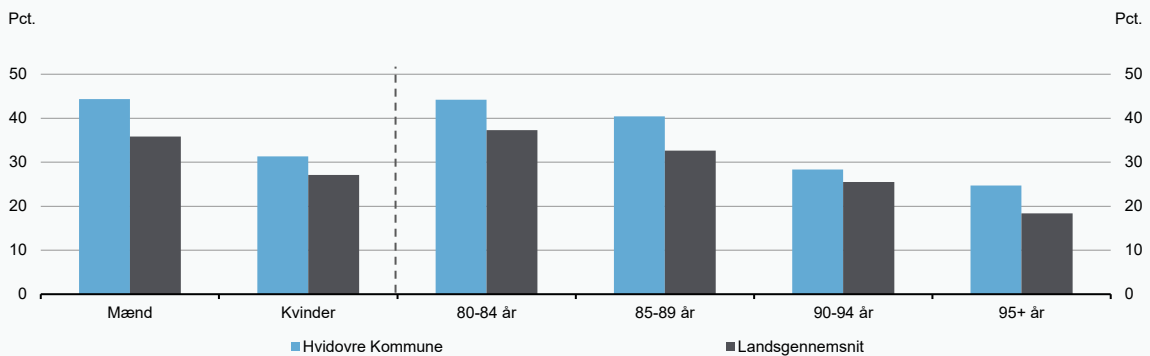
**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

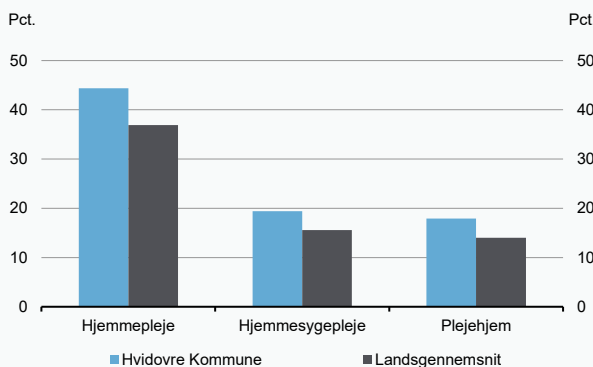


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

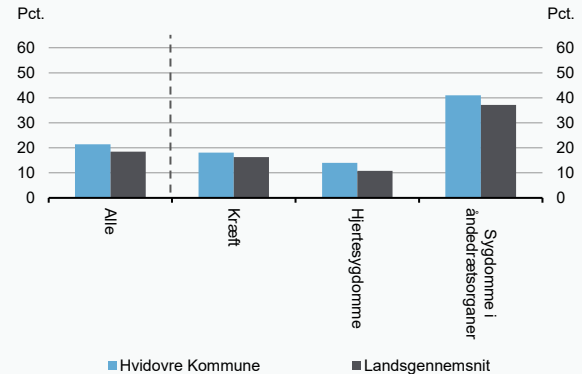
**Figur 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemodtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejehjemsbeboere, 2018-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehuseophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehuseophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**



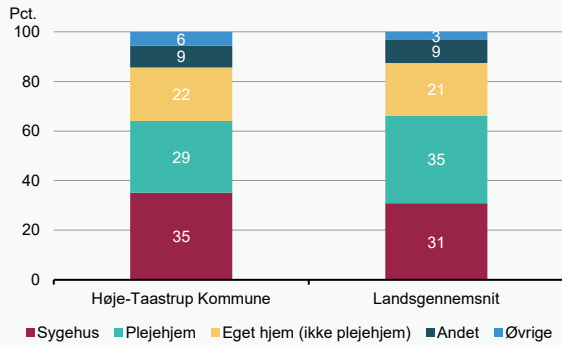
Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle er på kommuneniveau skyldes det enten diskretionssyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehuseophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionssyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

# Høje-Taastrup Kommune

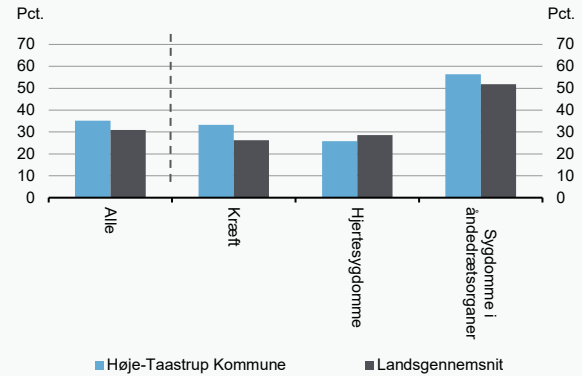
**Figur 1**

**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



**Figur 2**

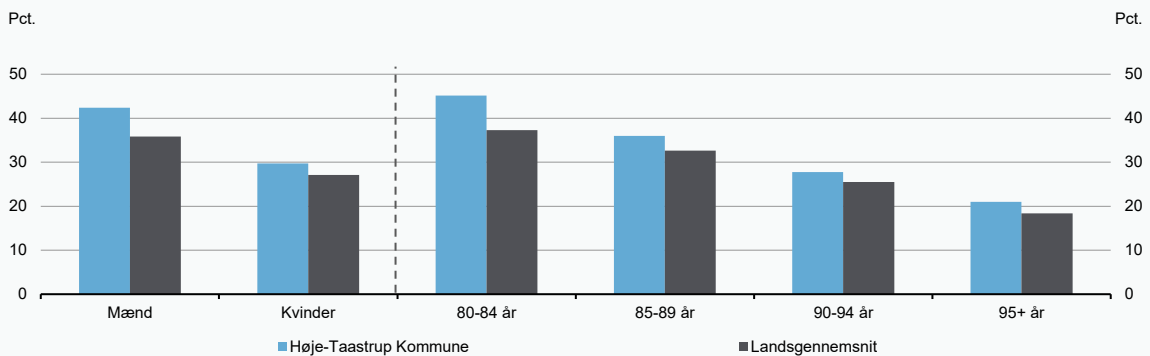
**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

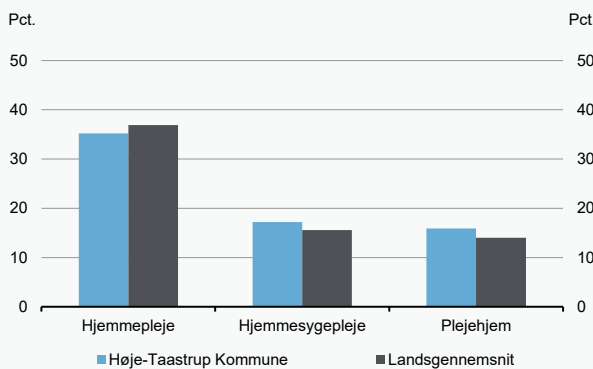


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

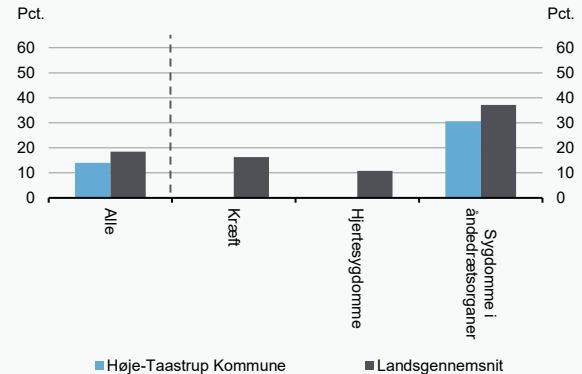
**Figur 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemedtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejehjemsbeboere, 2018-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehusophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehusophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**



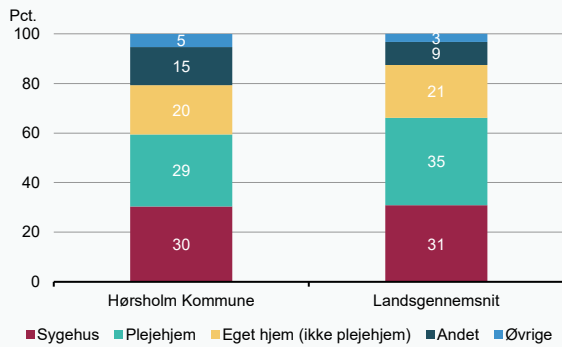
Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle er på kommuneniveau skyldes det enten diskretionssyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehusophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionssyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

# Hørsholm Kommune

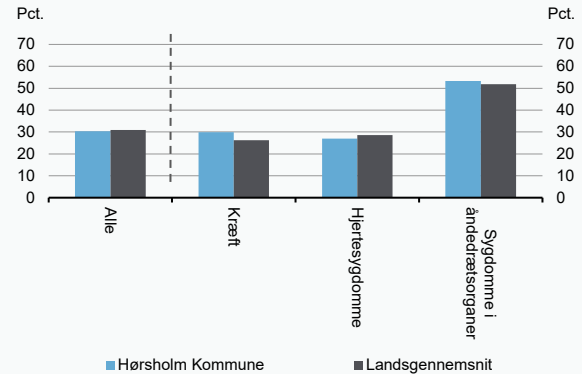
**Figur 1**

**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



**Figur 2**

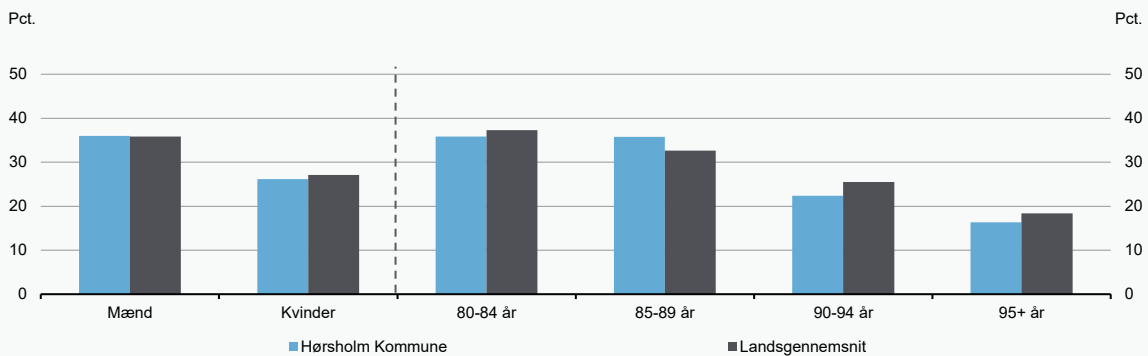
**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

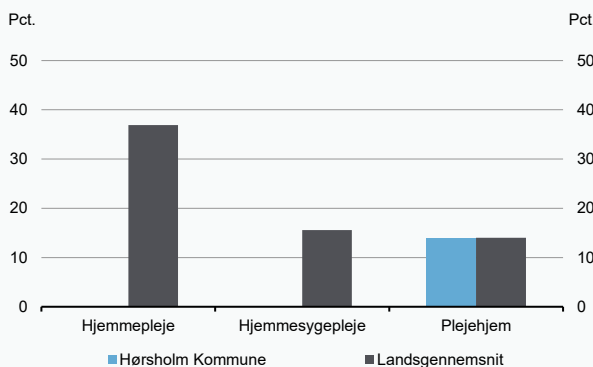


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

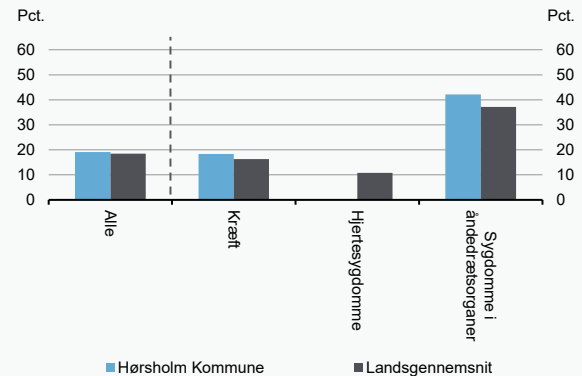
**Figur 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemodtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejehjemsbeboere, 2018-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehuseophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehuseophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**



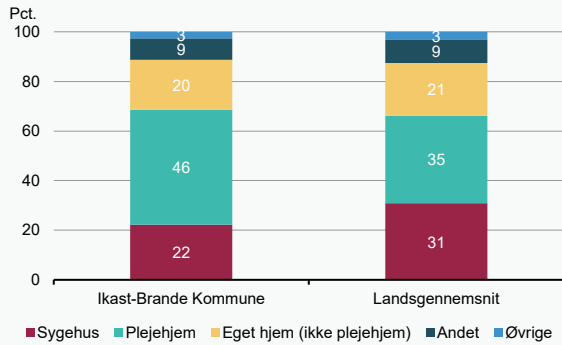
Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle er på kommuneniveau skyldes det enten diskretionssyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehuseophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionssyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

# Ikast-Brande Kommune

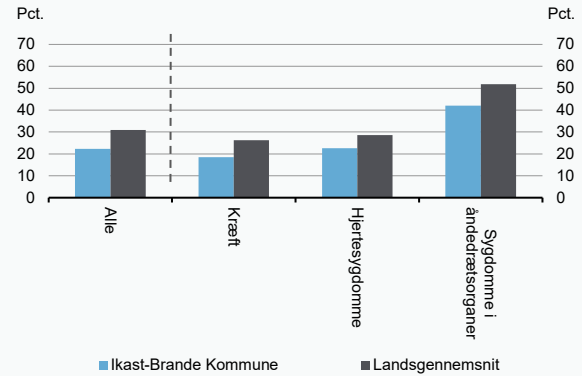
**Figur 1**

**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



**Figur 2**

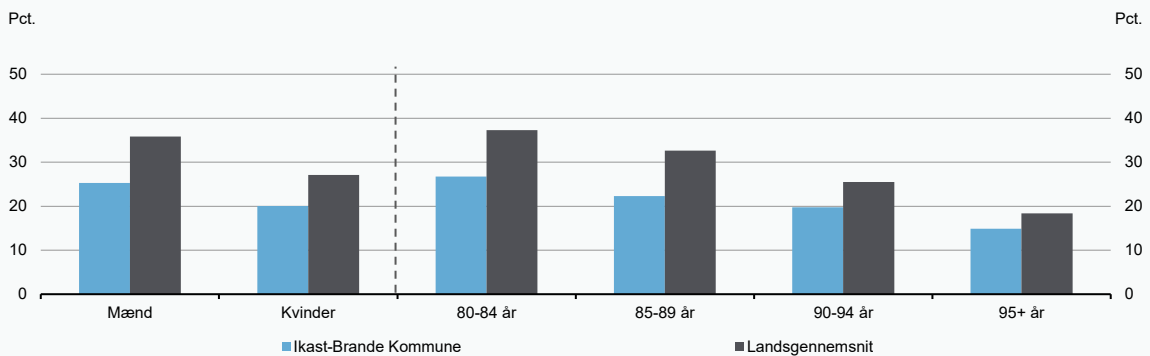
**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

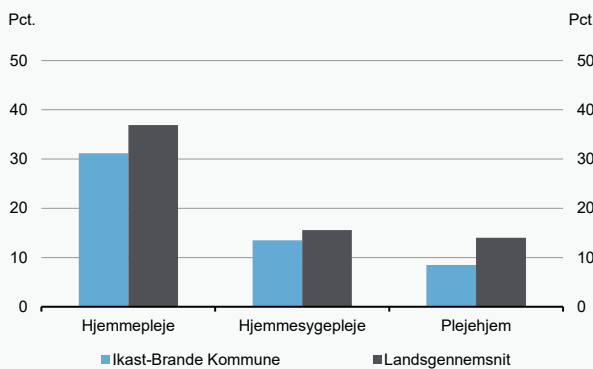


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

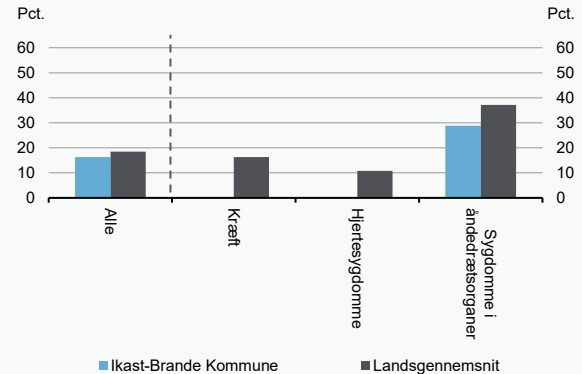
**Figur 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemodtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejehjemsbeboere, 2018-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehuseophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehuseophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**



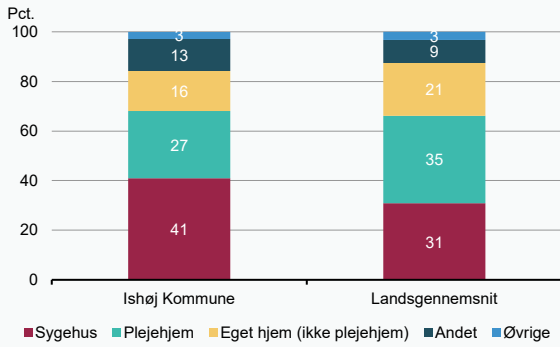
Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle er på kommuneniveau skyldes det enten diskretionssyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehuseophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionssyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

# Ishøj Kommune

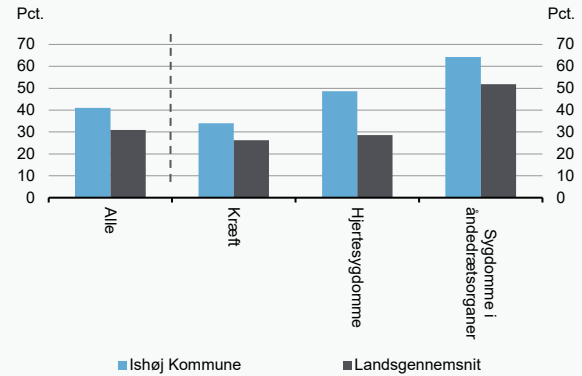
**Figur 1**

**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



**Figur 2**

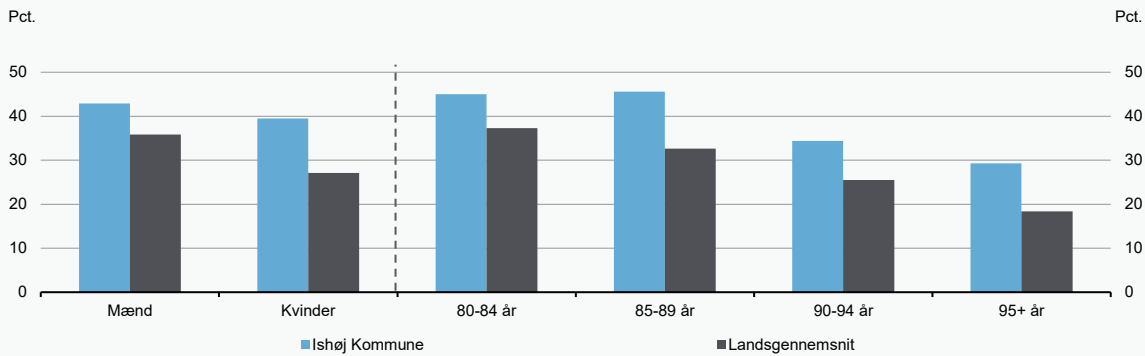
**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehus opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehus opgjort for køn og alder, 2018-2022**

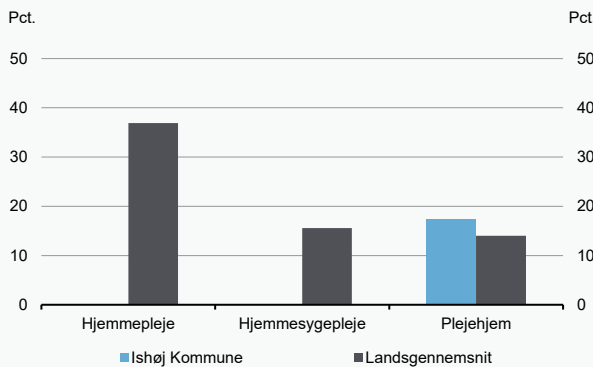


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

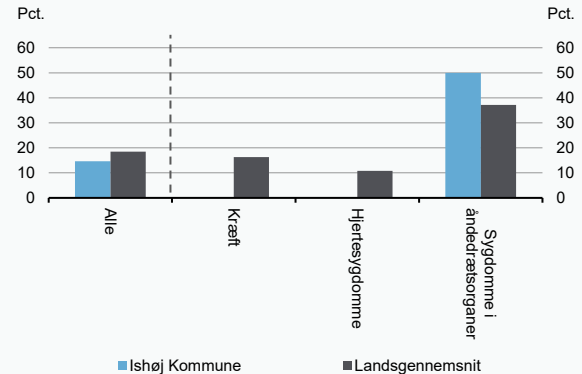
**Figur 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehus opgjort for hjemmeplejemodtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejehjemsbeboere, 2018-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehuseophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehuseophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**



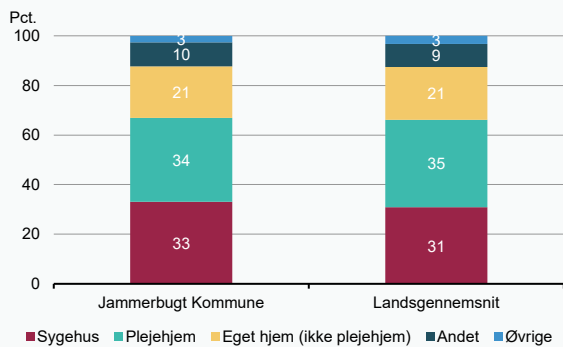
Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle er på kommuneniveau skyldes det enten diskretionssyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehuseophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionssyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

# Jammerbugt Kommune

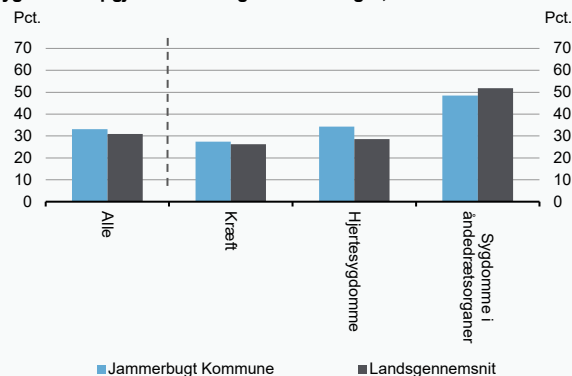
**Figur 1**

**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



**Figur 2**

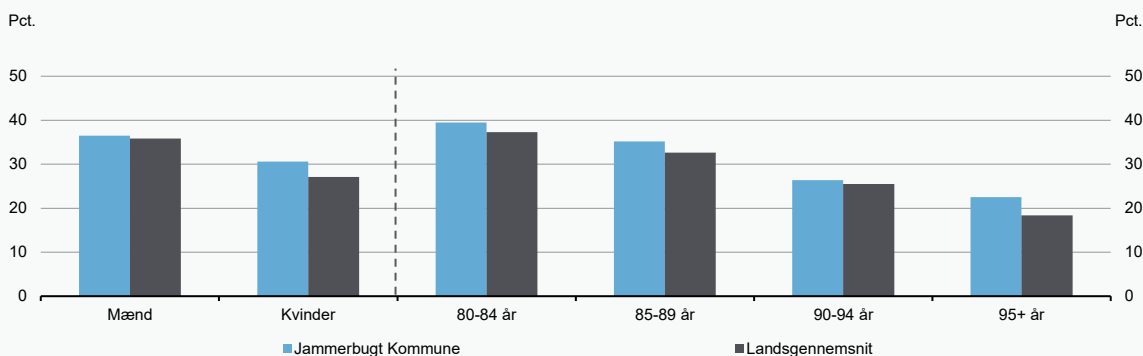
**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

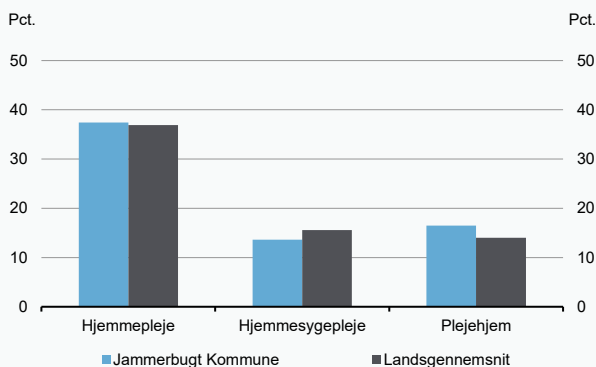


Anm.: Andelene opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelene opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

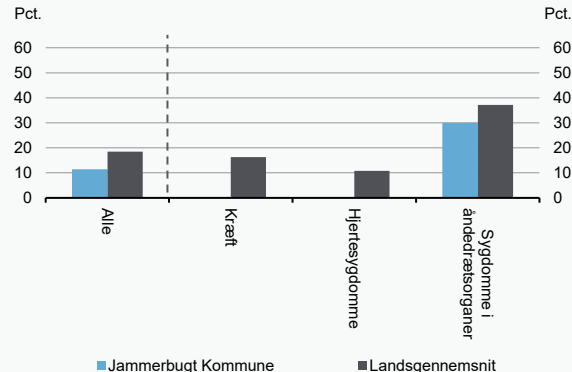
**Figur 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemodtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejehjemsbeboere, 2018-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehuseophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehuseophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**



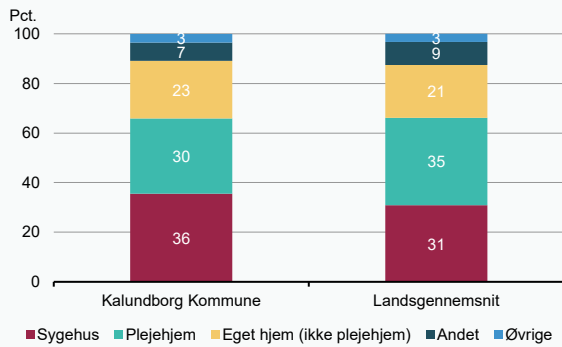
Anm.: Andelene i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelene for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle er på kommuneniveau skyldes det enten diskretionssyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehuseophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionssyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

# Kalundborg Kommune

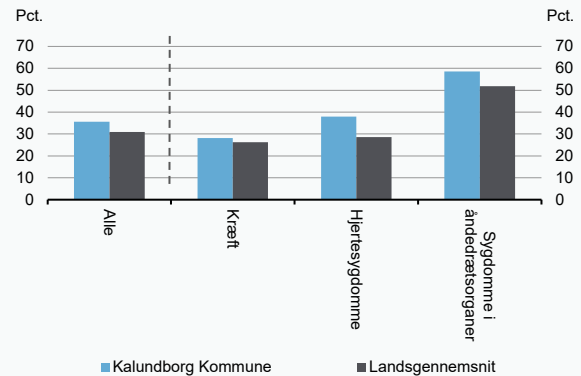
**Figur 1**

**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



**Figur 2**

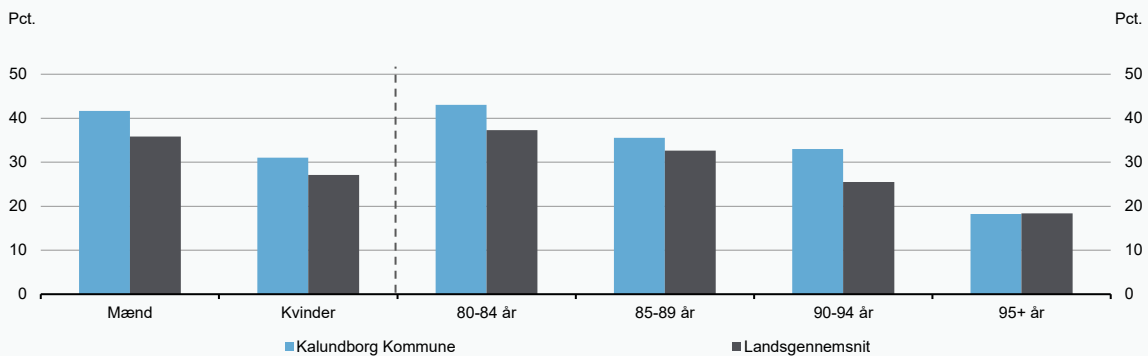
**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

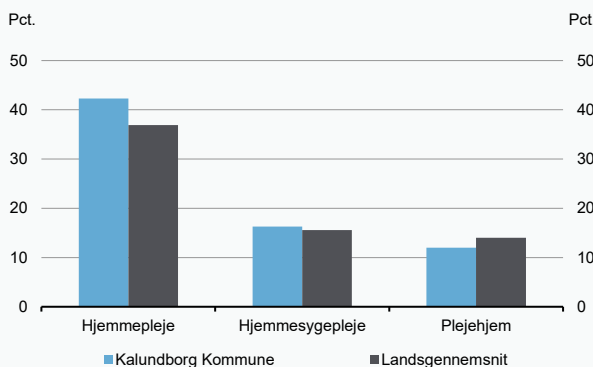


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

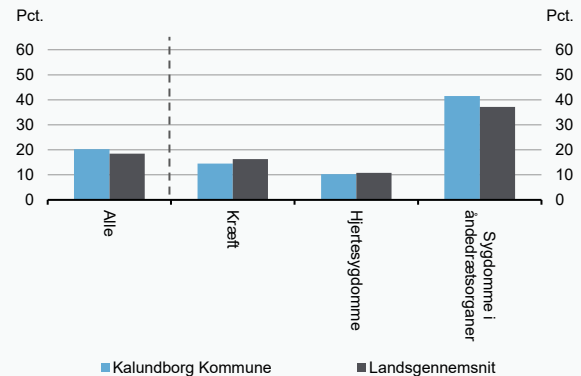
**Figur 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemodtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejehjemsbeboere, 2018-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehuseophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehuseophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**



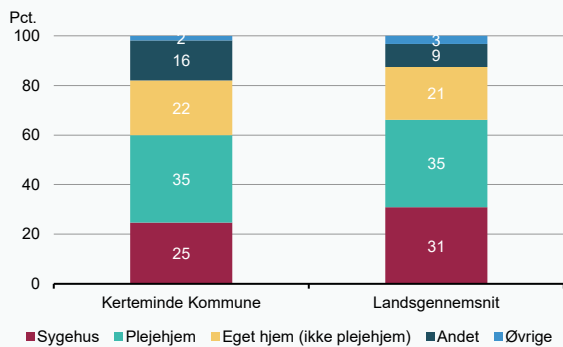
Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle er på kommuneniveau skyldes det enten diskretionshensyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehuseophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionshensyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

# Kerteminde Kommune

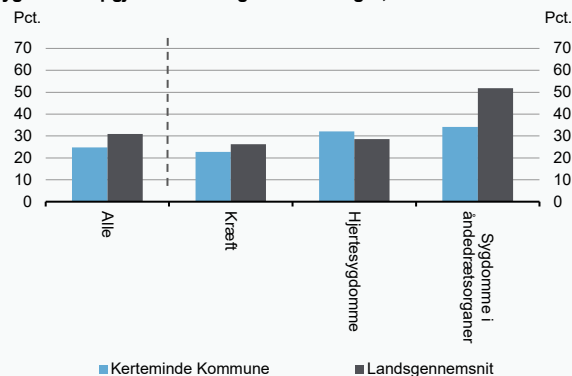
**Figur 1**

**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



**Figur 2**

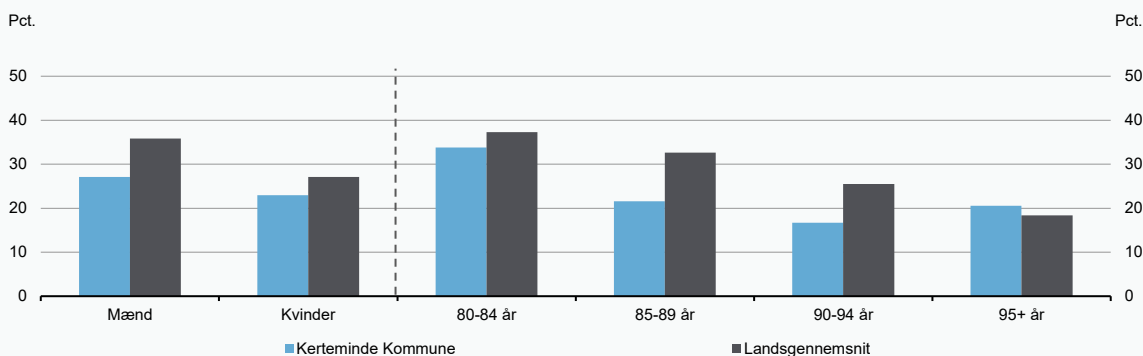
**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

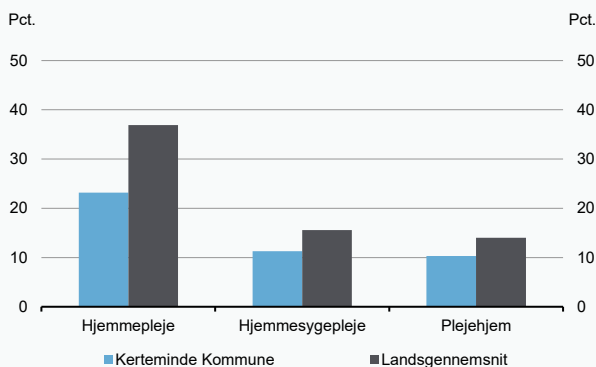


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

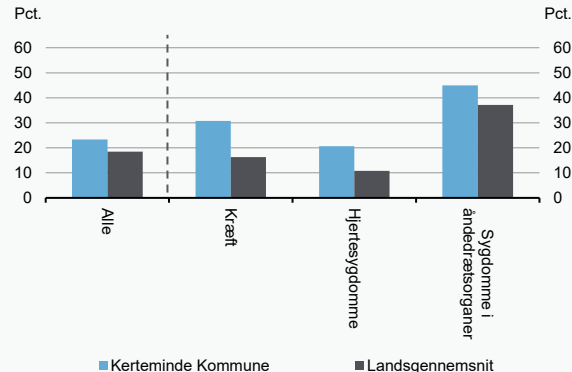
**Figur 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemodtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejhjemsbeboere, 2018-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehuseophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehuseophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**



Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle er på kommuneniveau skyldes det enten diskretionshensyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehuseophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionshensyn.

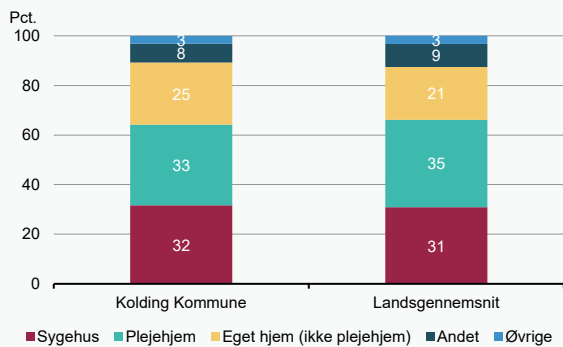
Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.



# Kolding Kommune

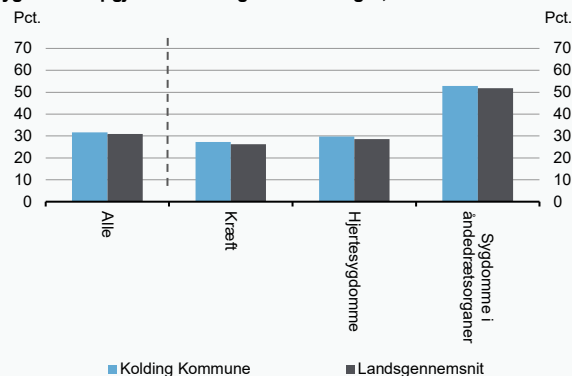
**Figur 1**

**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



**Figur 2**

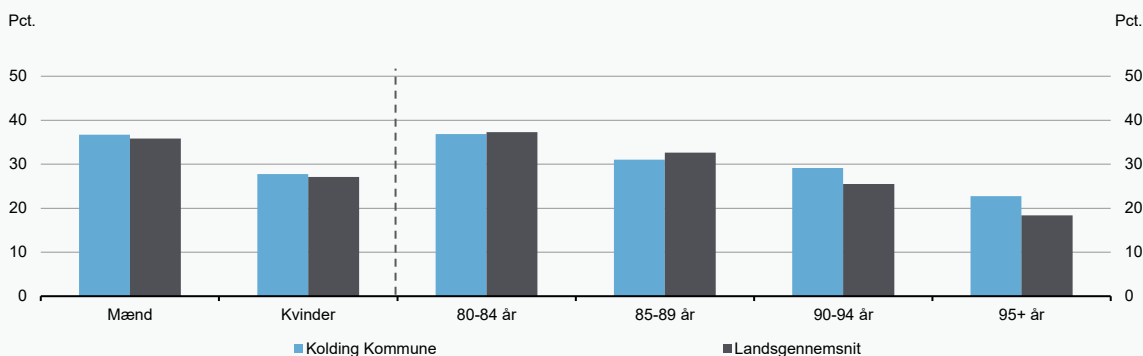
**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

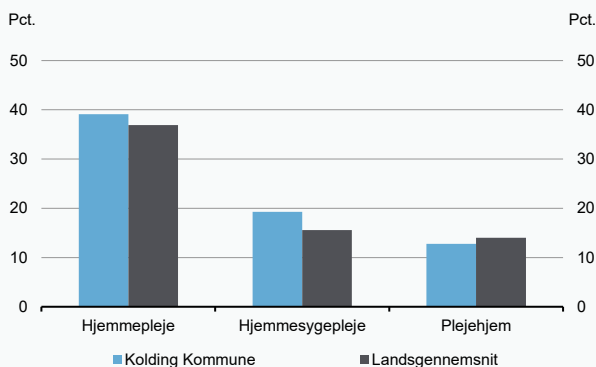


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

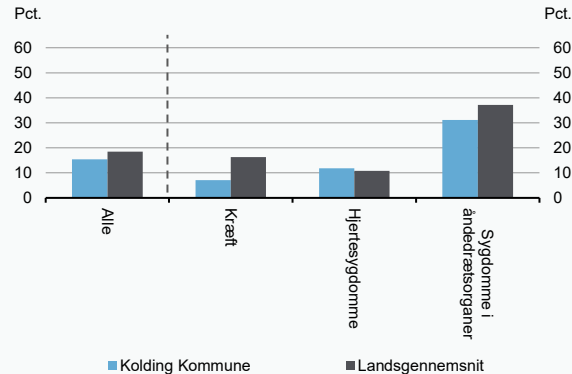
**Figur 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemodtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejehjemsbeboere, 2018-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehuseophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehuseophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**

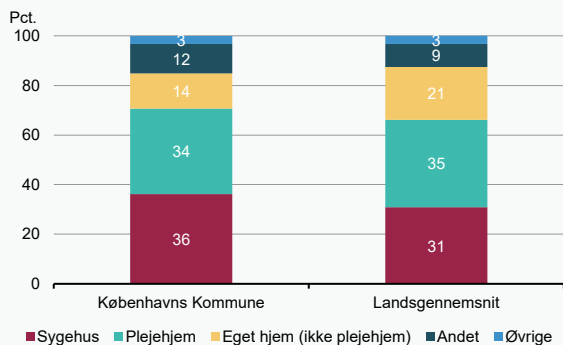


Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle er på kommuneniveau skyldes det enten diskretionssyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehuseophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionssyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

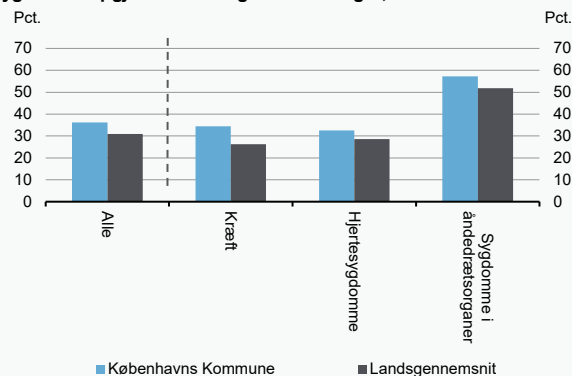
**Figur 1**

**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



**Figur 2**

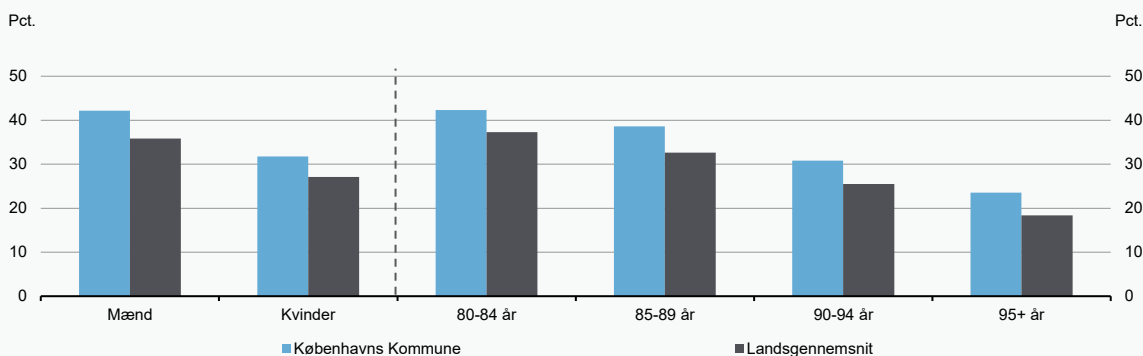
**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

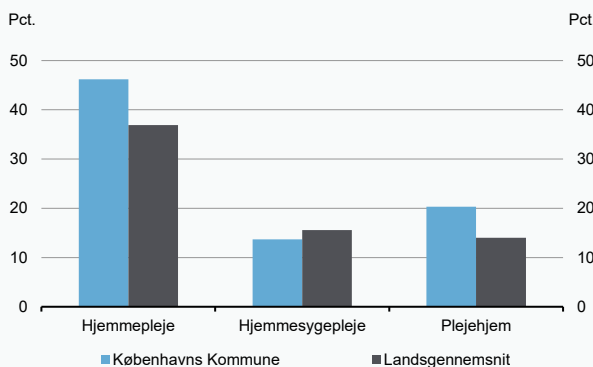


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

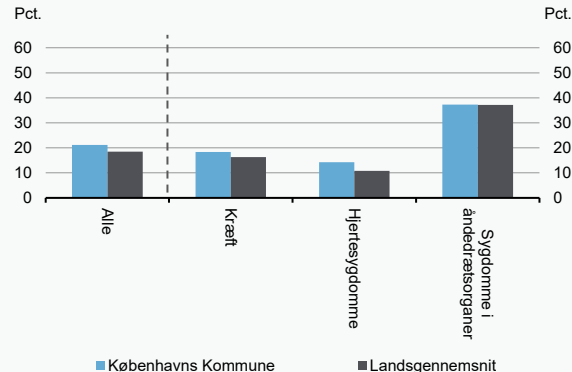
**Figur 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemo dtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejehjemsbeboere, 2018-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehuseophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehuseophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**

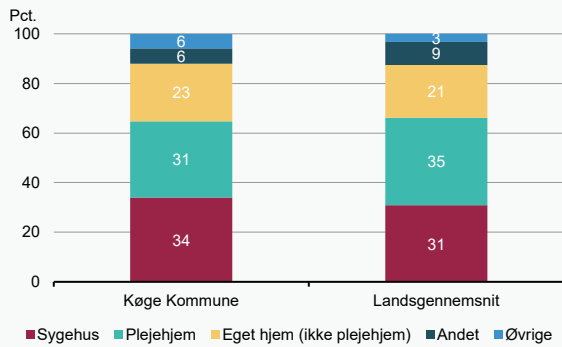


Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle er på kommuneniveau skyldes det enten diskretionshensyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehuseophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionshensyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

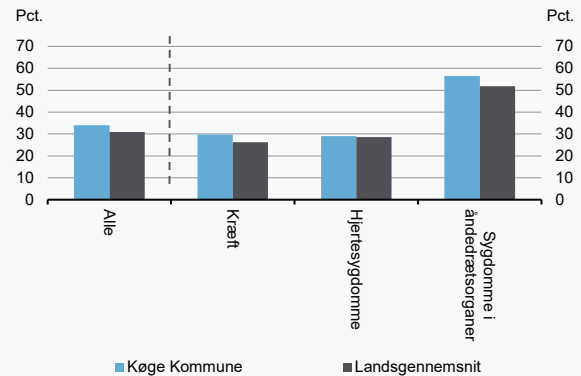
**Figur 1**

**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



**Figur 2**

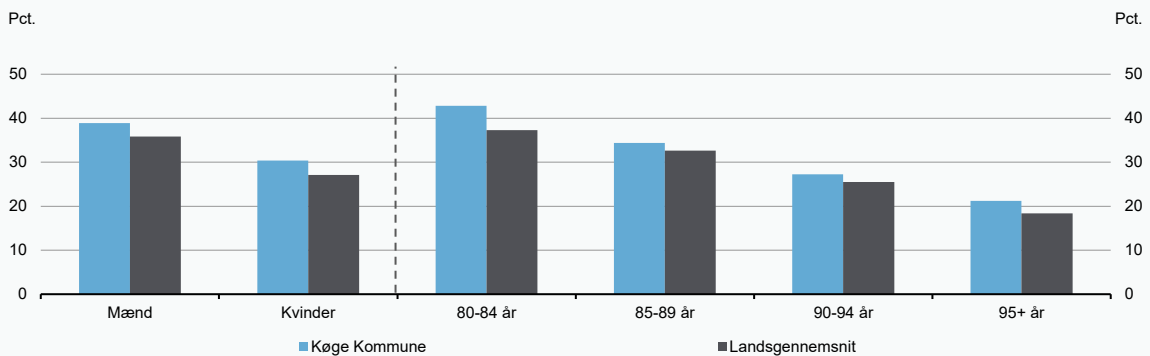
**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

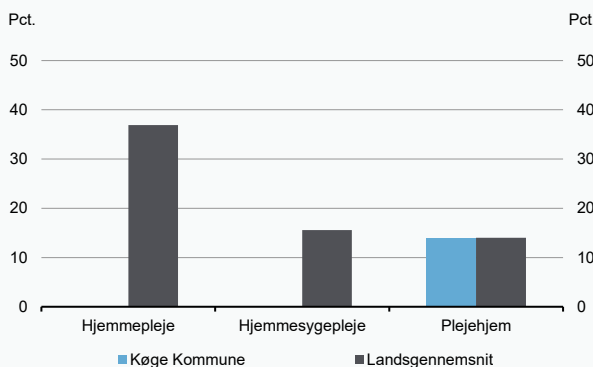


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

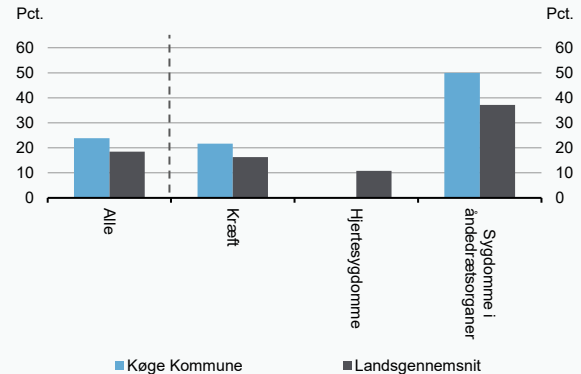
**Figur 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemoedtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejehjemsbeboere, 2018-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehuseophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehuseophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**



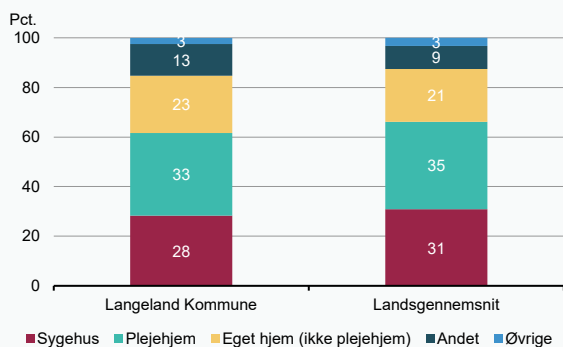
Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle er på kommuneniveau skyldes det enten diskretionssyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehuseophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionssyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

# Langeland Kommune

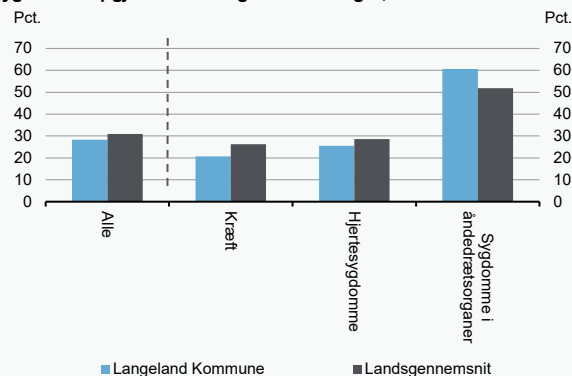
**Figur 1**

**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



**Figur 2**

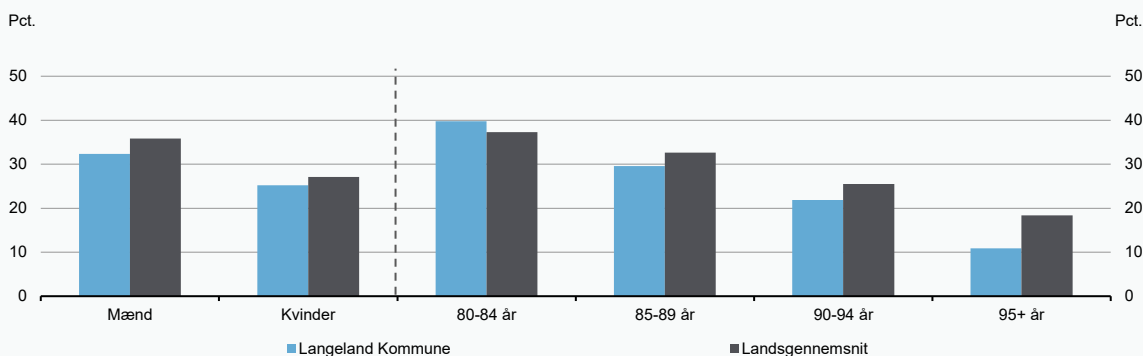
**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

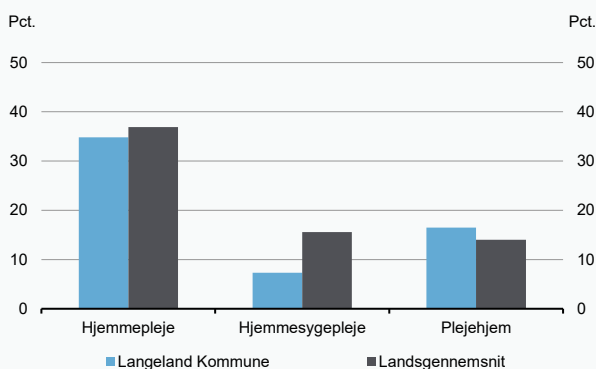


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

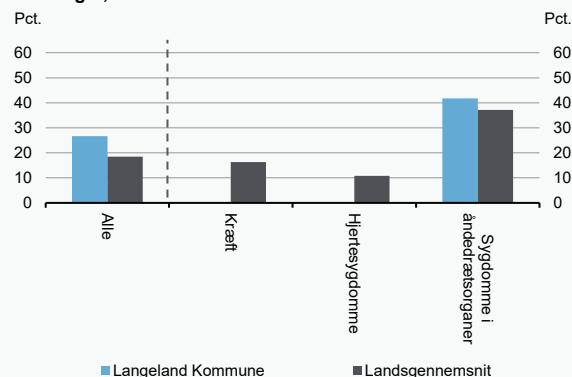
**Figur 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemodtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejehjemsbeboere, 2018-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehuseophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehuseophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**



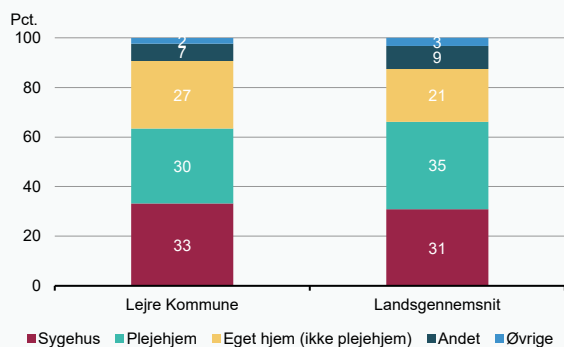
Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle er på kommuneniveau skyldes det enten diskretionssyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehuseophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionssyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

# Lejre Kommune

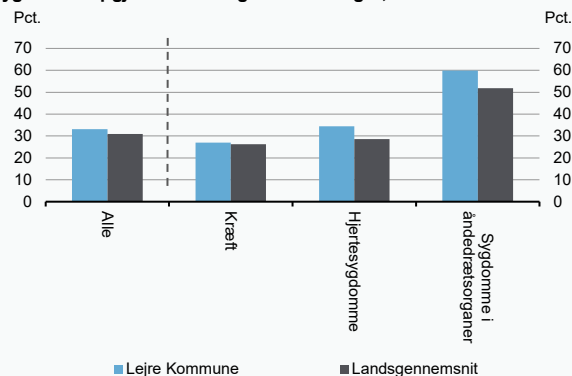
**Figur 1**

**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



**Figur 2**

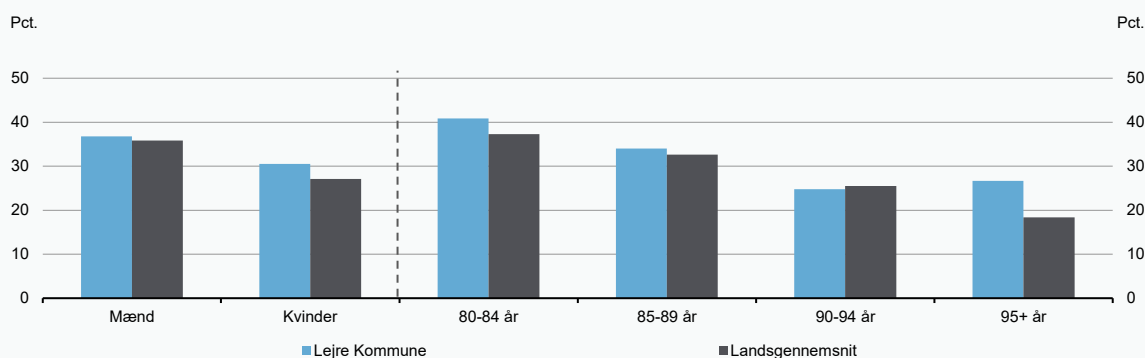
**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

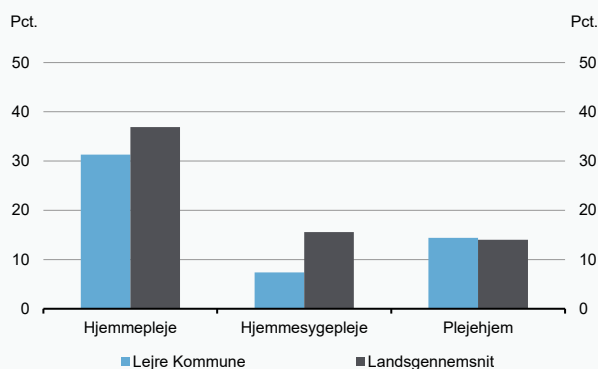


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

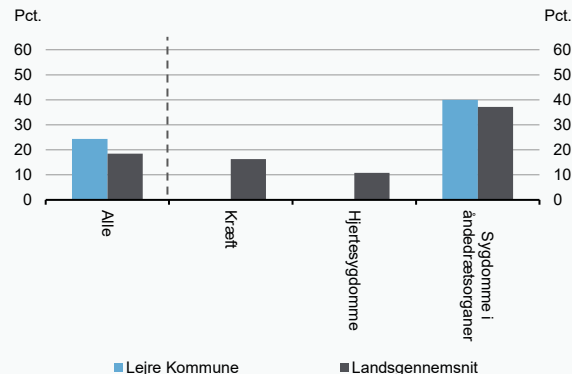
**Figur 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemodtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejehjemsbeboere, 2018-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehuseophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehuseophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**



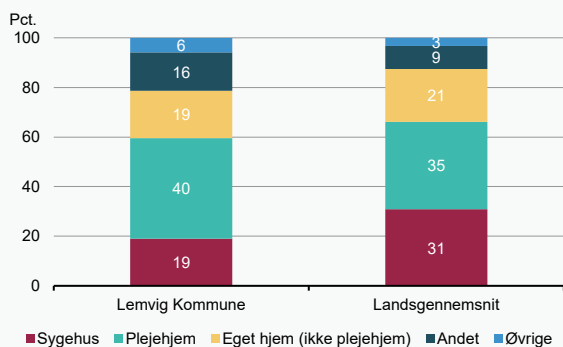
Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle er på kommuneniveau skyldes det enten diskretionssyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehuseophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionssyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

# Lemvig Kommune

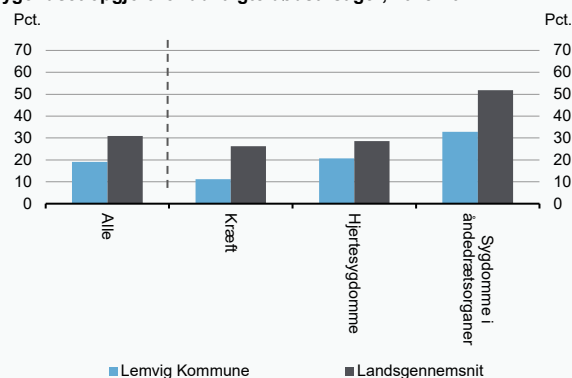
**Figur 1**

**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



**Figur 2**

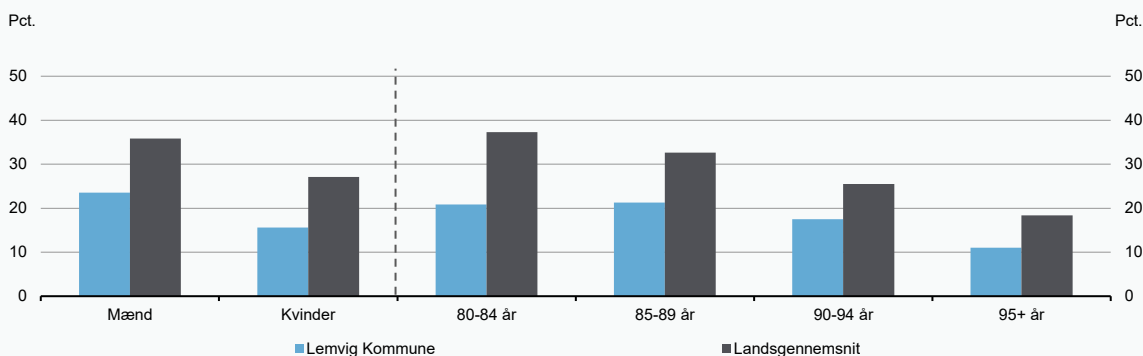
**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

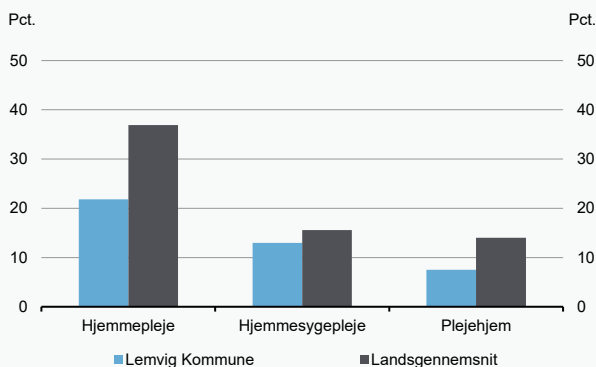


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

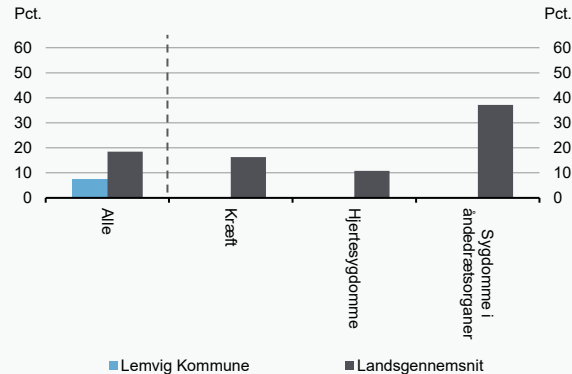
**Figur 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemodtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejhjemsbeboere, 2018-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehuseophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehuseophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**



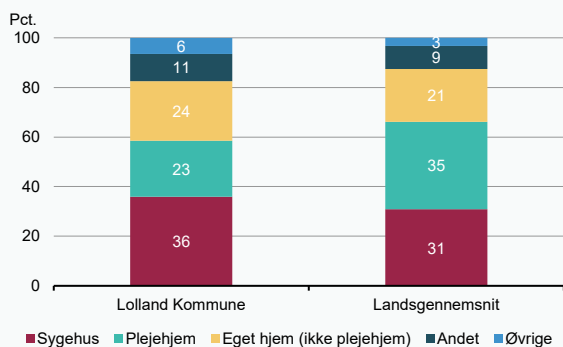
Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle er på kommuneniveau skyldes det enten diskretionssyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehuseophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionssyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

# Lolland Kommune

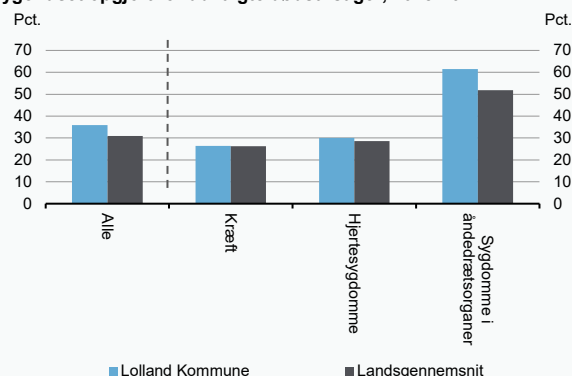
**Figur 1**

**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



**Figur 2**

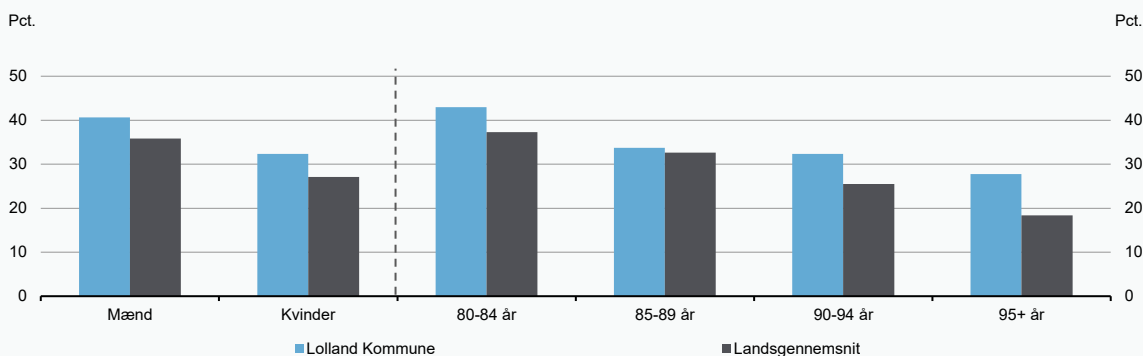
**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

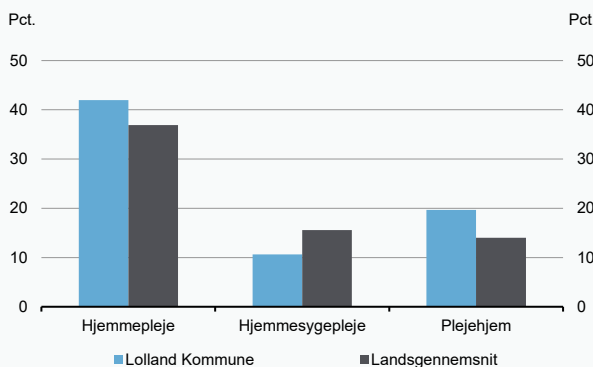


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

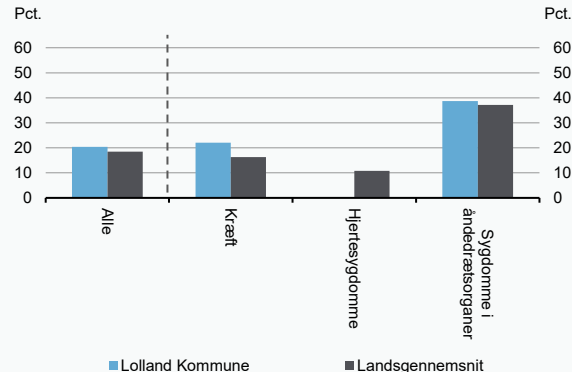
**Figur 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemodtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejehjemsbeboere, 2018-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehuseophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehuseophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**



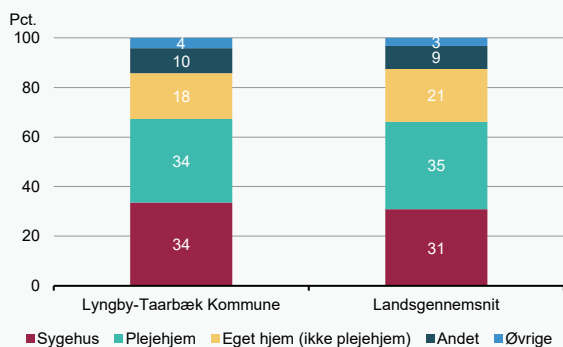
Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle er på kommuneniveau skyldes det enten diskretionssyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehuseophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionssyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

# Lyngby-Taarbæk Kommune

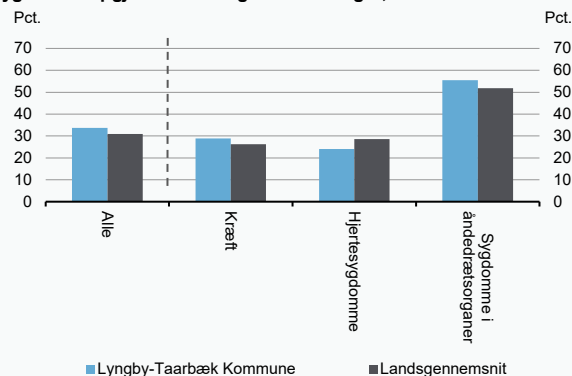
**Figur 1**

**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



**Figur 2**

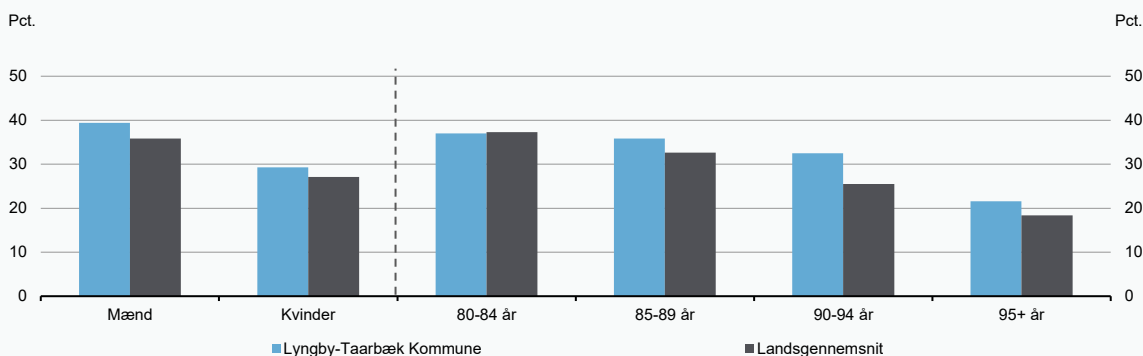
**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

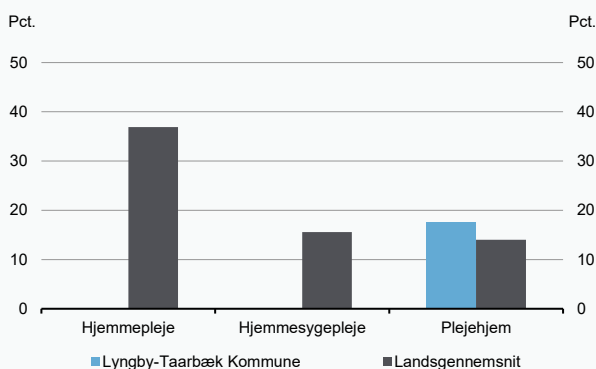


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

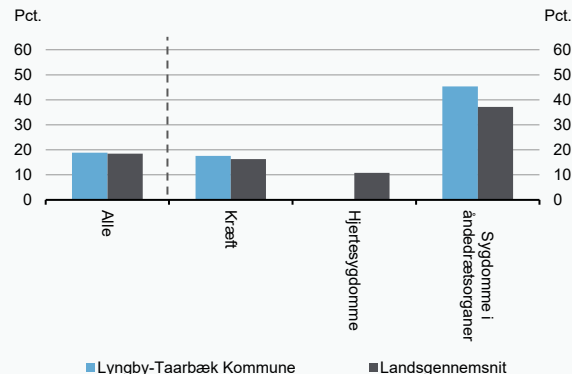
**Figur 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemo dtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejehjemsbeboere, 2018-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehusophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehusophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**



Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle er på kommuneniveau skyldes det enten diskretionshensyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehusophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionshensyn.

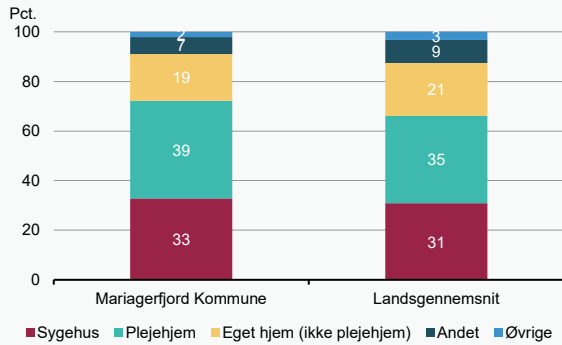
Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.



# Mariagerfjord Kommune

**Figur 1**

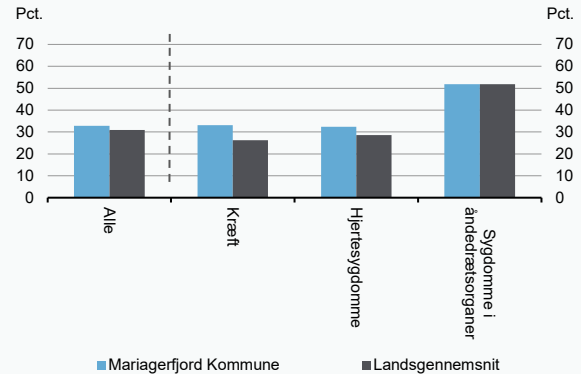
**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

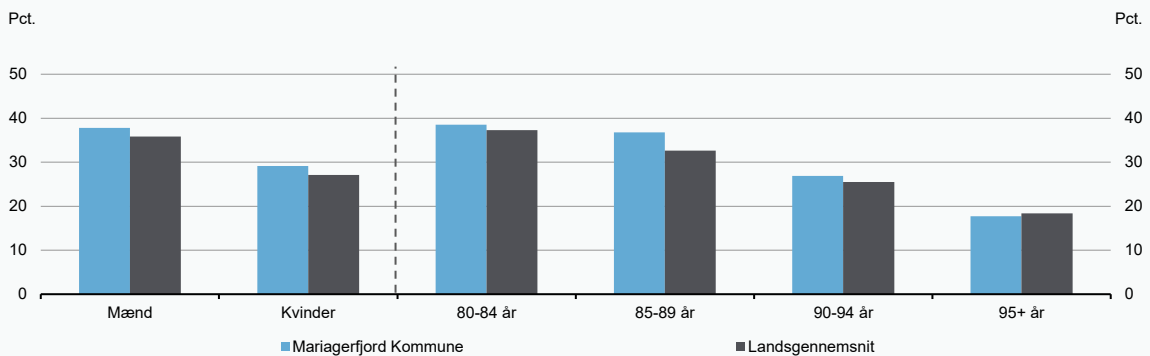
**Figur 2**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

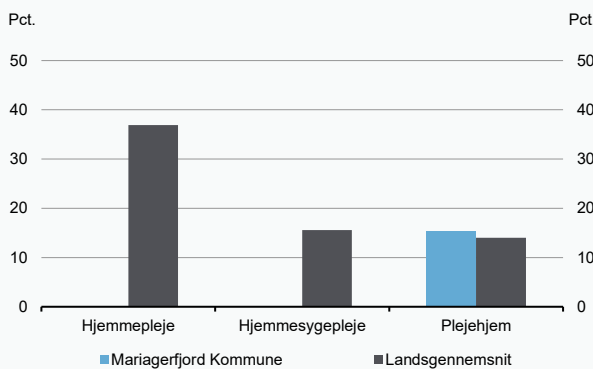


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

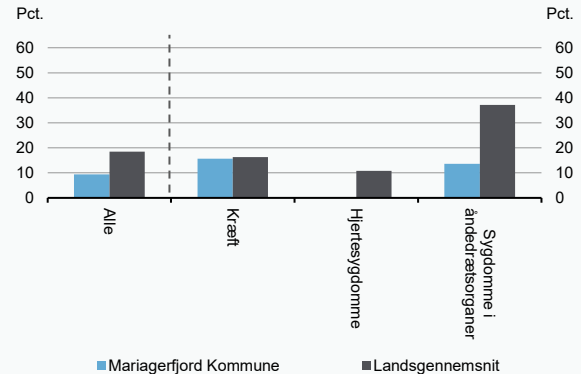
**Figur 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemodtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejehjemsbeboere, 2018-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehuseophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehuseophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**



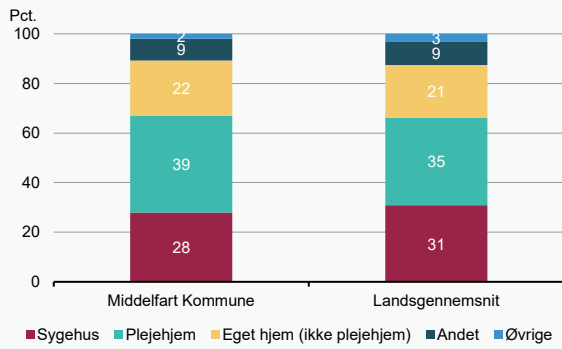
Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle er på kommuneniveau skyldes det enten diskretionssyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehuseophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionssyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

# Middelfart Kommune

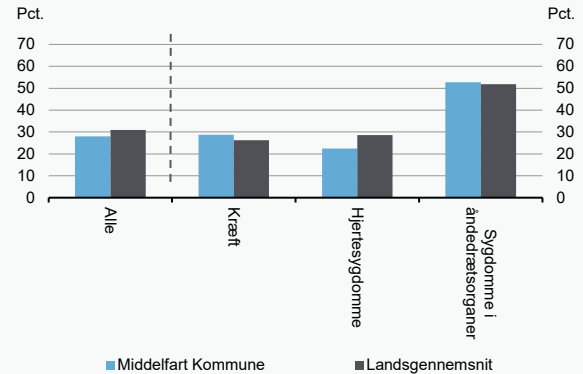
**Figur 1**

**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



**Figur 2**

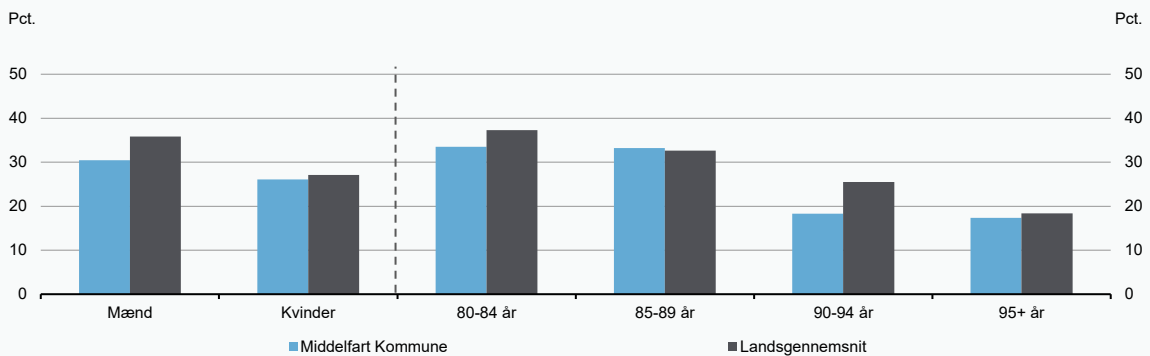
**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

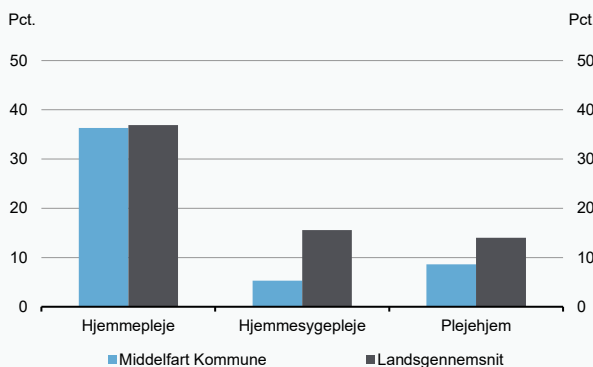


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

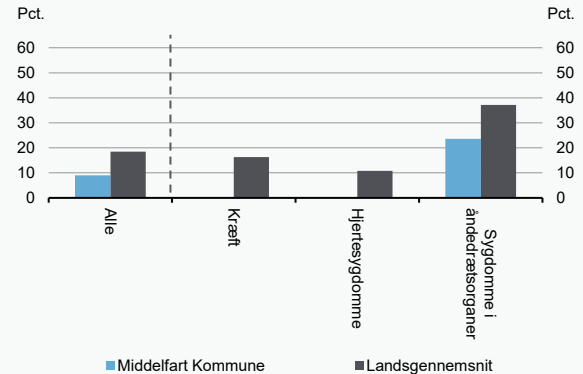
**Figur 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemodtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejhjemsbeboere, 2018-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehuseophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehuseophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**



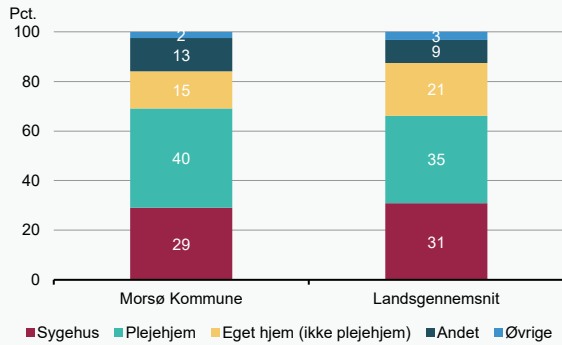
Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle er på kommuneniveau skyldes det enten diskretionssyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehuseophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionssyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

# Morsø Kommune

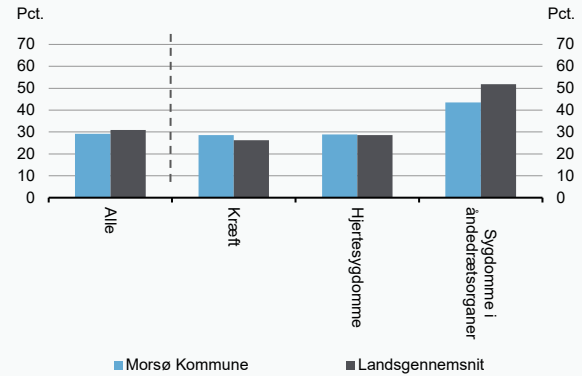
**Figur 1**

**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



**Figur 2**

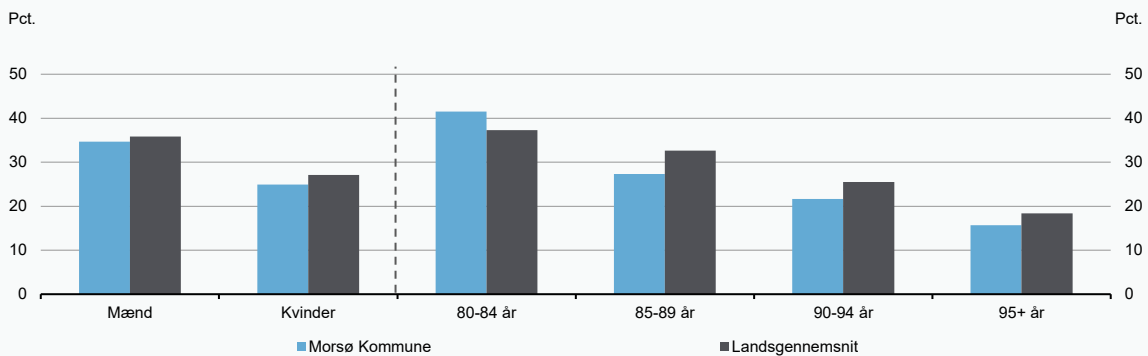
**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

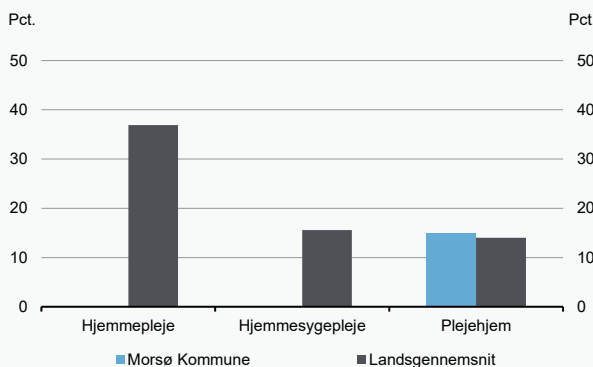


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

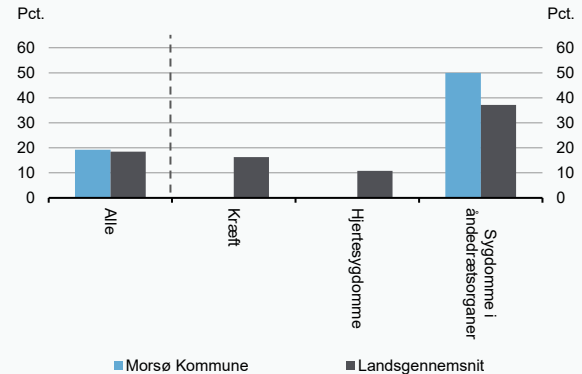
**Figur 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemodtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejehjemsbeboere, 2018-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehuseophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehuseophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**



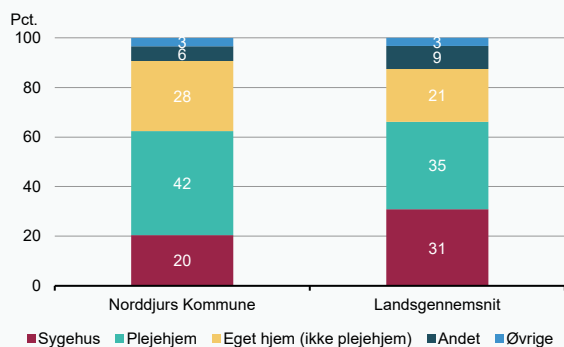
Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle er på kommuneniveau skyldes det enten diskretionssyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehuseophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionssyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

# Norddjurs Kommune

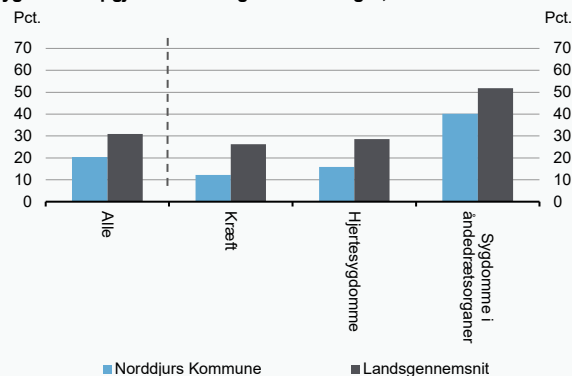
**Figur 1**

**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



**Figur 2**

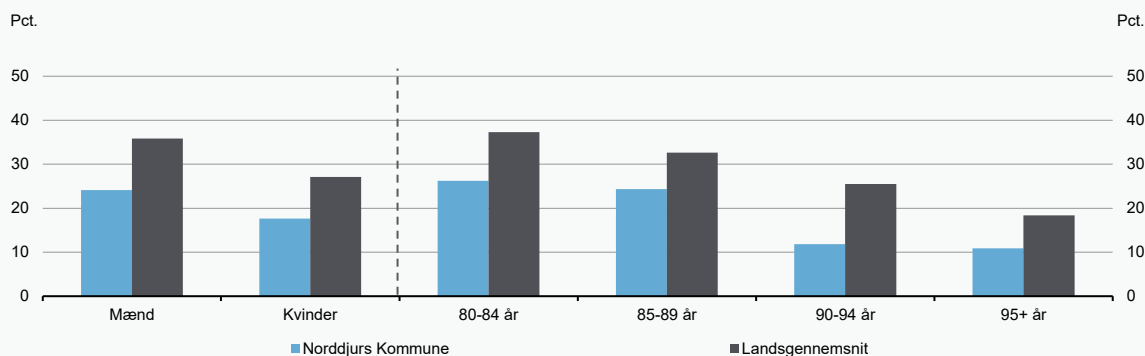
**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

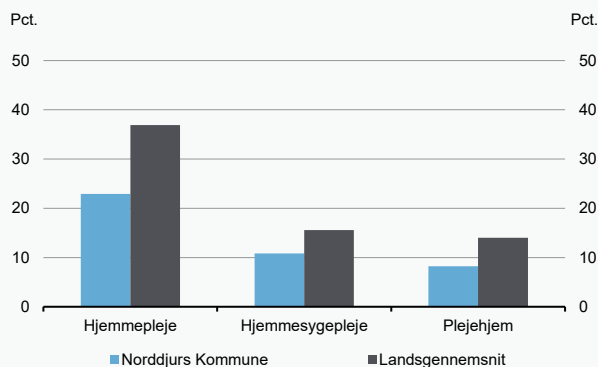


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

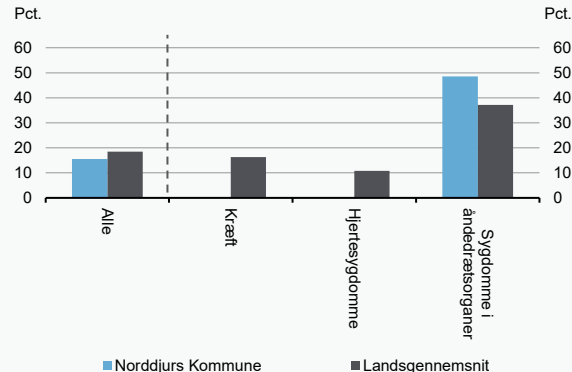
**Figur 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemodtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejhjemsbeboere, 2018-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehuseophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehuseophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**



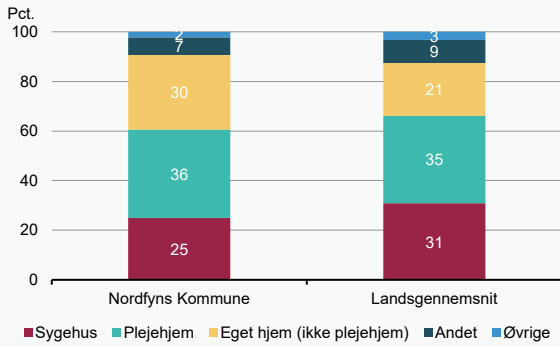
Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle er på kommuneniveau skyldes det enten diskretionssyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehuseophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionssyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

# Nordfyns Kommune

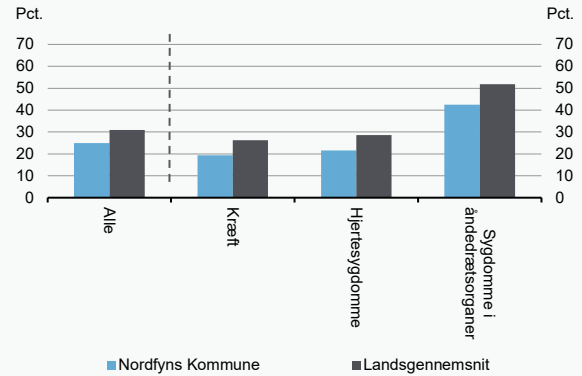
**Figur 1**

**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



**Figur 2**

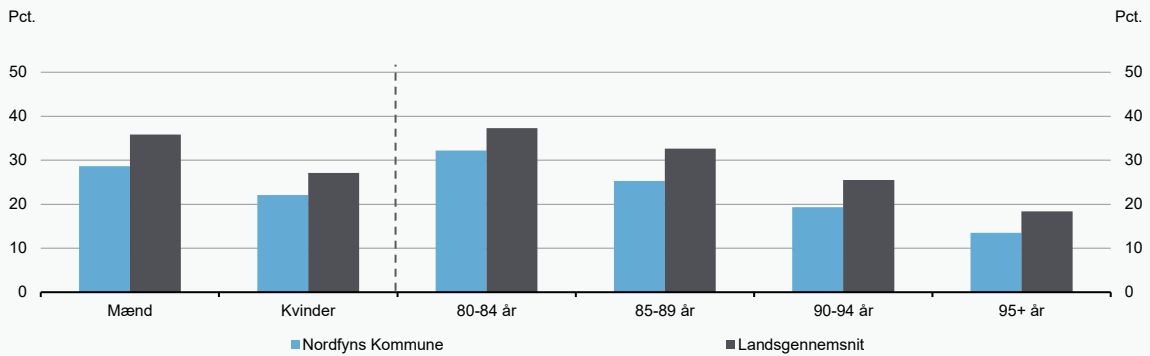
**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

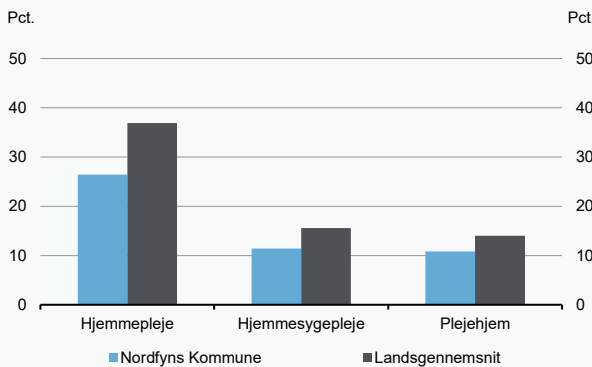


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

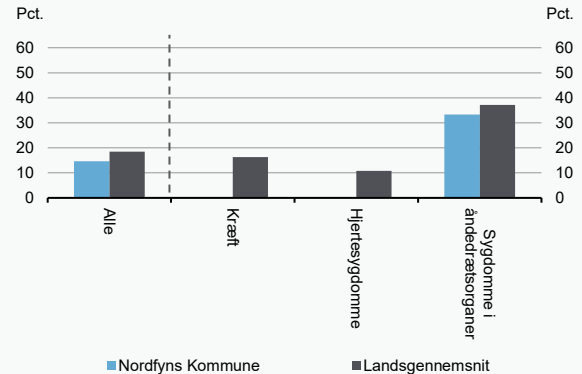
**Figur 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemodtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejehjemsbeboere, 2018-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehuseophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehuseophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**

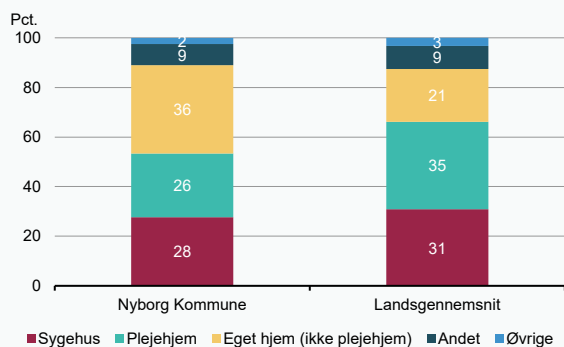


Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle er på kommuneniveau skyldes det enten diskretionssyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehuseophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionssyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

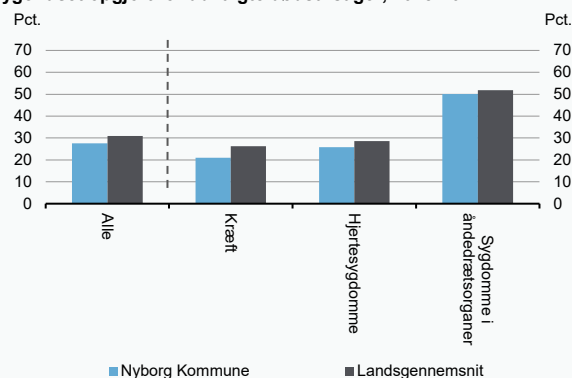
**Figur 1**

**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



**Figur 2**

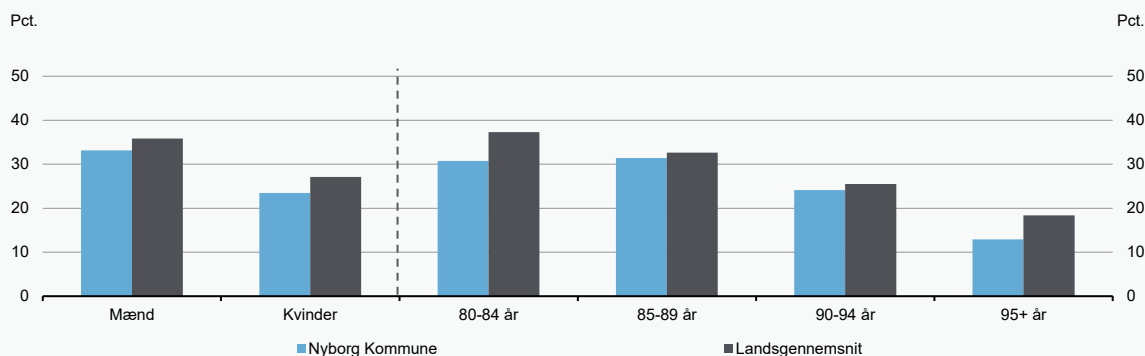
**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

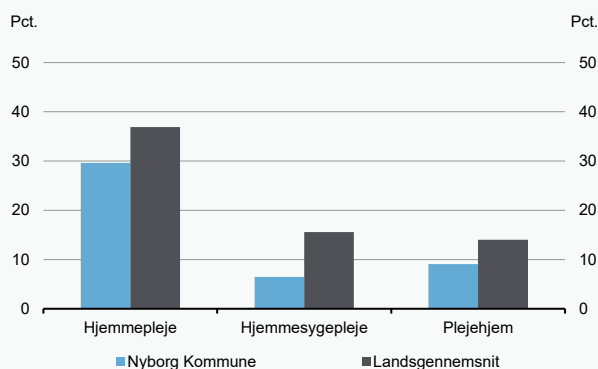


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

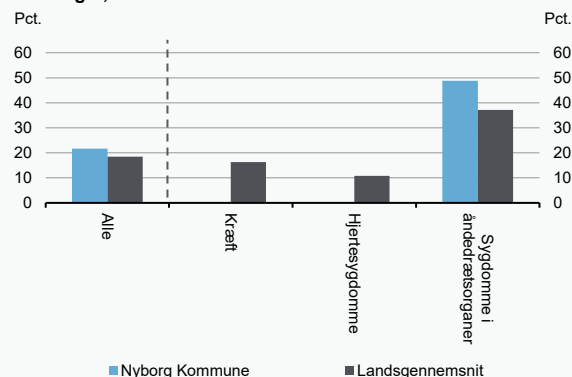
**Figur 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemodtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejehjemsbeboere, 2018-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehuseophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehuseophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**



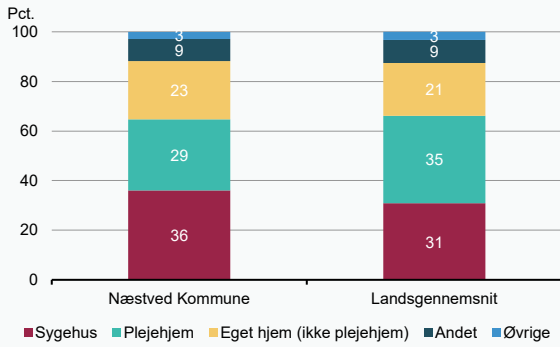
Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle er på kommuneniveau skyldes det enten diskretionssyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehuseophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionssyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

# Næstved Kommune

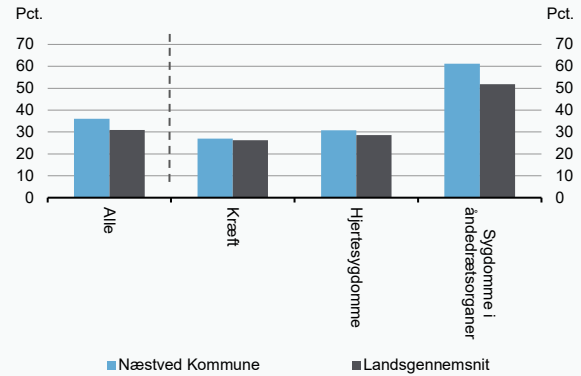
**Figur 1**

**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



**Figur 2**

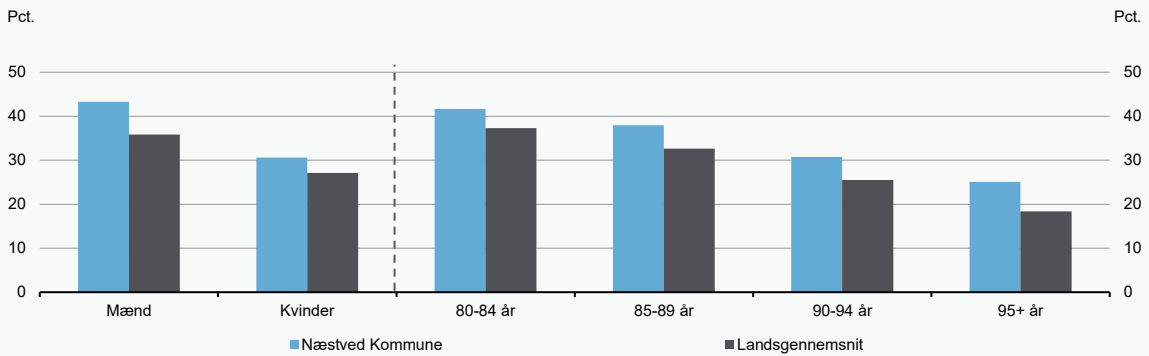
**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

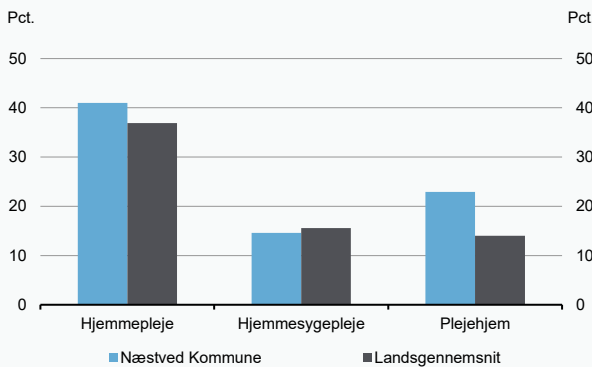


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

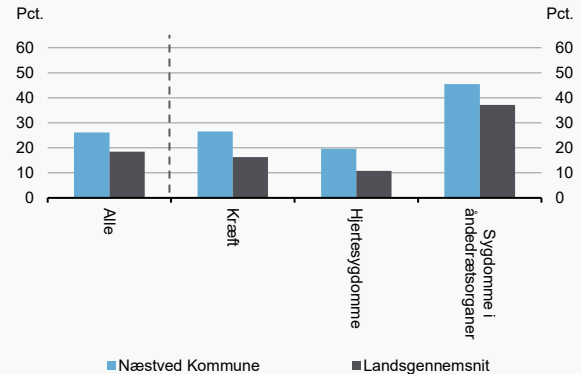
**Figur 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemodtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejehjemsbeboere, 2018-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehuseophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehuseophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**



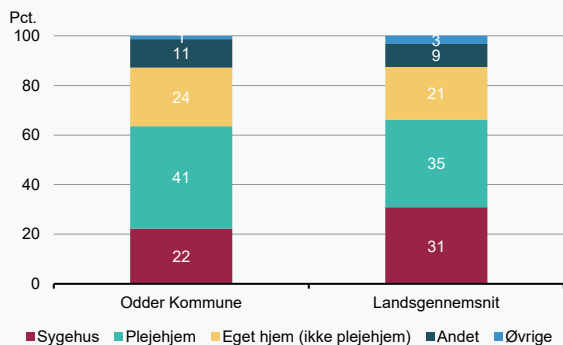
Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle er på kommuneniveau skyldes det enten diskretionshensyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehuseophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionshensyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

# Odder Kommune

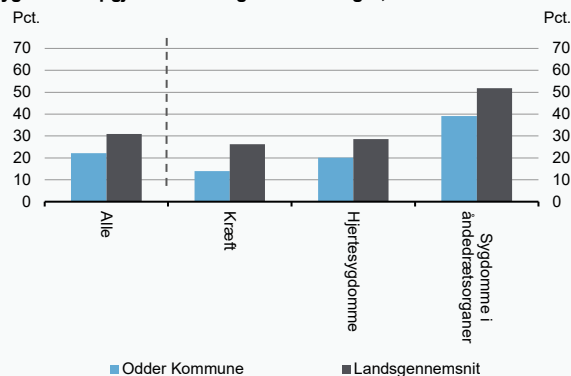
**Figur 1**

**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



**Figur 2**

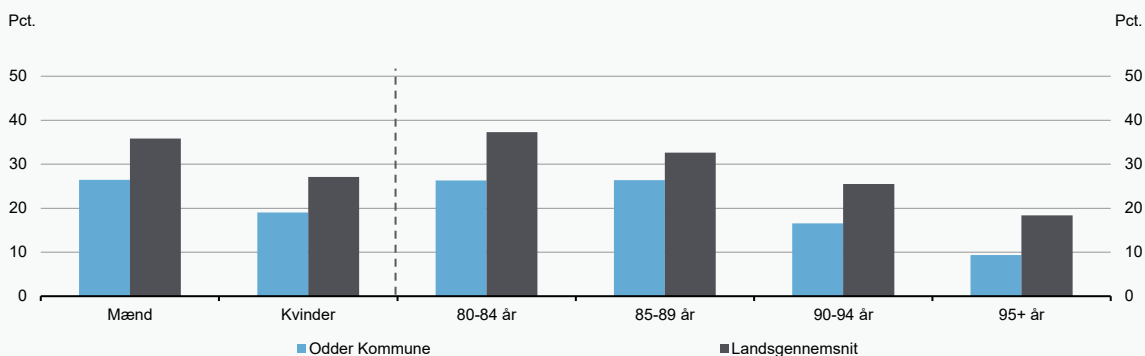
**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

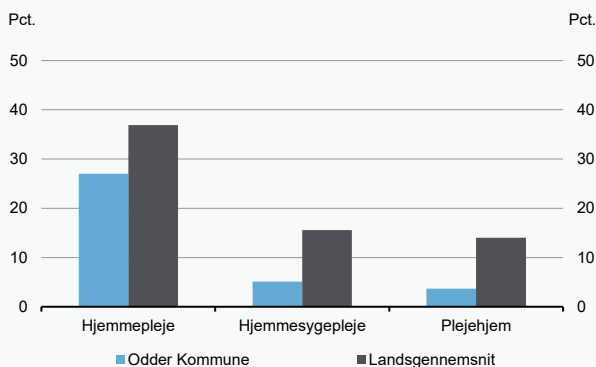


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

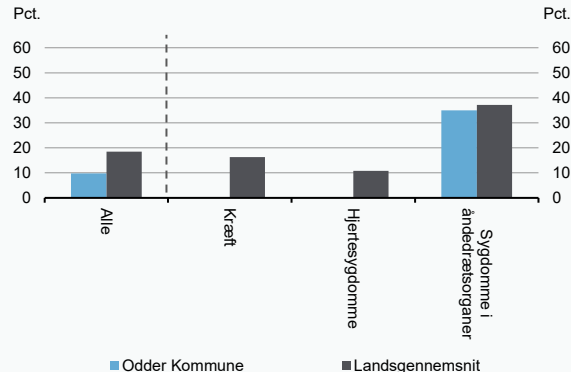
**Figur 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemodtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejhjemsbeboere, 2018-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehuseophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehuseophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**



Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle er på kommuneniveau skyldes det enten diskretionssyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehuseophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionssyn.

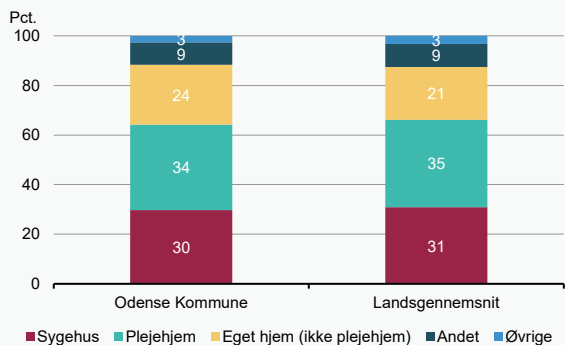
Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.



# Odense Kommune

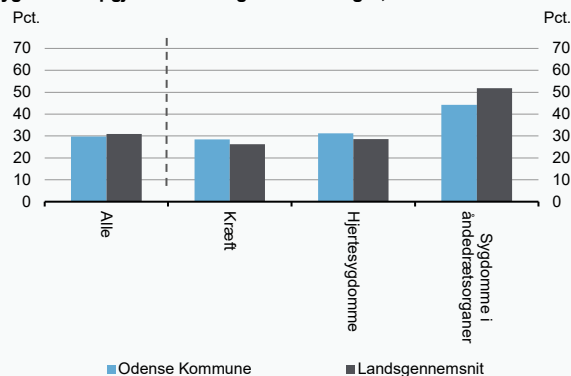
**Figur 1**

**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



**Figur 2**

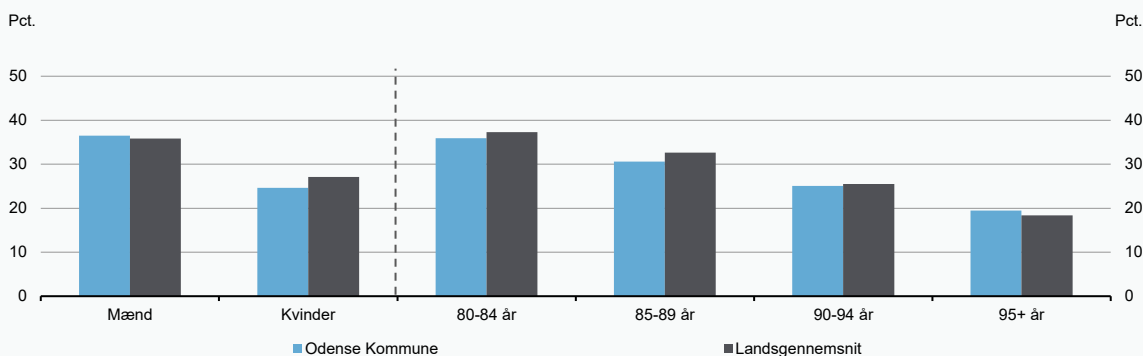
**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

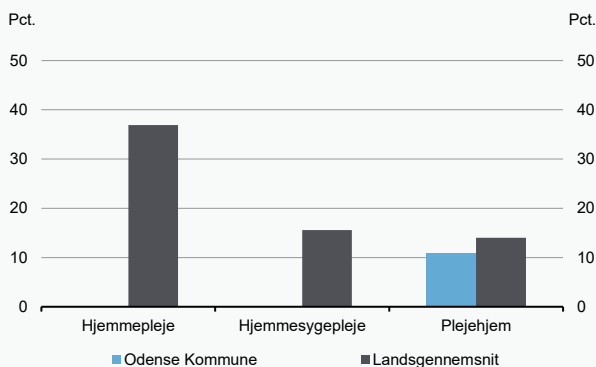


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

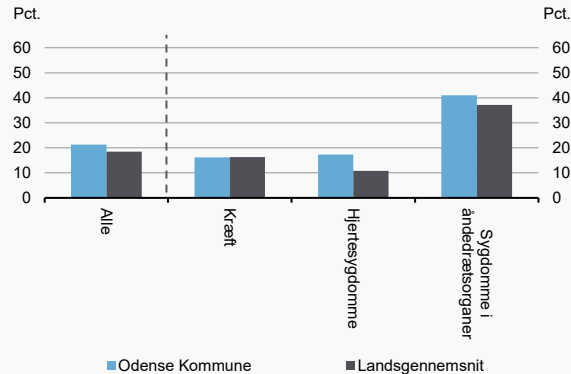
**Figur 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemodtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejehjemsbeboere, 2018-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehuseophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehuseophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**



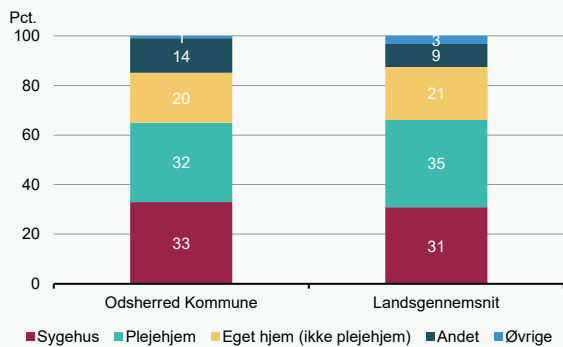
Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle er på kommuneniveau skyldes det enten diskretionssyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehuseophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionssyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

# Odsherred Kommune

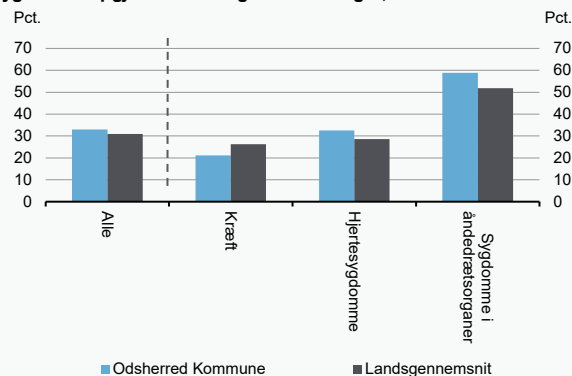
**Figur 1**

**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



**Figur 2**

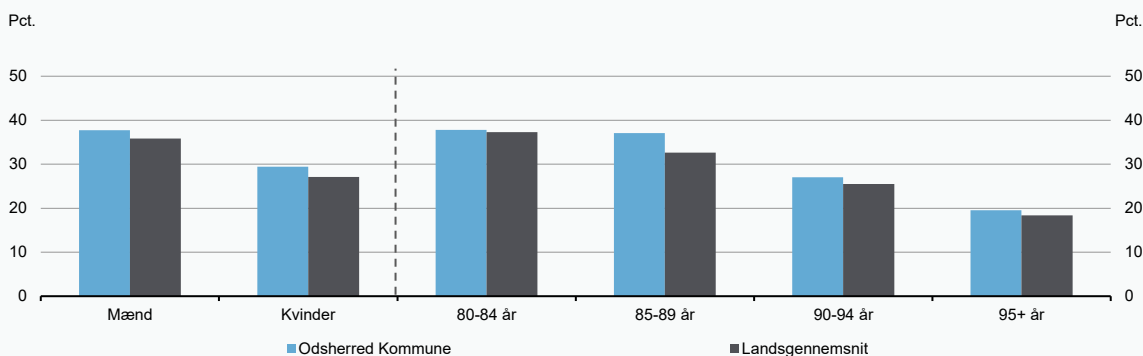
**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

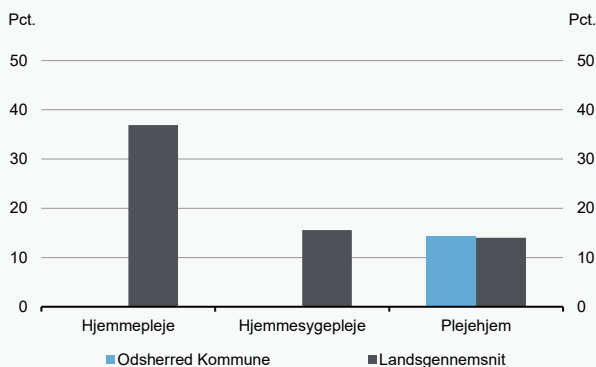


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

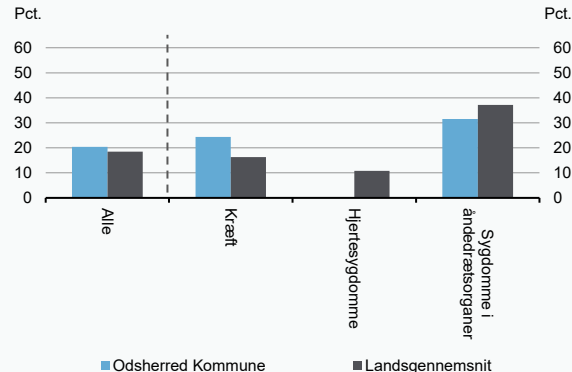
**Figur 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemodtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejhjemsbeboere, 2018-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehuseophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehuseophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**



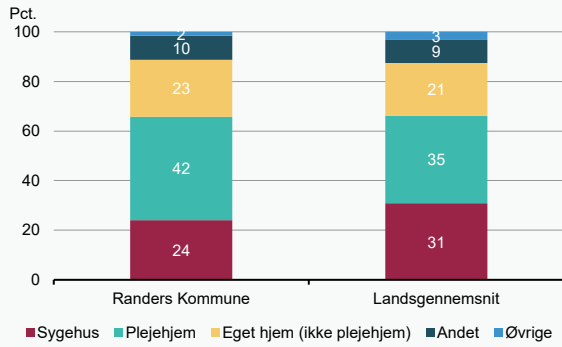
Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle er på kommuneniveau skyldes det enten diskretionssyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehuseophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionssyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

# Randers Kommune

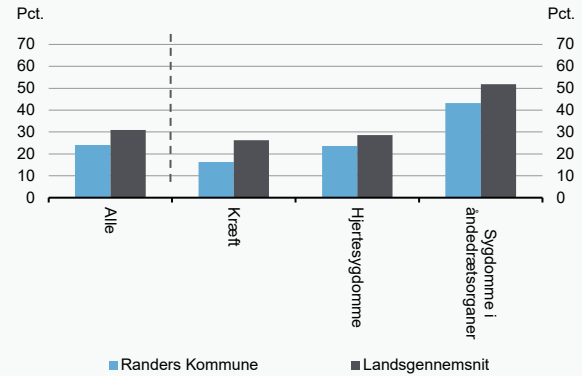
**Figur 1**

**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



**Figur 2**

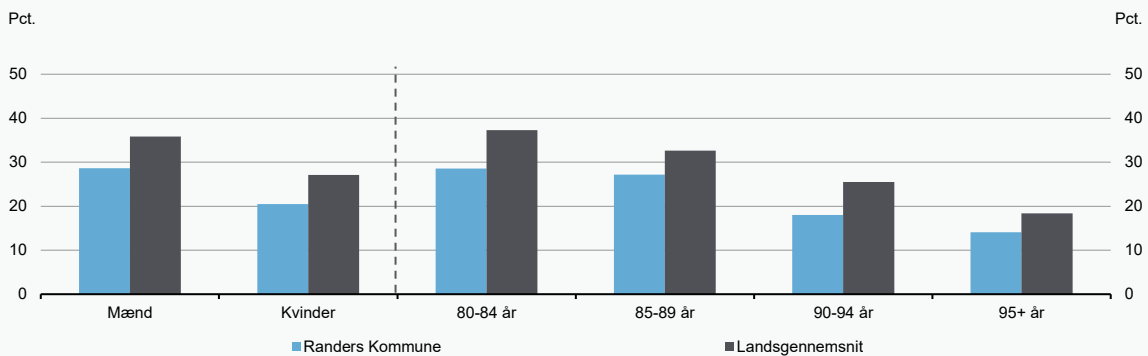
**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

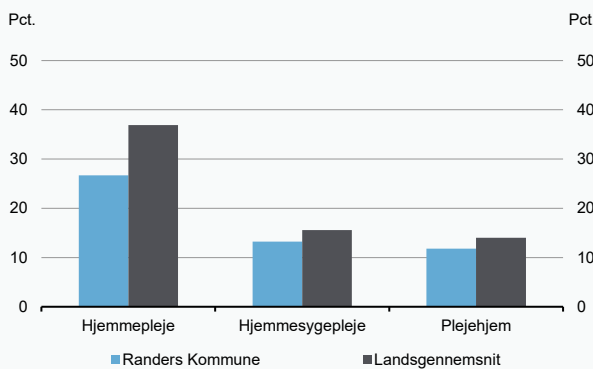


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

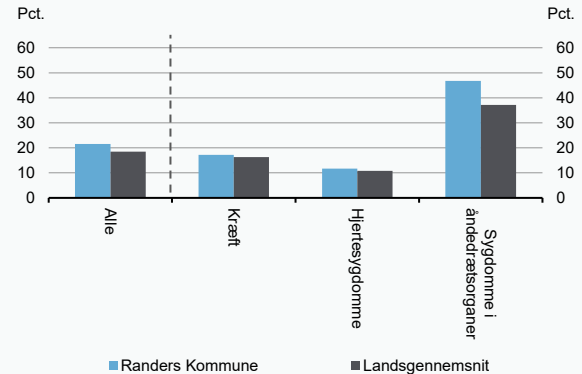
**Figur 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemodtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejhjemsbeboere, 2018-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehuseophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehuseophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**



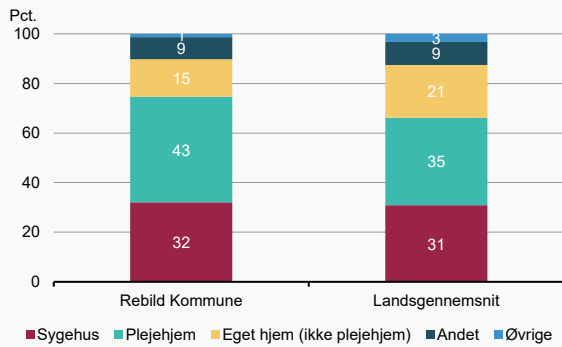
Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle er på kommuneniveau skyldes det enten diskretionshensyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehuseophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionshensyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

# Rebild Kommune

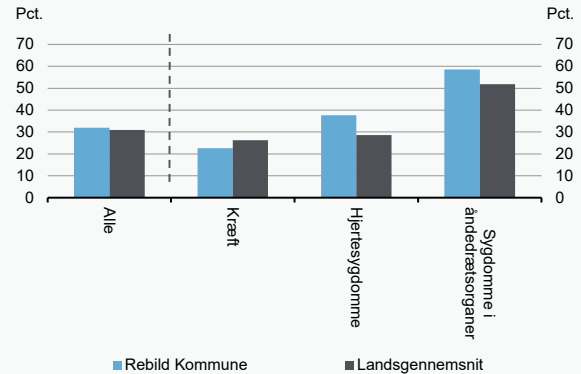
**Figur 1**

**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



**Figur 2**

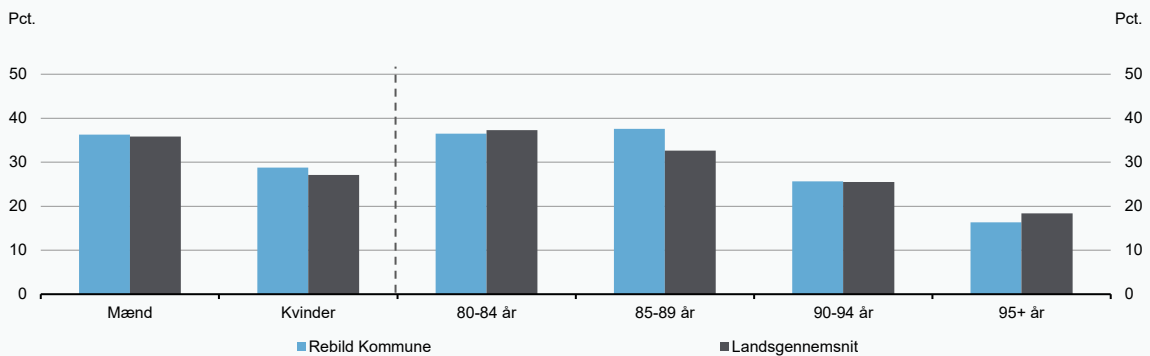
**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

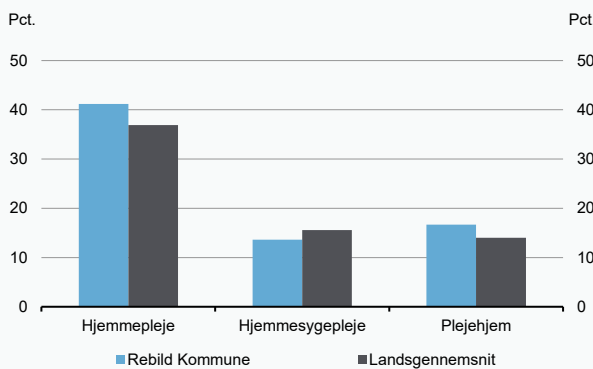


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

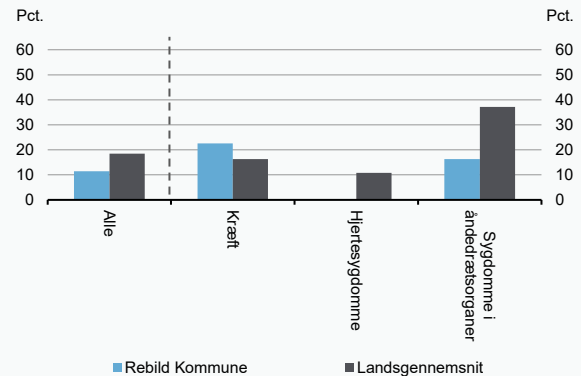
**Figur 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemoedtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejehjemsbeboere, 2018-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehuseophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehuseophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**



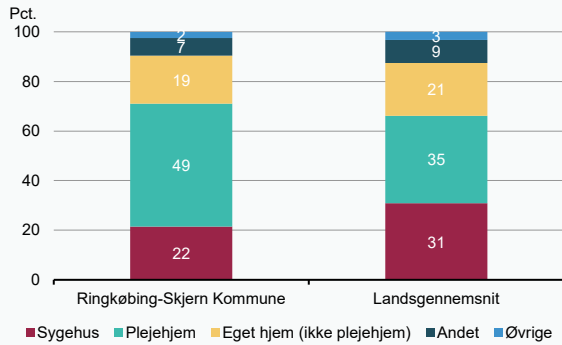
Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle på kommuneniveau skyldes det enten diskretionssyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehuseophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionssyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

# Ringkøbing-Skjern Kommune

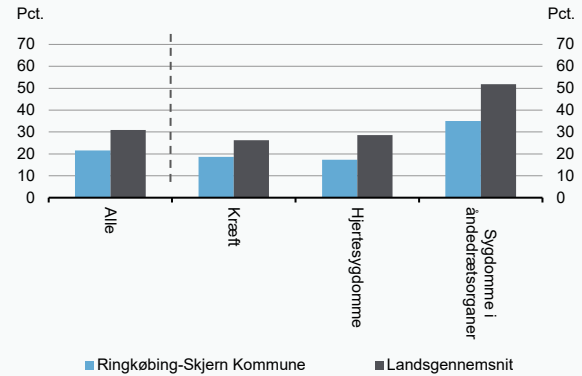
**Figur 1**

**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



**Figur 2**

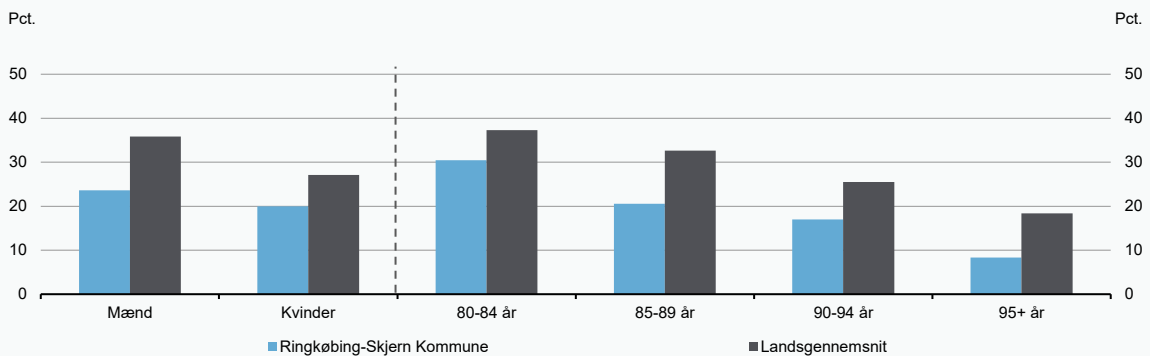
**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

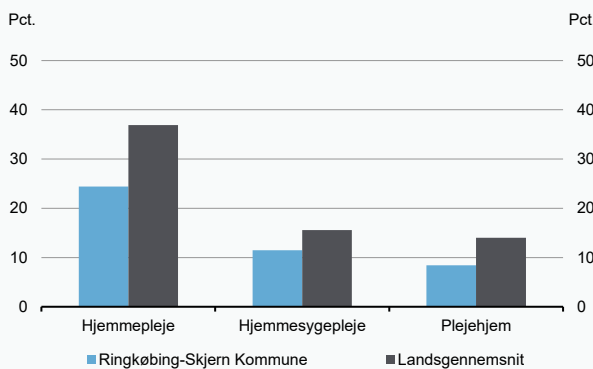


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

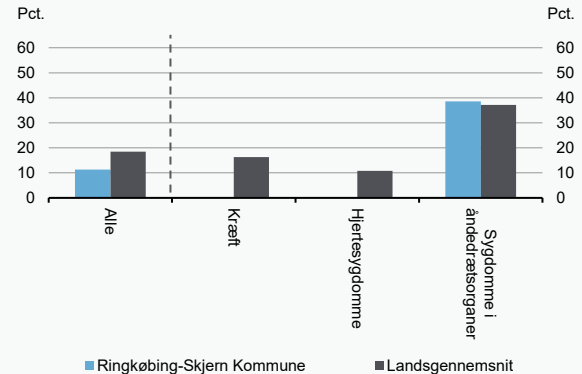
**Figur 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemodtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejehjemsbeboere, 2018-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehuseophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehuseophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**



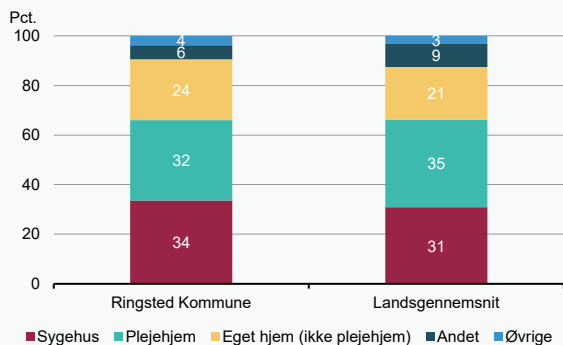
Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle er på kommuneniveau skyldes det enten diskretionssyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehuseophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionssyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

# Ringsted Kommune

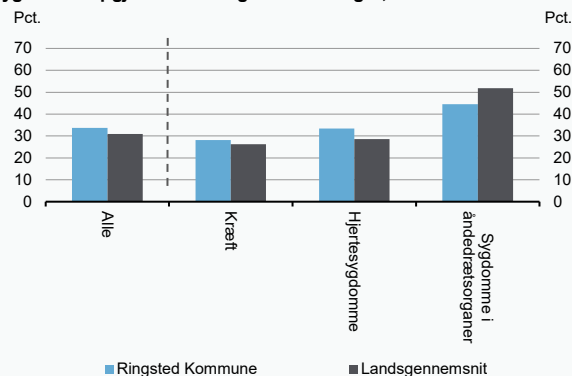
**Figur 1**

**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



**Figur 2**

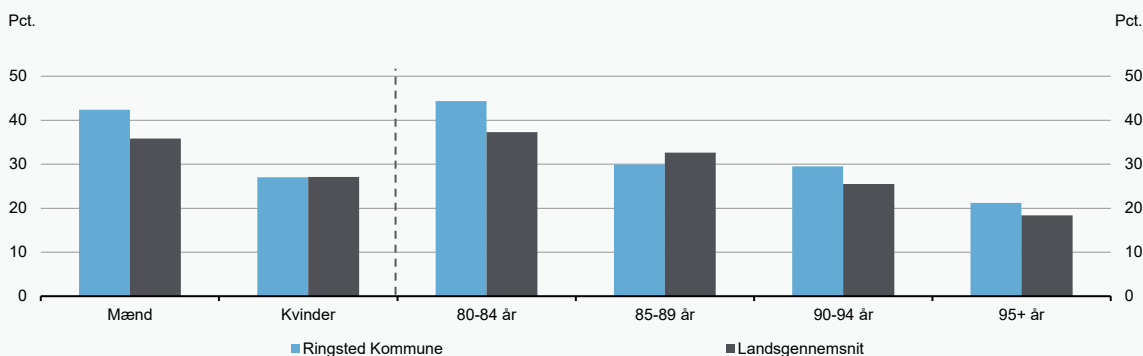
**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

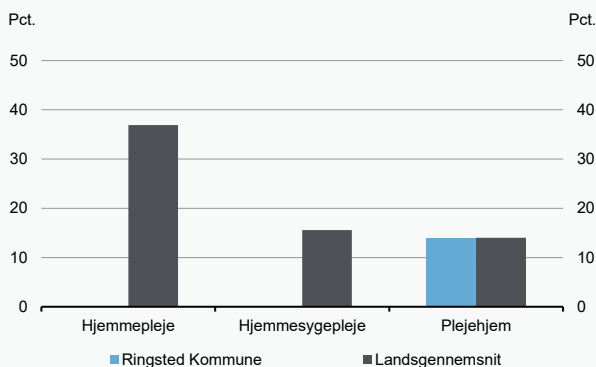


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

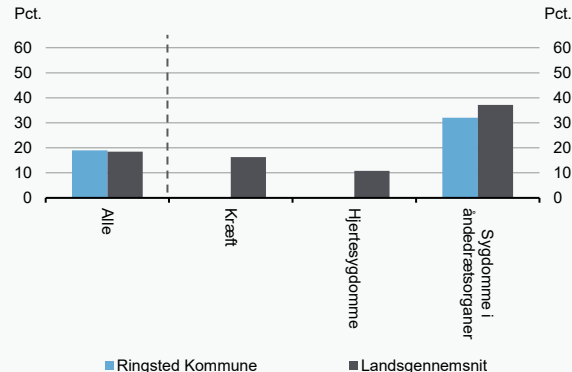
**Figur 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemodtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejhjemsbeboere, 2018-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehuseophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehuseophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**



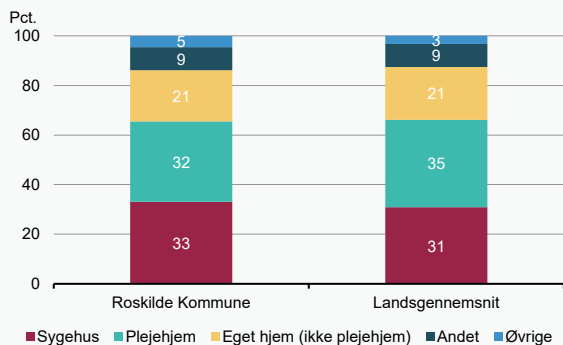
Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle er på kommuneniveau skyldes det enten diskretionssyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehuseophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionssyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

# Roskilde Kommune

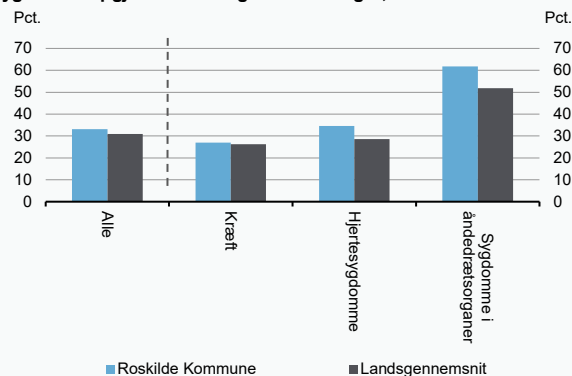
**Figur 1**

**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



**Figur 2**

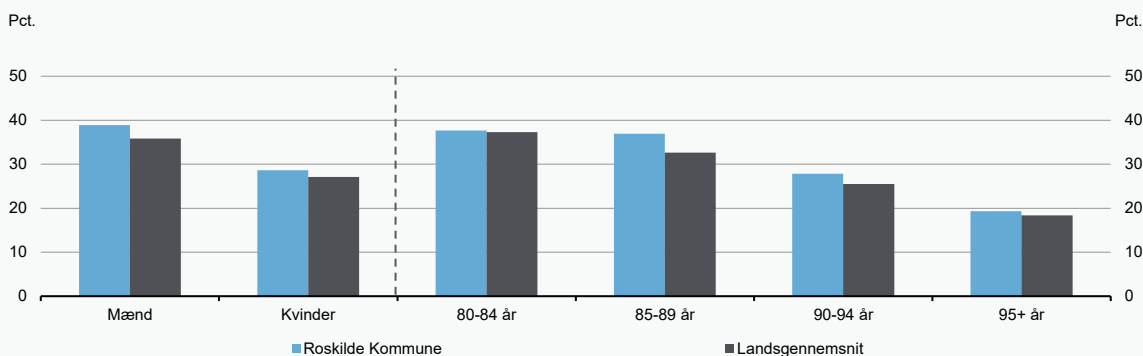
**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

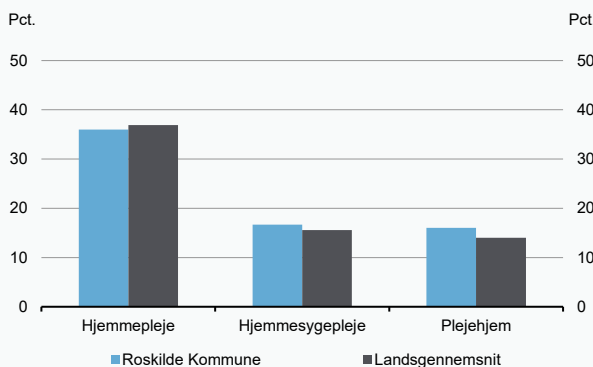


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

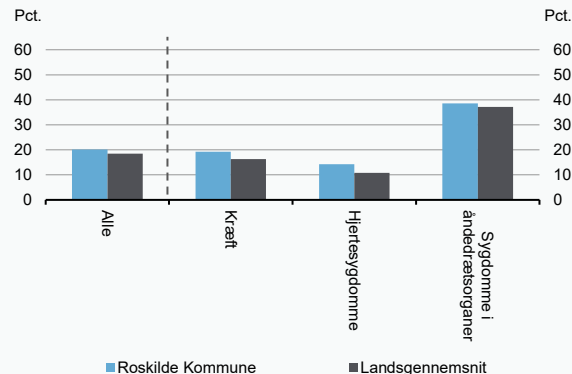
**Figur 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemodtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejhjemsbeboere, 2018-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehuseophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehuseophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**



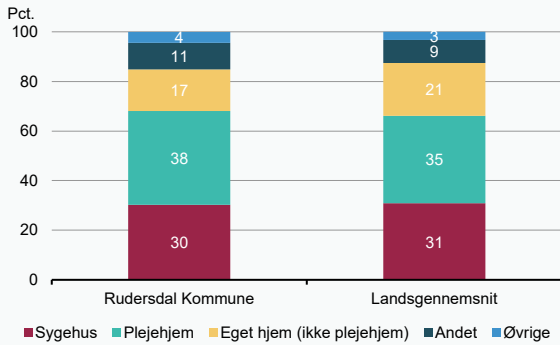
Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle er på kommuneniveau skyldes det enten diskretionssyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehuseophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionssyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

# Rudersdal Kommune

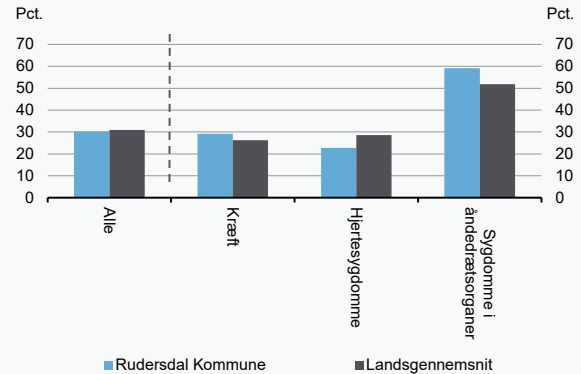
**Figur 1**

**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



**Figur 2**

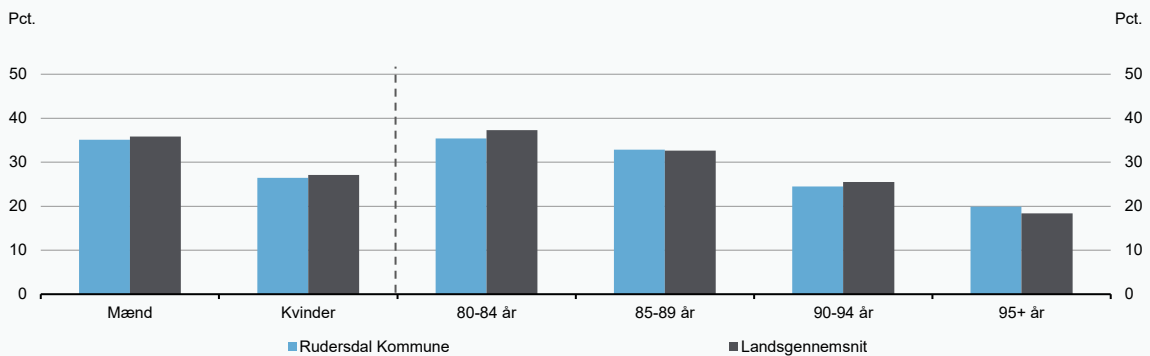
**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

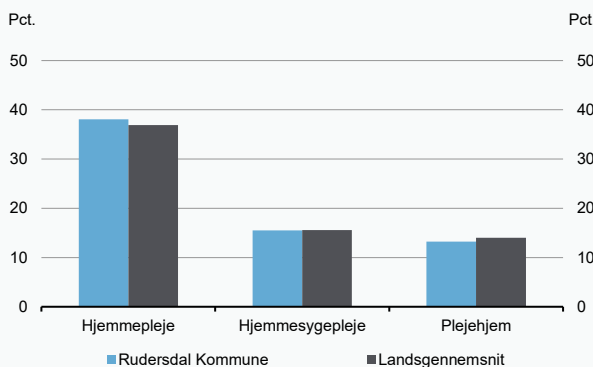


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

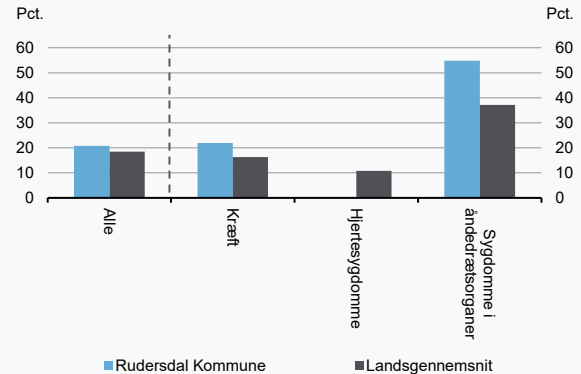
**Figur 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemodtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejehjemsbeboere, 2018-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehuseophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehuseophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**



Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle er på kommuneniveau skyldes det enten diskretionssyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehuseophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionssyn.

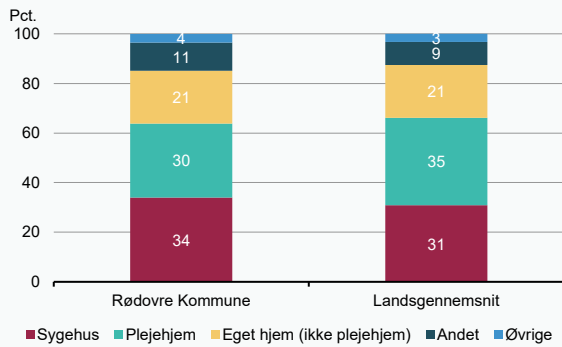
Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.



# Rødovre Kommune

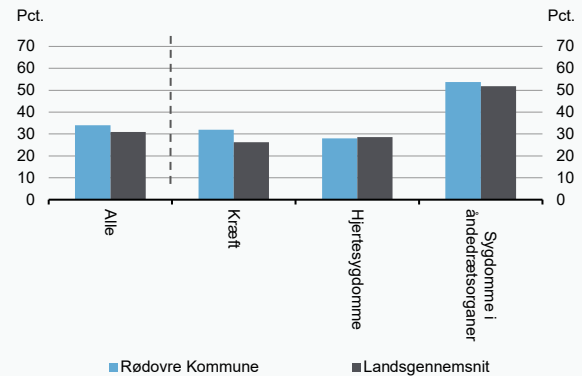
**Figur 1**

**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



**Figur 2**

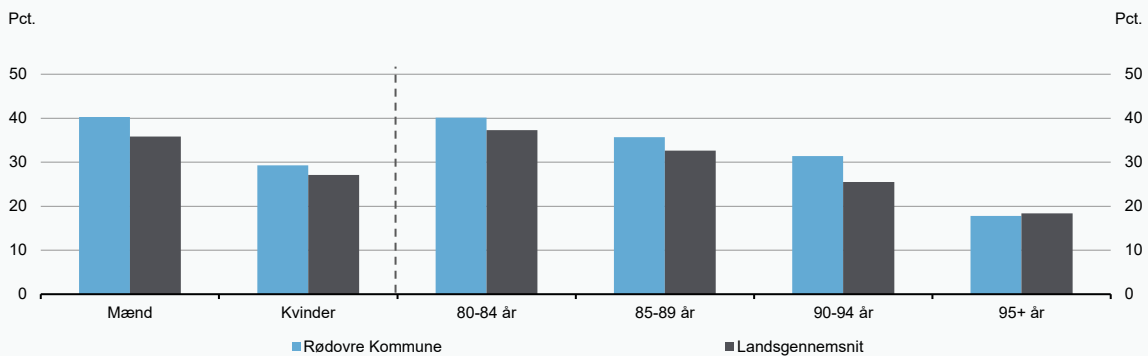
**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

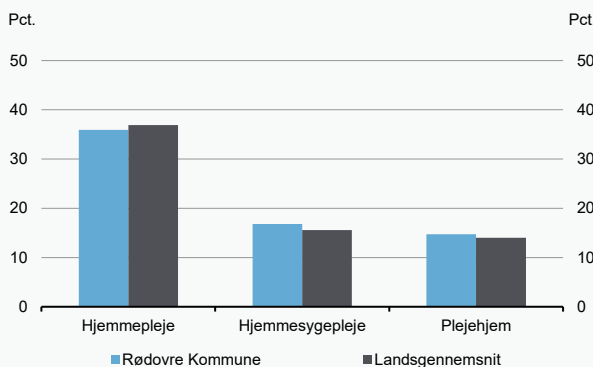


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

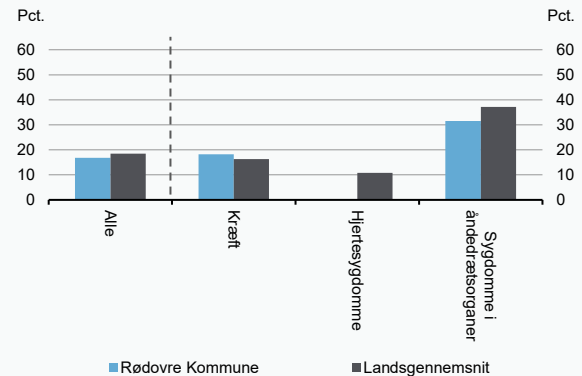
**Figur 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemodtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejhjemsbeboere, 2018-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehuseophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehuseophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**



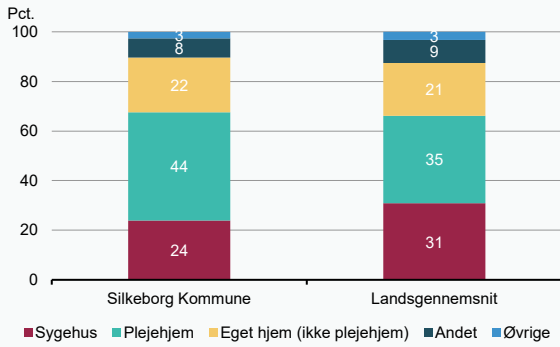
Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle er på kommuneniveau skyldes det enten diskretionssyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehuseophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionssyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

# Silkeborg Kommune

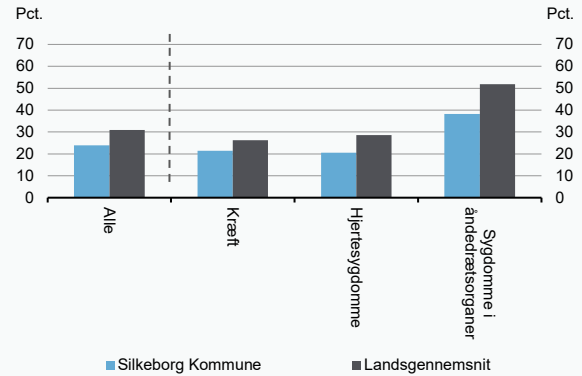
**Figur 1**

**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



**Figur 2**

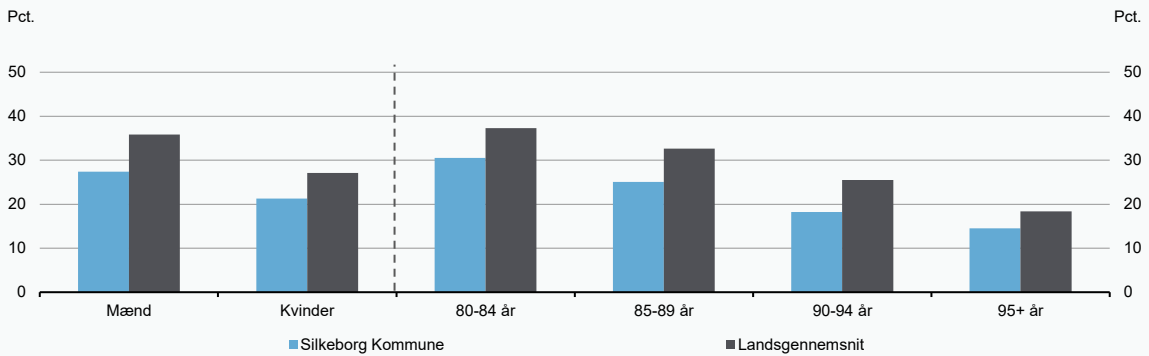
**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

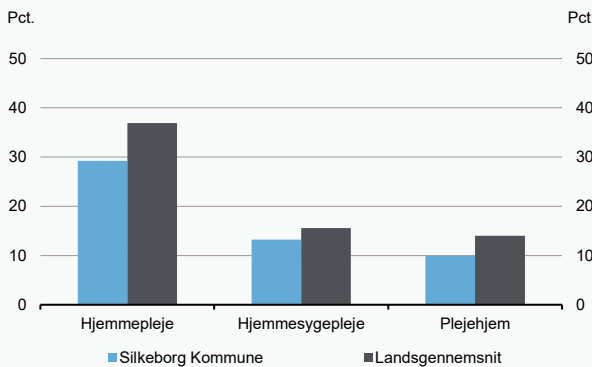


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

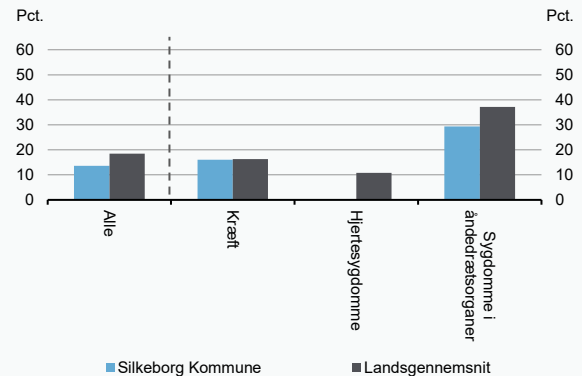
**Figur 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemodtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejehjemsbeboere, 2018-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehuseophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehuseophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**



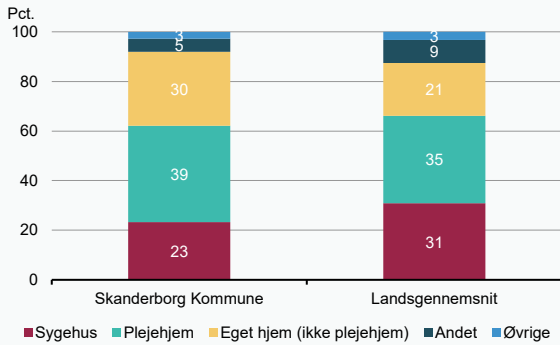
Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle er på kommuneniveau skyldes det enten diskretionssyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehuseophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionssyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

# Skanderborg Kommune

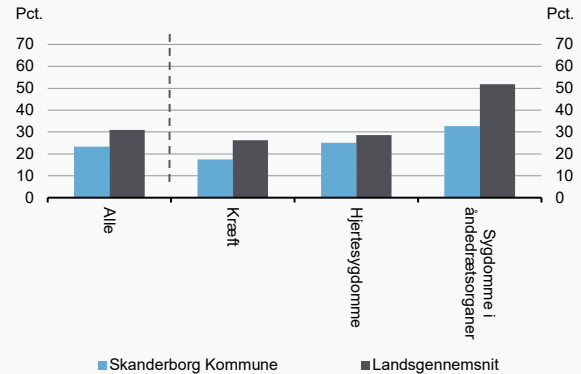
**Figur 1**

**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



**Figur 2**

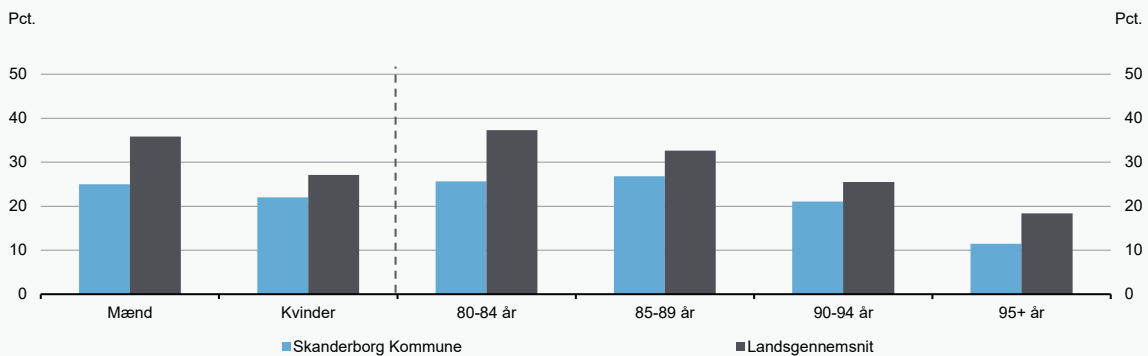
**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

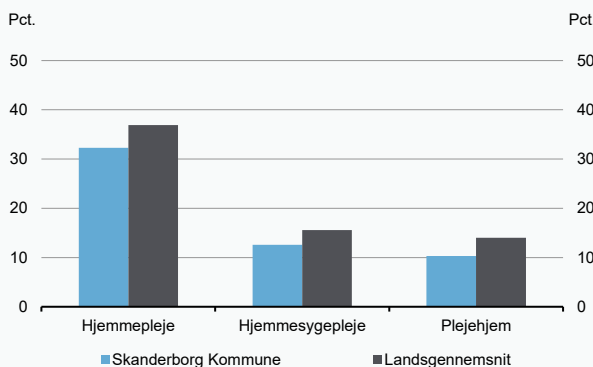


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

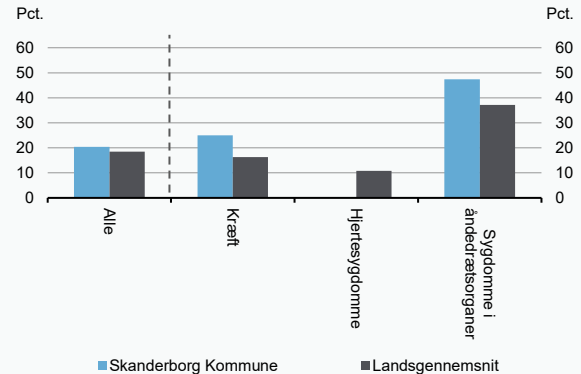
**Figur 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemodtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejehjemsbeboere, 2018-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehusophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehusophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**

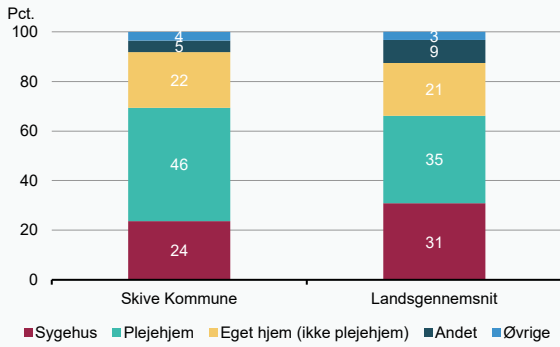


Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle er på kommuneniveau skyldes det enten diskretionssyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehusophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionssyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

**Figur 1**

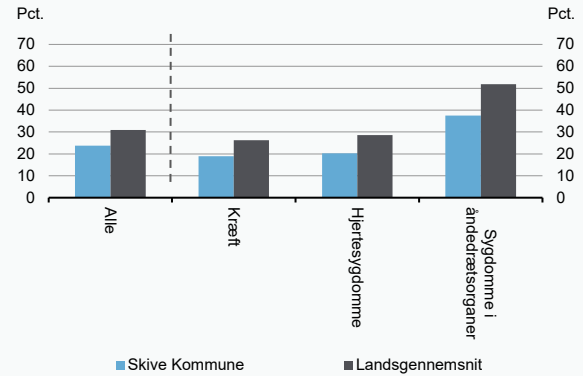
**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

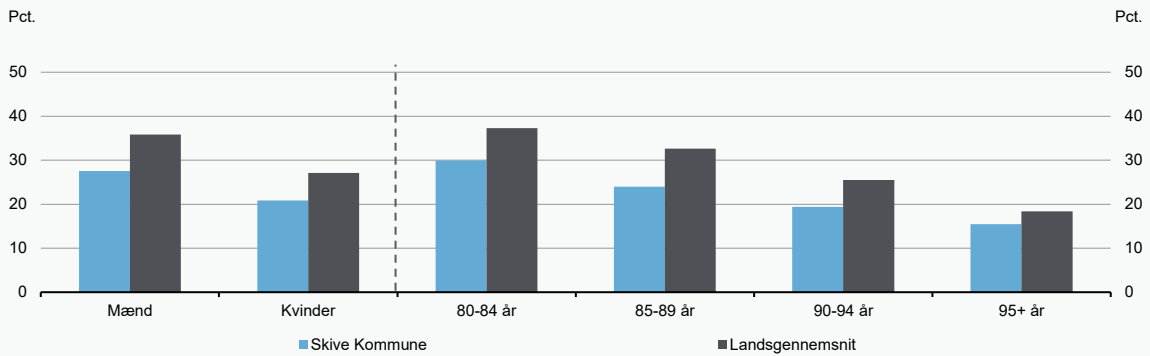
**Figur 2**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



**Figur 3**

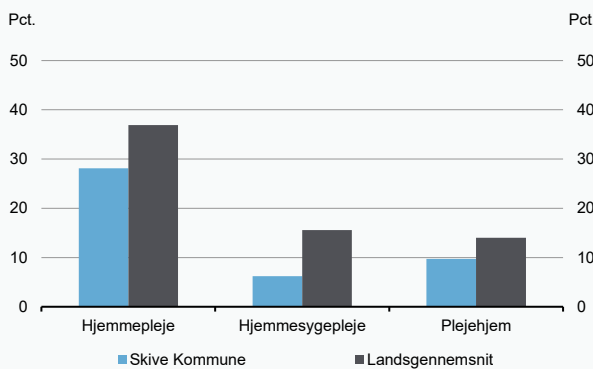
**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**



Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.  
Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

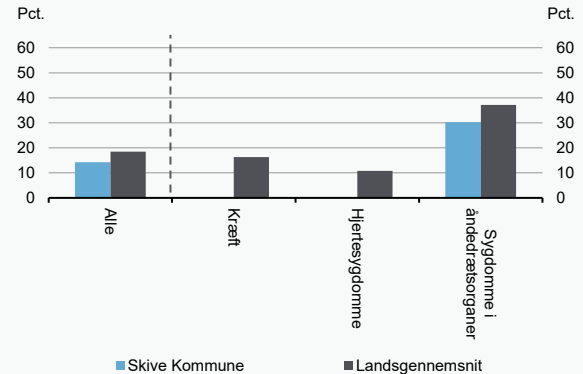
**Figur 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemodtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejehjemsbeboere, 2018-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehuseophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehuseophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**

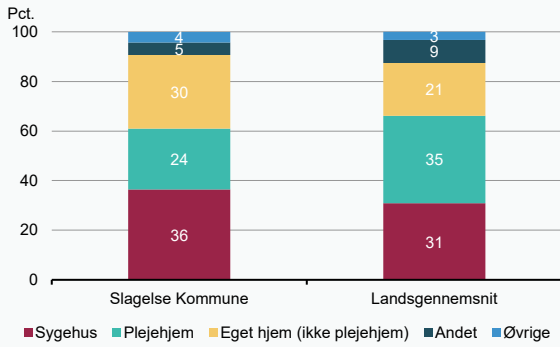


Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle er på kommuneniveau skyldes det enten diskretionssyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehuseophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionssyn.  
Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

# Slagelse Kommune

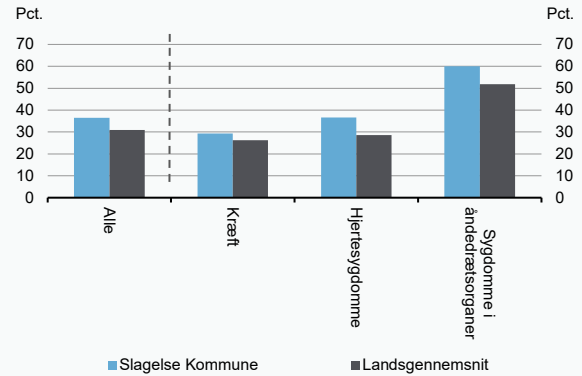
**Figur 1**

**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



**Figur 2**

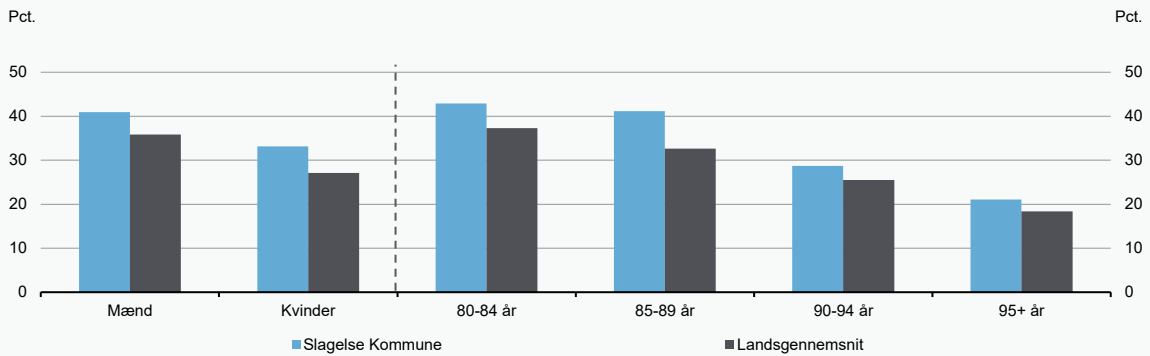
**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

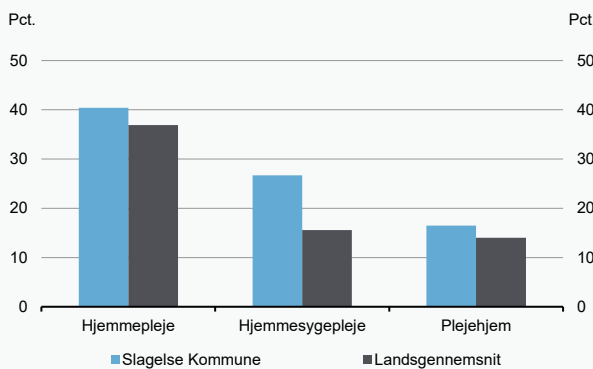


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

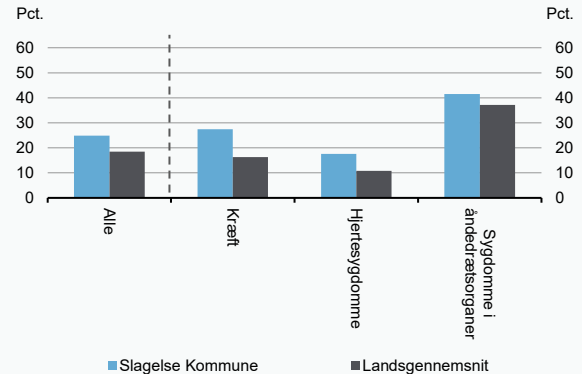
**Figur 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemodtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejehjemsbeboere, 2018-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehuseophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehuseophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**



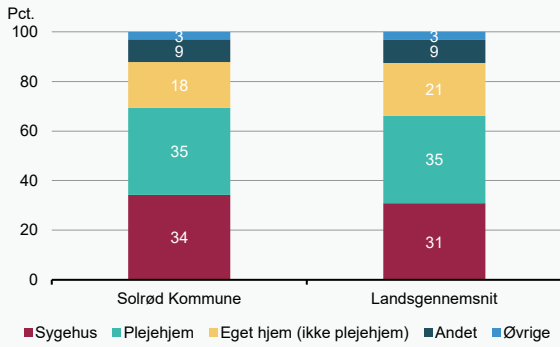
Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle er på kommuneniveau skyldes det enten diskretionssyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehuseophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionssyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

# Solrød Kommune

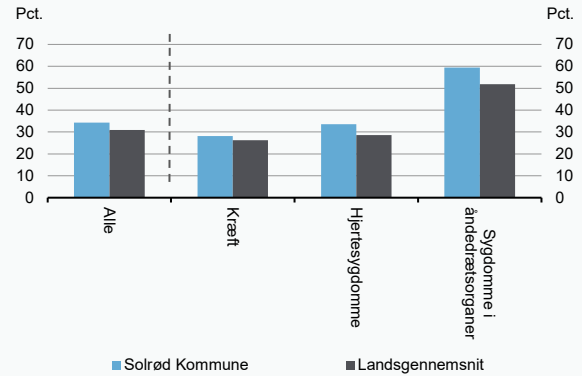
**Figur 1**

**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



**Figur 2**

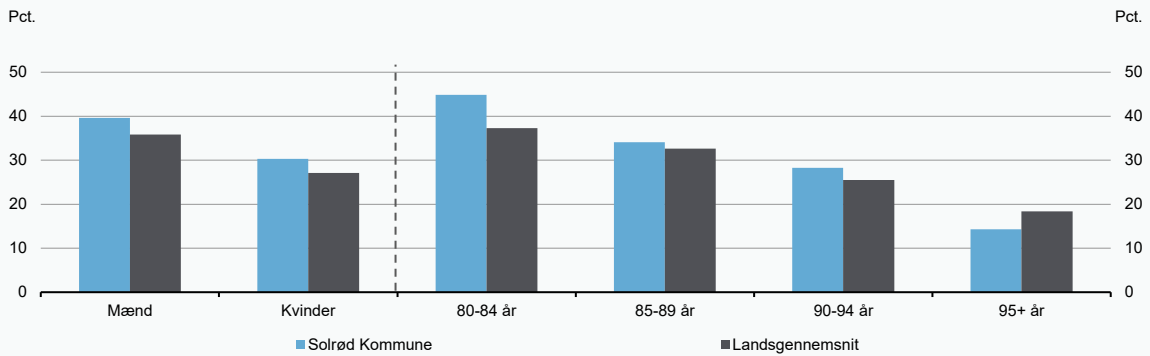
**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

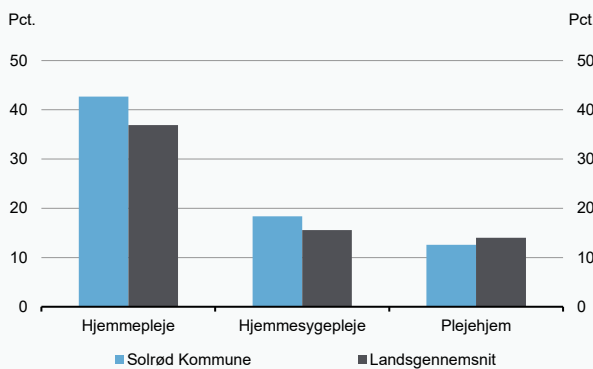


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

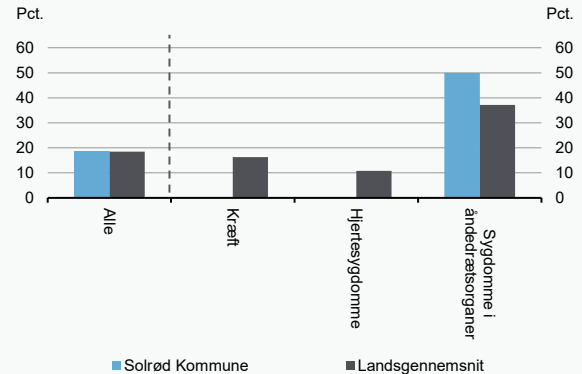
**Figur 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemedtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejhjemsbeboere, 2018-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehuseophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehuseophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**

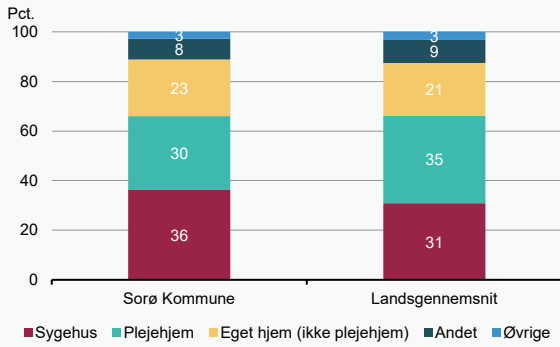


Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle er på kommuneniveau skyldes det enten diskretionssyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehuseophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionssyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

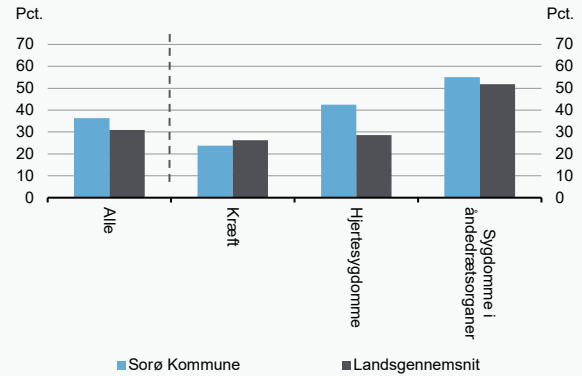
**Figur 1**

**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



**Figur 2**

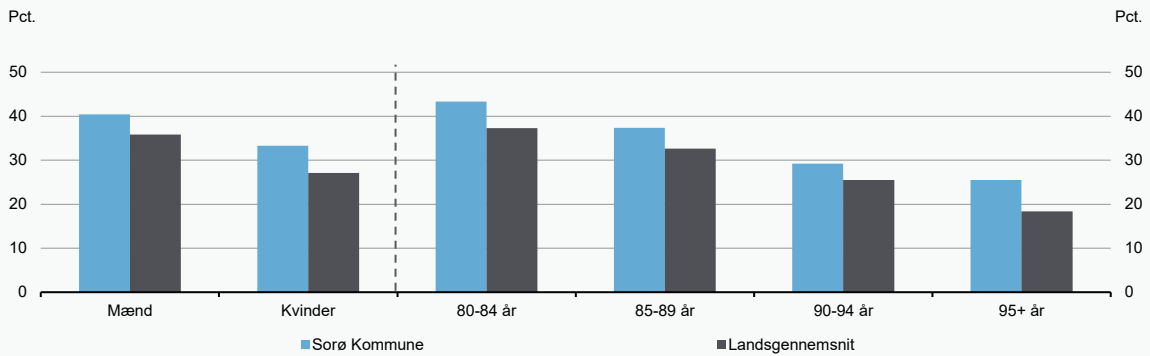
**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

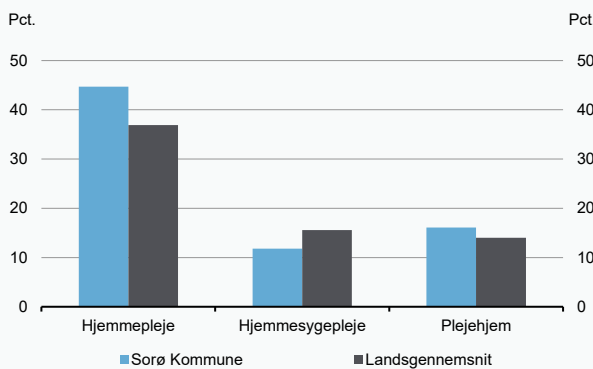


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

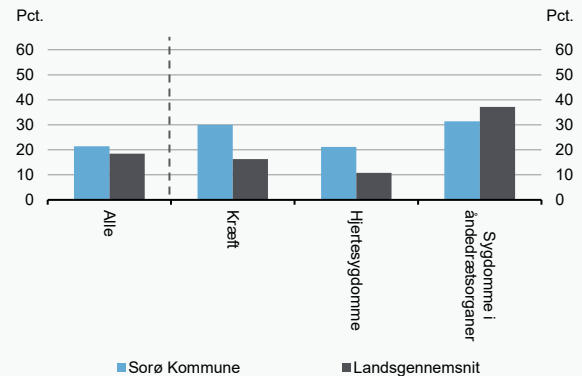
**Figur 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemodtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejehjemsbeboere, 2018-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehuseophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehuseophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**



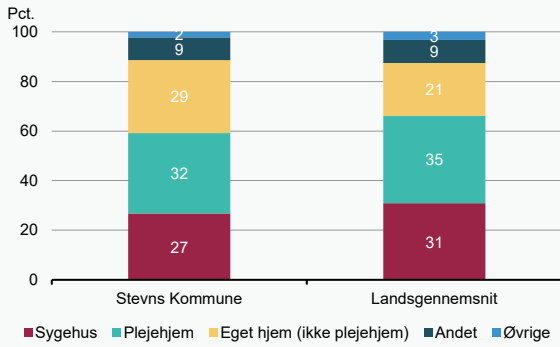
Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle er på kommuneniveau skyldes det enten diskretionshensyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehuseophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionshensyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

# Stevns Kommune

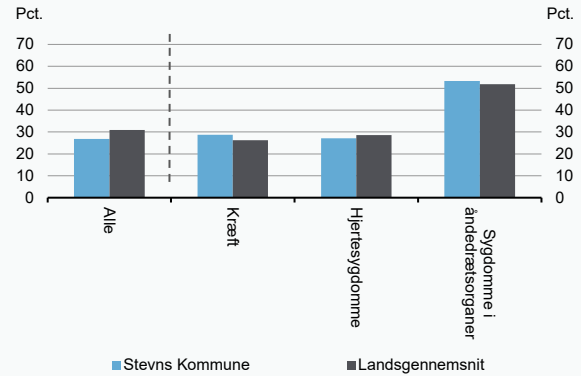
**Figur 1**

**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



**Figur 2**

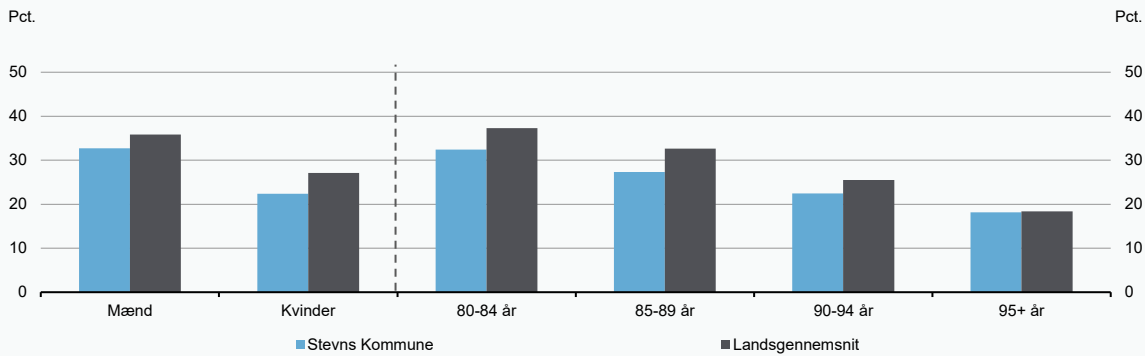
**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

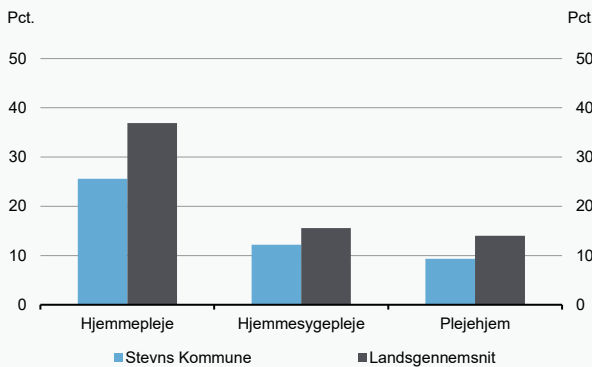


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

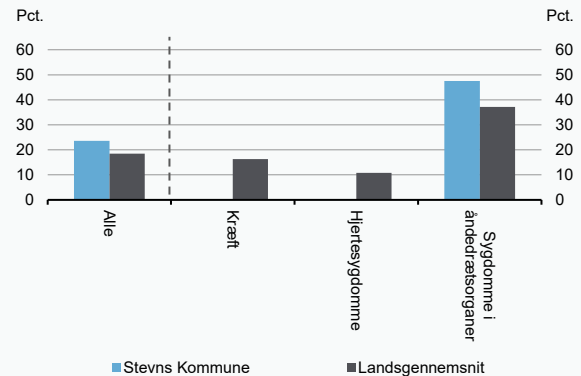
**Figur 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemodtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejhjemsbeboere, 2018-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehuseophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehuseophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**



Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle er på kommuneniveau skyldes det enten diskretionshensyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehuseophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionshensyn.

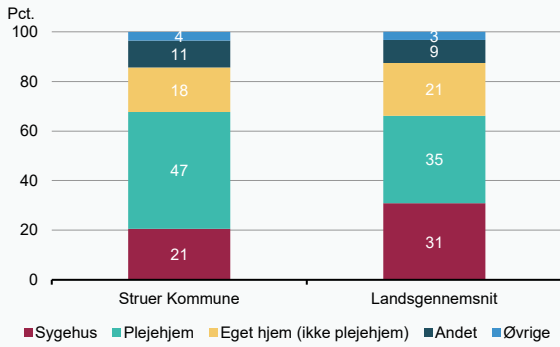
Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.



# Struer Kommune

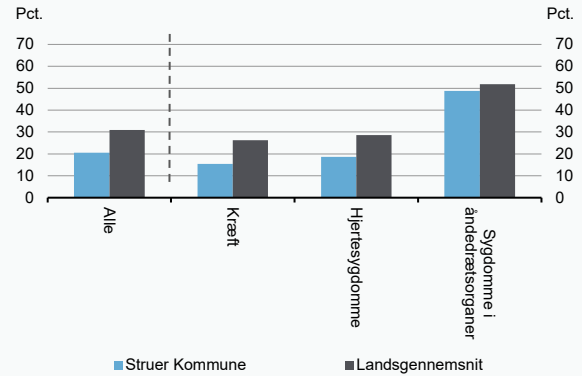
**Figur 1**

**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



**Figur 2**

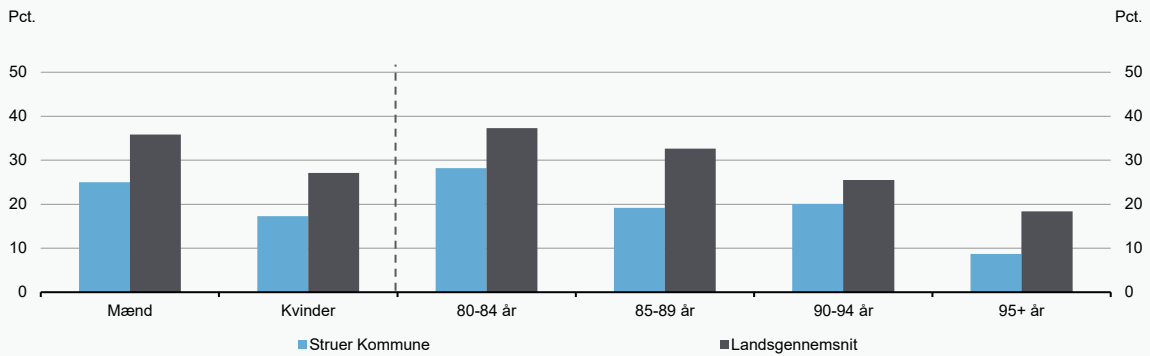
**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

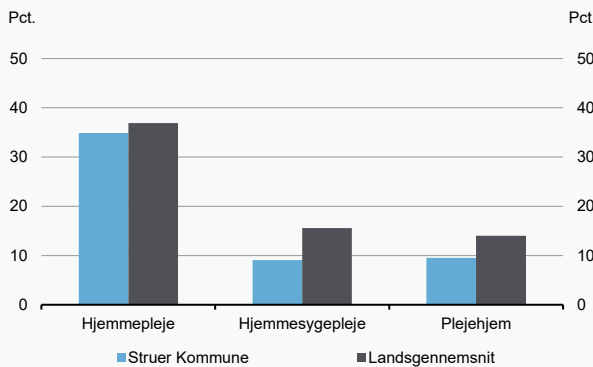


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

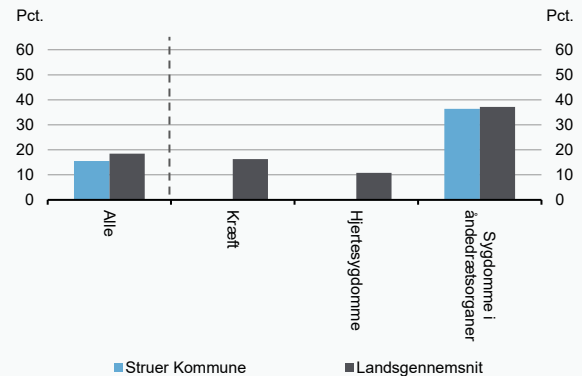
**Figur 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemodtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejehjemsbeboere, 2018-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehuseophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehuseophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**



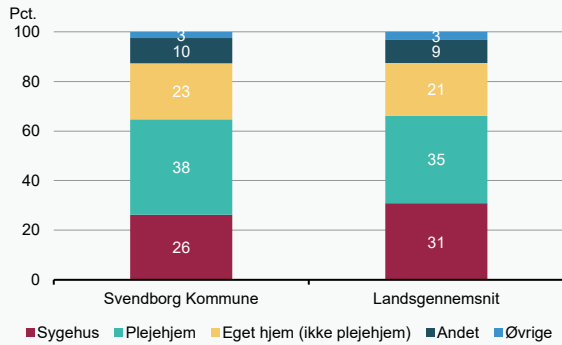
Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle på kommuneniveau skyldes det enten diskretionssyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehuseophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionssyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

# Svendborg Kommune

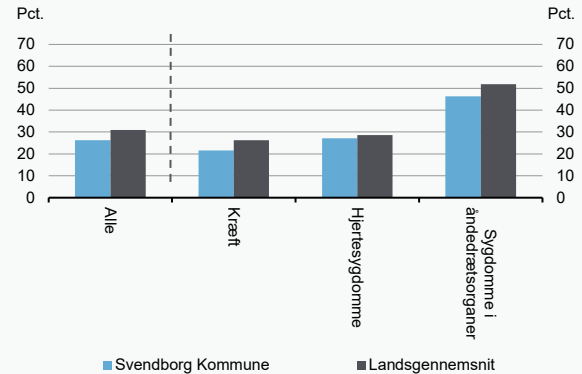
**Figur 1**

**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



**Figur 2**

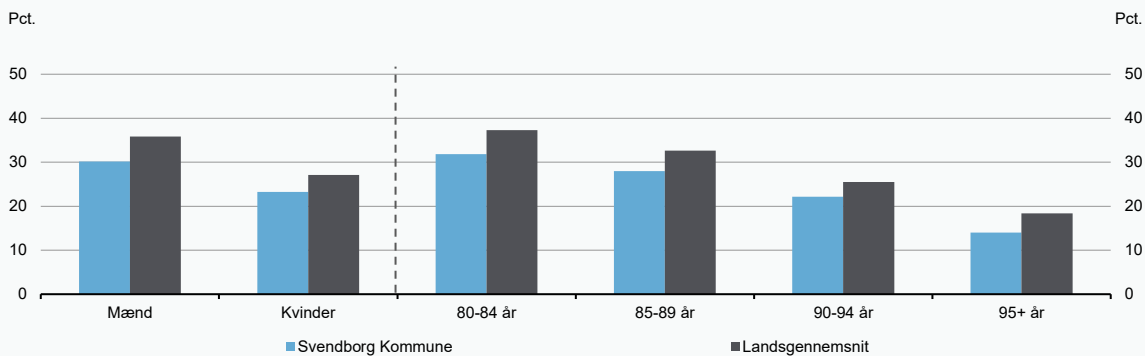
**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

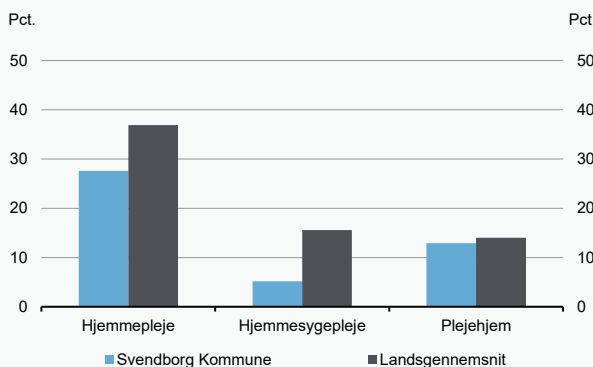


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

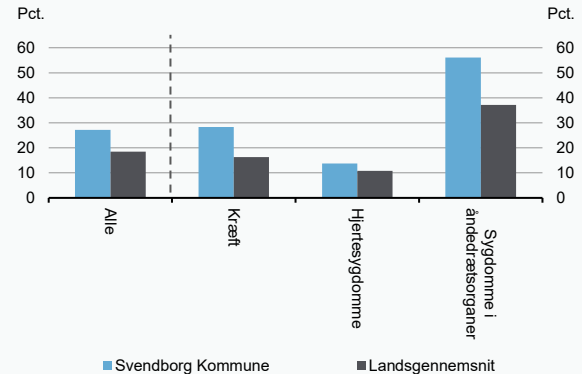
**Figur 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemodtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejhjemsbeboere, 2018-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehuseophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehuseophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**



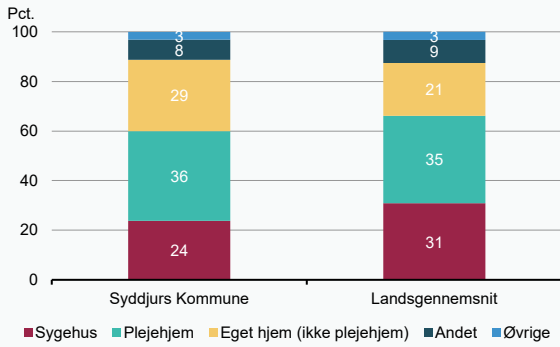
Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle er på kommuneniveau skyldes det enten diskretionssyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehuseophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionssyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

# Syddjurs Kommune

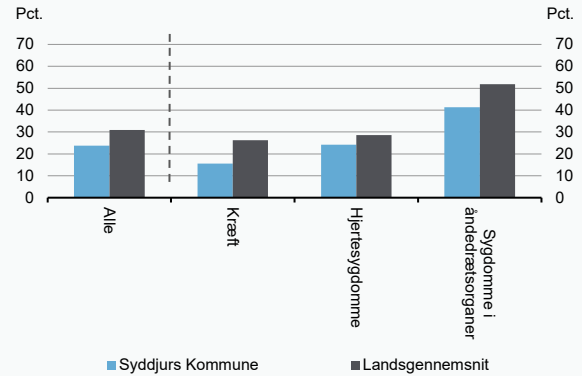
**Figur 1**

**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



**Figur 2**

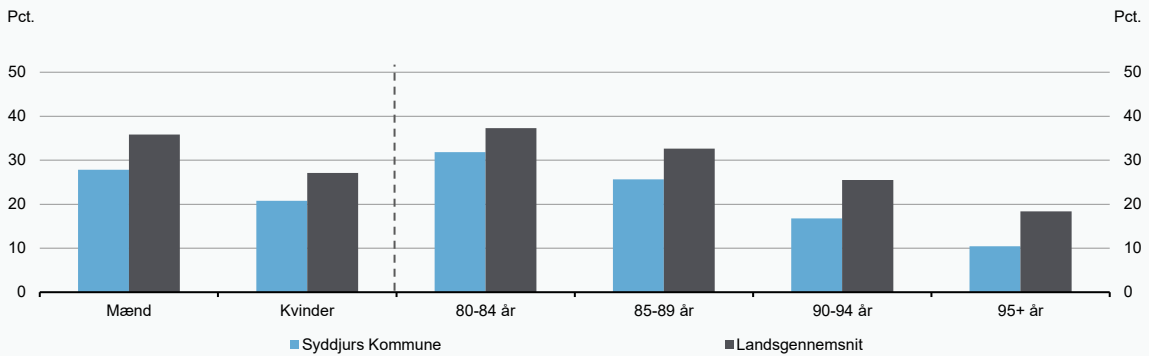
**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

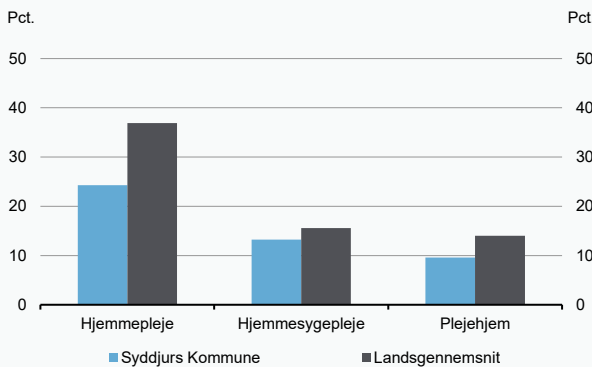


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

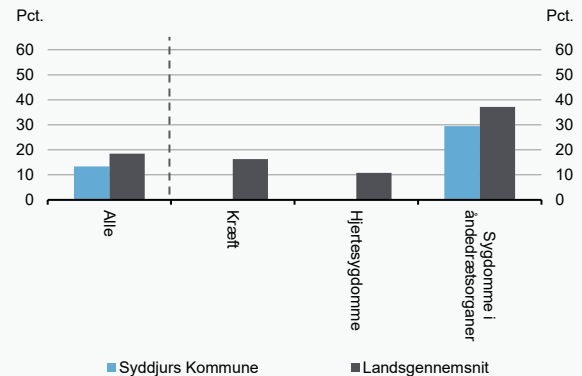
**Figur 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemodtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejehjemsbeboere, 2018-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehuseophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehuseophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**



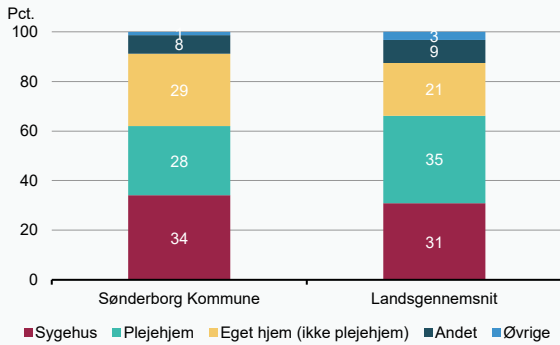
Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle er på kommuneniveau skyldes det enten diskretionssyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehuseophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionssyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

# Sønderborg Kommune

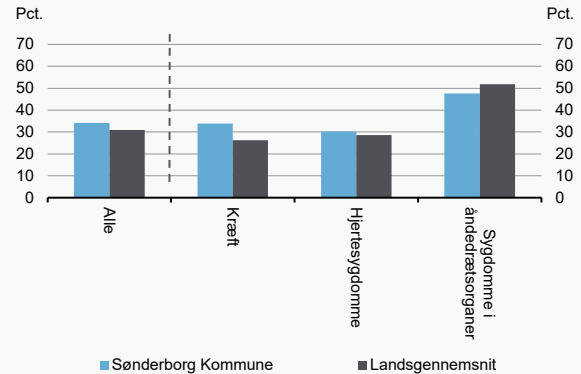
**Figur 1**

**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



**Figur 2**

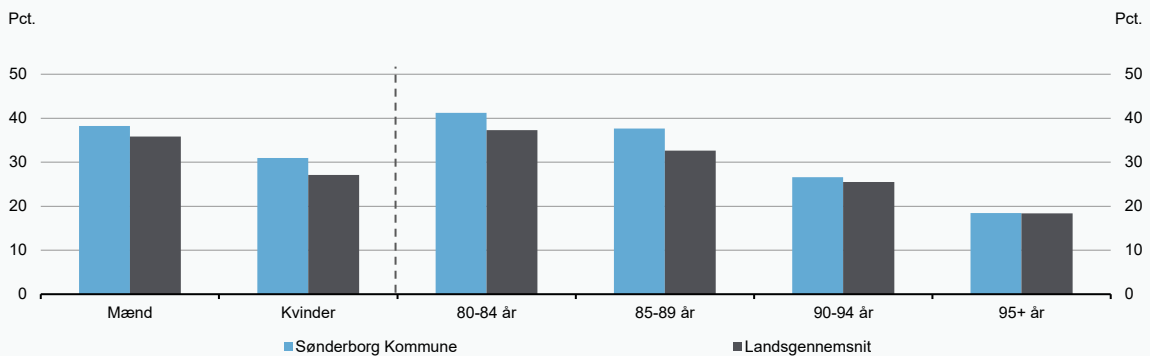
**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

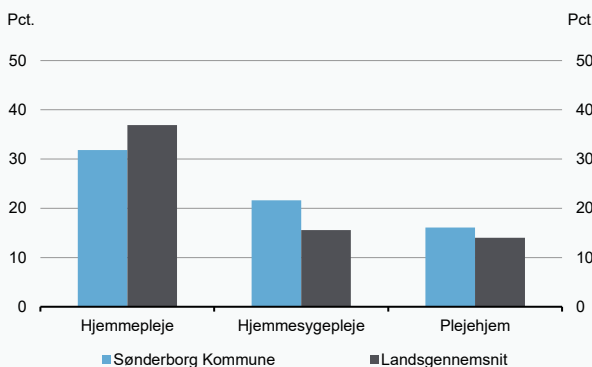


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

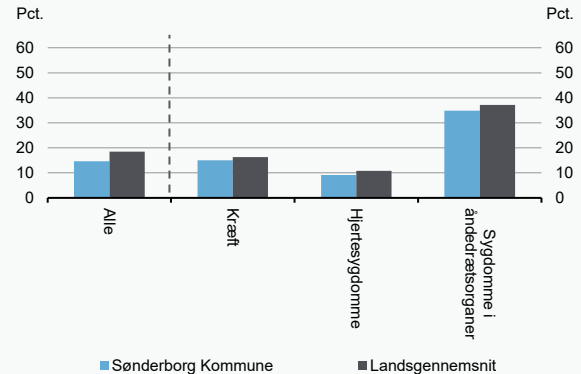
**Figur 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmepleje, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejehjemsbeboere, 2018-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehuseophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehuseophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**



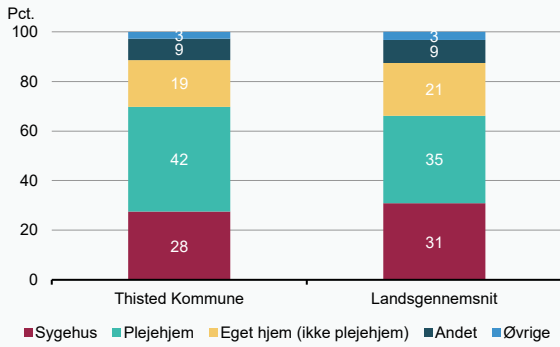
Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle er på kommuneniveau skyldes det enten diskretionssyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehuseophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionssyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

# Thisted Kommune

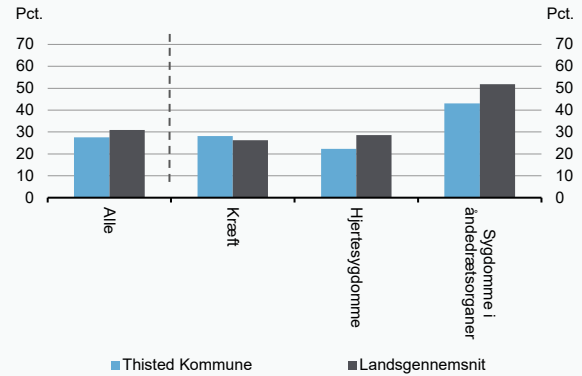
**Figur 1**

**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



**Figur 2**

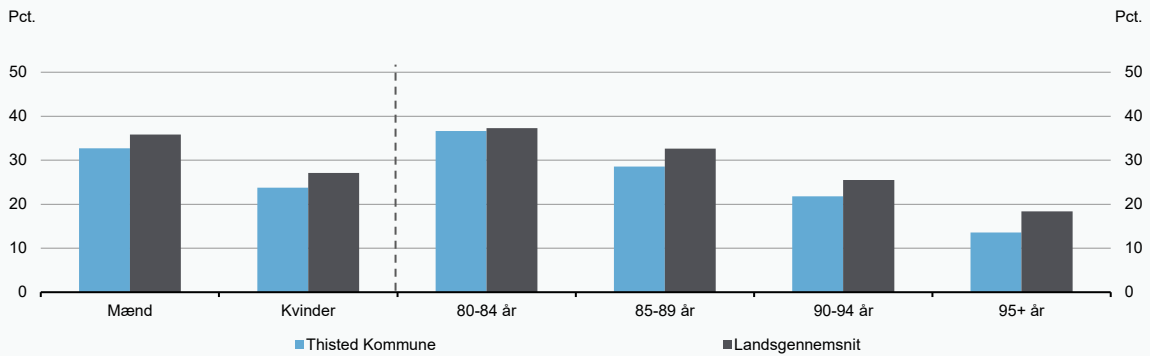
**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

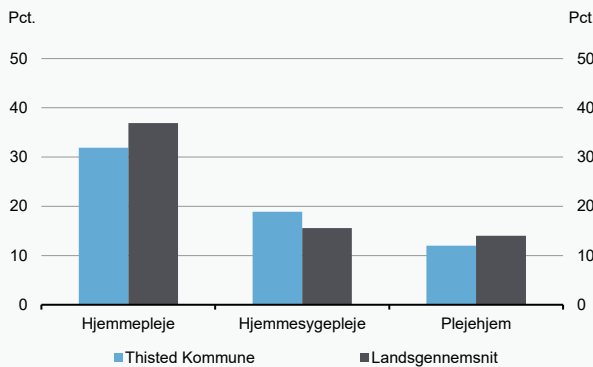


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

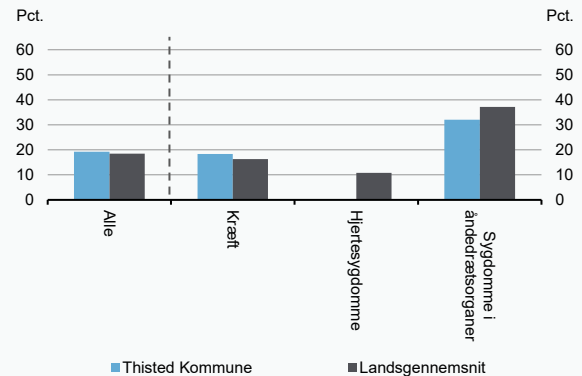
**Figur 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemodtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejhjemsbeboere, 2018-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehuseophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehuseophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**



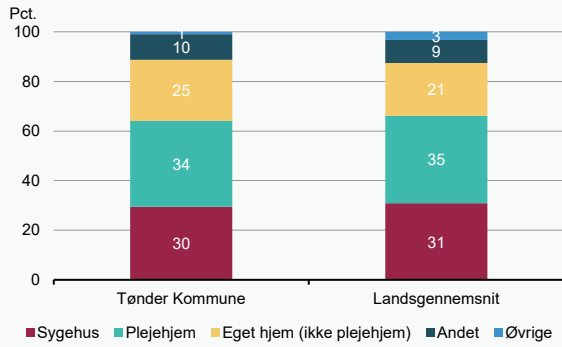
Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle er på kommuneniveau skyldes det enten diskretionssyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehuseophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionssyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

# Tønder Kommune

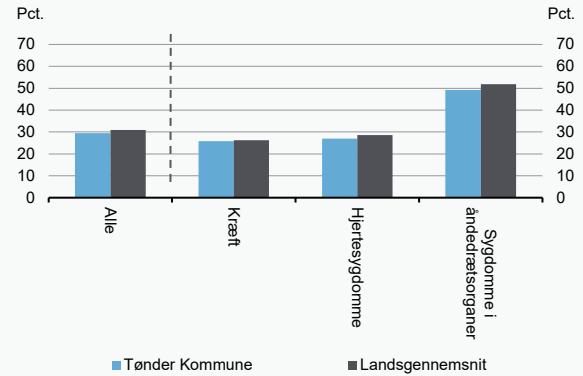
**Figur 1**

**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



**Figur 2**

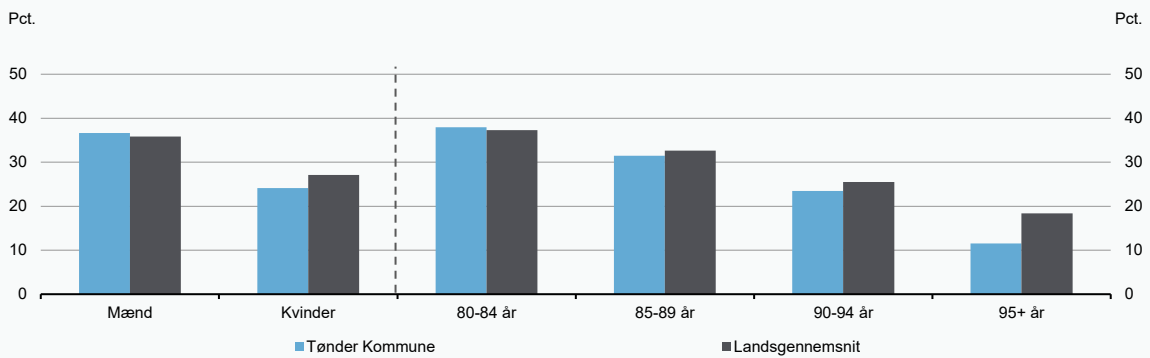
**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

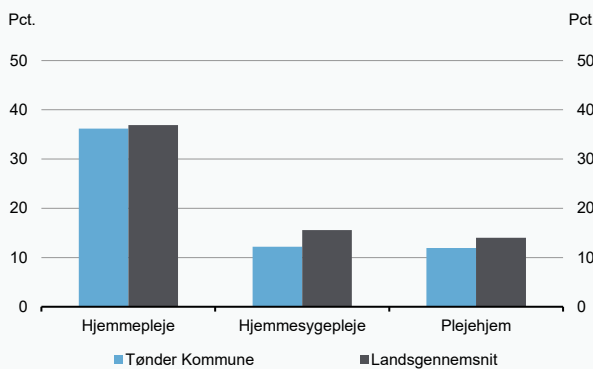


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

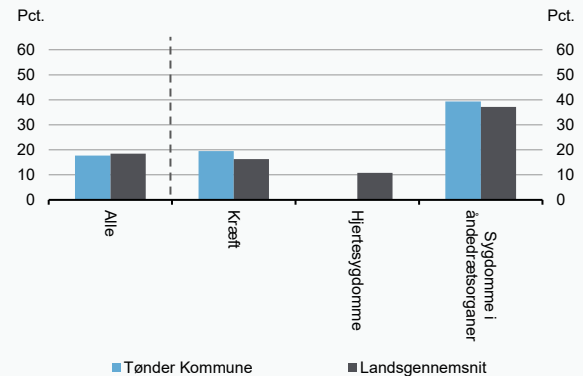
**Figur 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemedtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejehjemsbeboere, 2018-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehuseophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehuseophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**

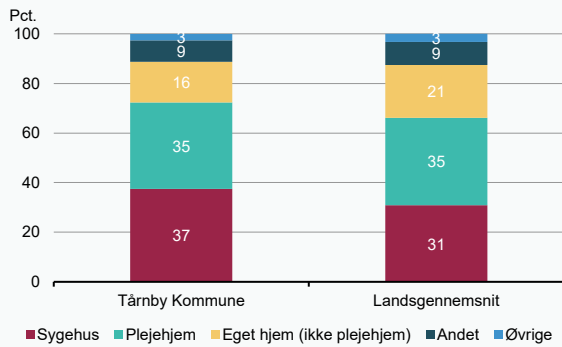


Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle er på kommuneniveau skyldes det enten diskretionssyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehuseophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionssyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

**Figur 1**

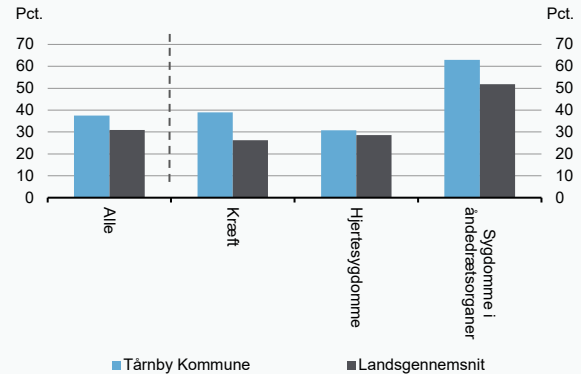
**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

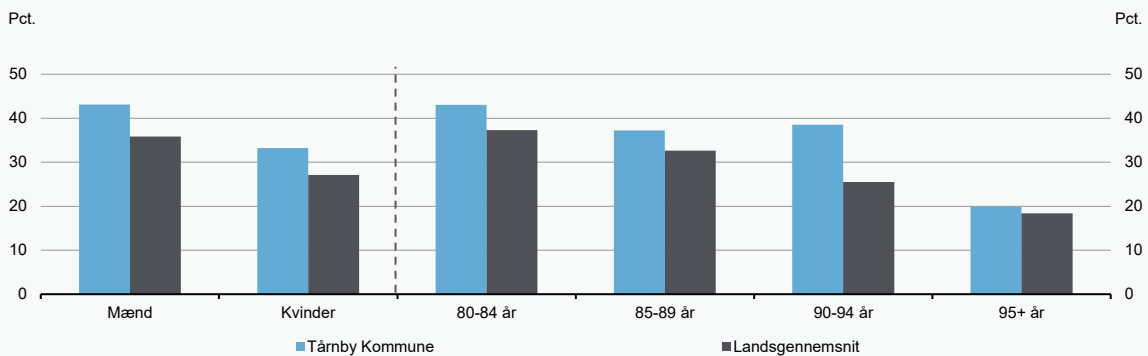
**Figur 2**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

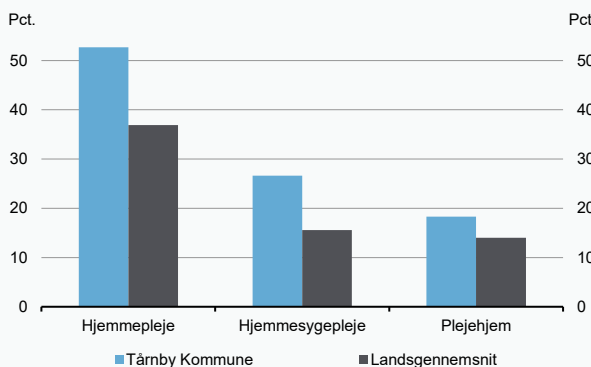


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

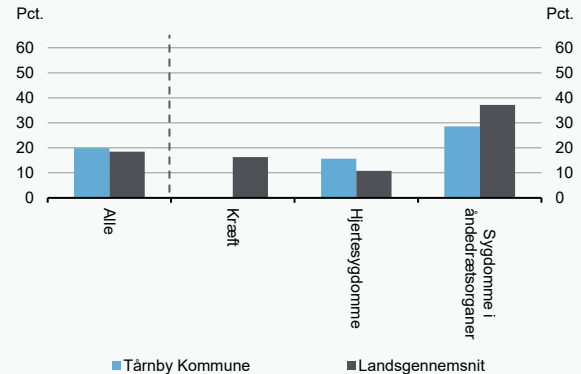
**Figur 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemodtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejehjemsbeboere, 2018-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehuseophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehuseophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**



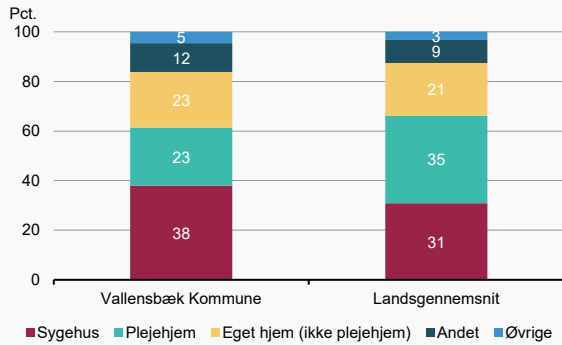
Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle er på kommuneniveau skyldes det enten diskretionssyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehuseophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionssyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

# Vallensbæk Kommune

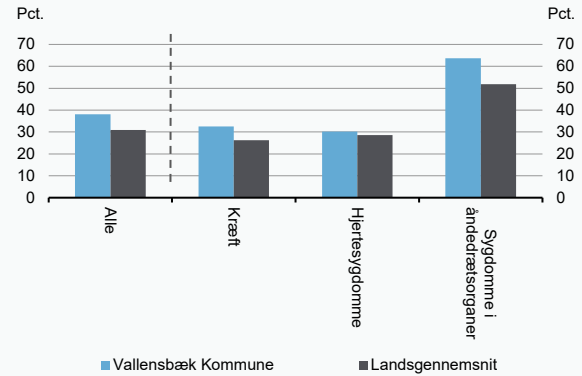
**Figur 1**

**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



**Figur 2**

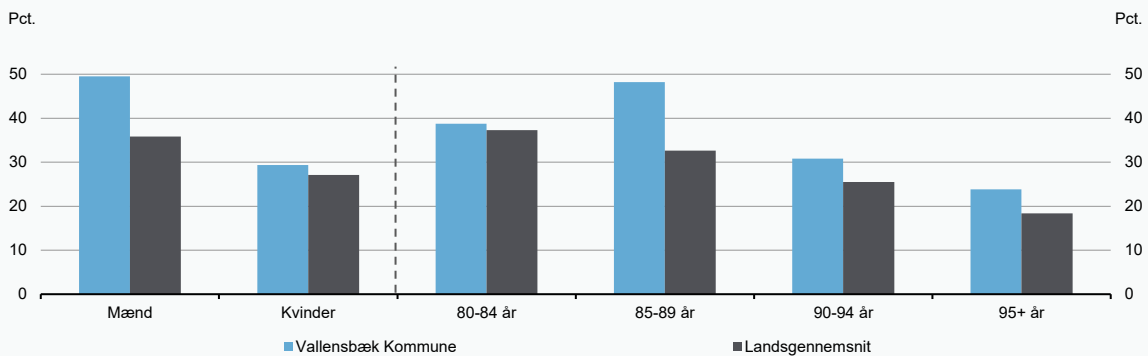
**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

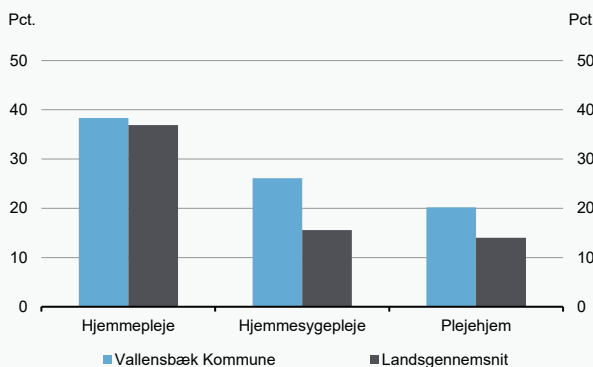


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

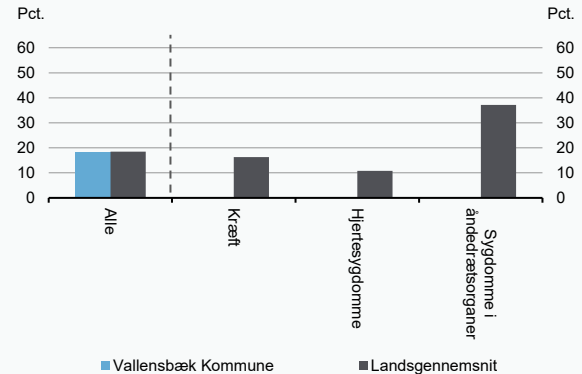
**Figur 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemodtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejehjemsbeboere, 2018-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehuseophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehuseophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**



Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle er på kommuneniveau skyldes det enten diskretionssyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehuseophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionssyn.

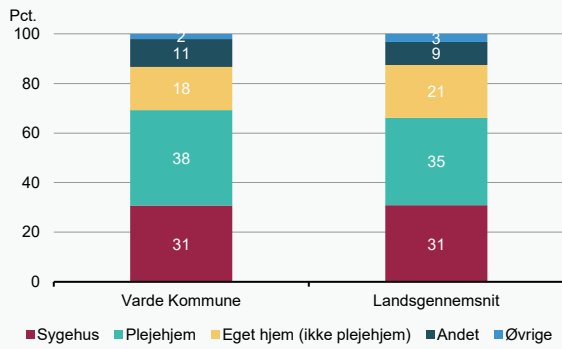
Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.



# Varde Kommune

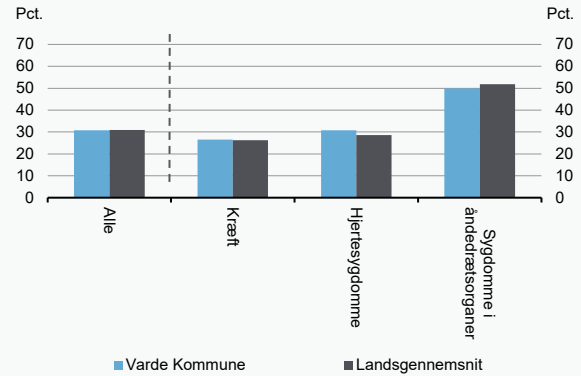
**Figur 1**

**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



**Figur 2**

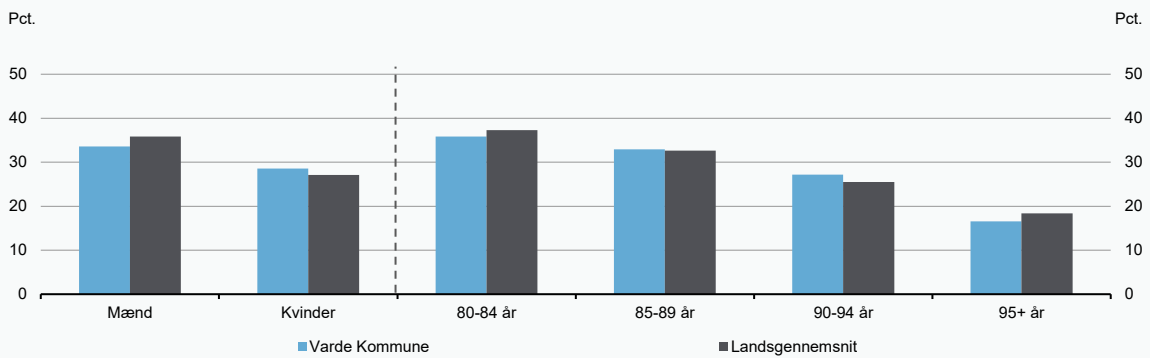
**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

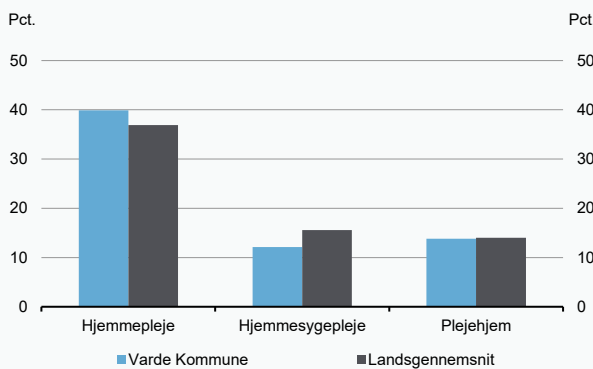


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

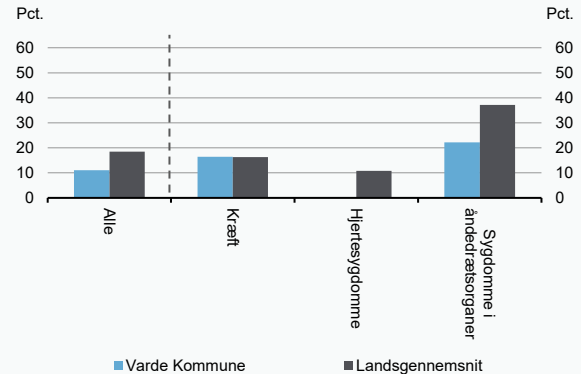
**Figur 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemodtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejehjemsbeboere, 2018-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehuseophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehuseophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**



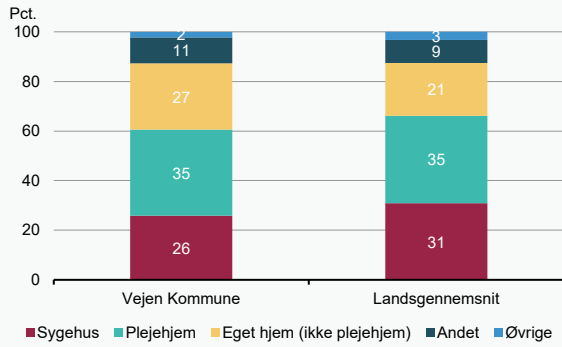
Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle er på kommuneniveau skyldes det enten diskretionssyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehuseophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionssyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

# Vejen Kommune

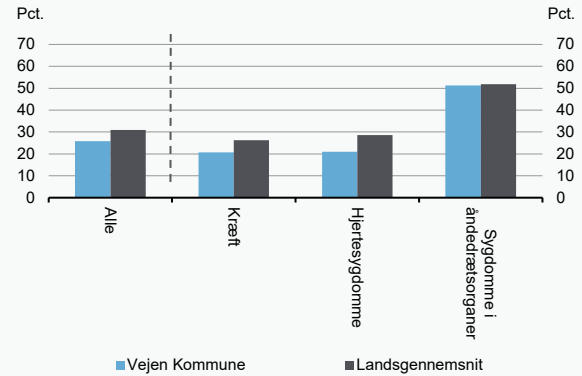
**Figur 1**

**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



**Figur 2**

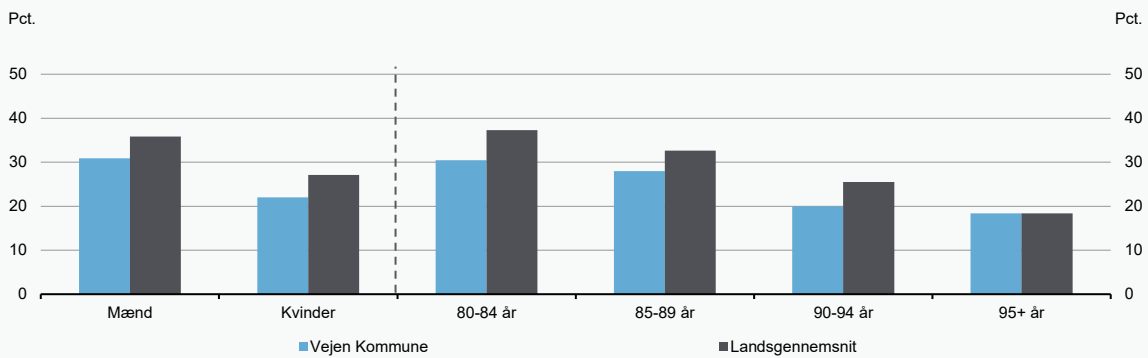
**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

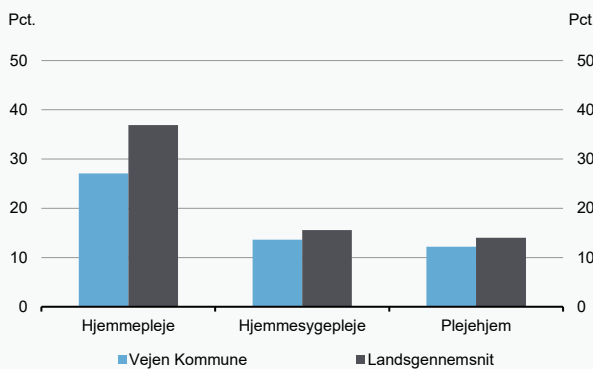


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

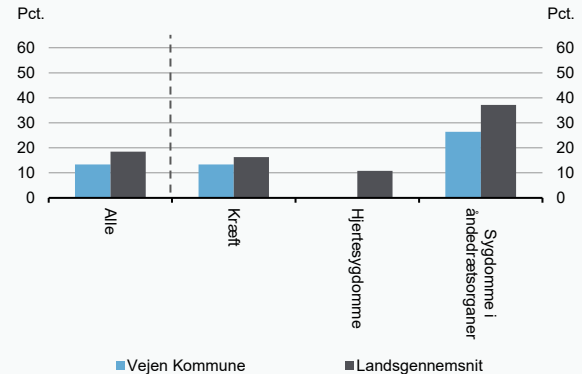
**Figur 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemodtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejehjemsbeboere, 2018-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehuseophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehuseophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**



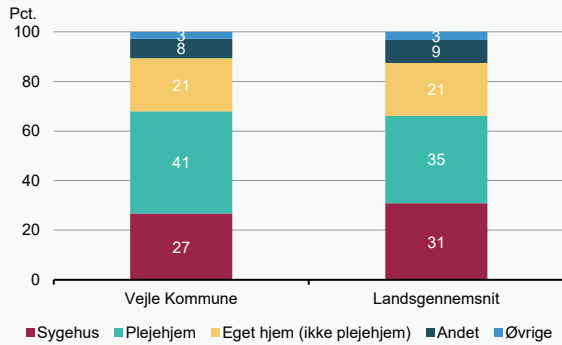
Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle er på kommuneniveau skyldes det enten diskretionssyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehuseophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionssyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

# Vejle Kommune

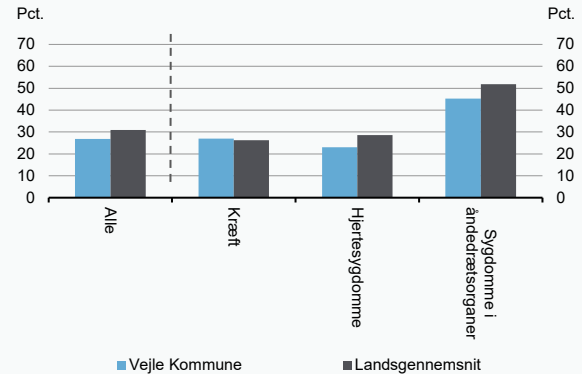
**Figur 1**

**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



**Figur 2**

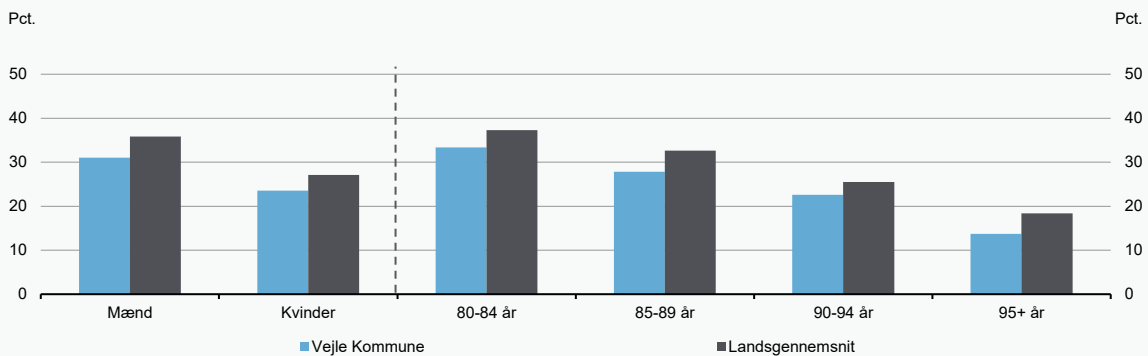
**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

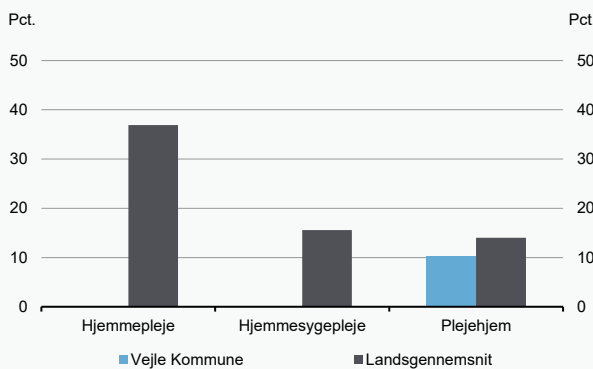


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

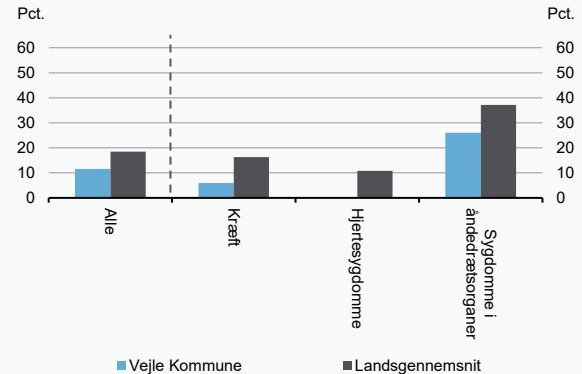
**Figur 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemodtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejehjemsbeboere, 2018-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehuseophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehuseophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**



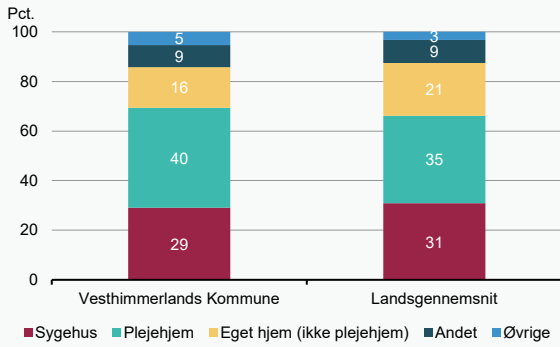
Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle er på kommuneniveau skyldes det enten diskretionssyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehuseophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionssyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

# Vesthimmerlands Kommune

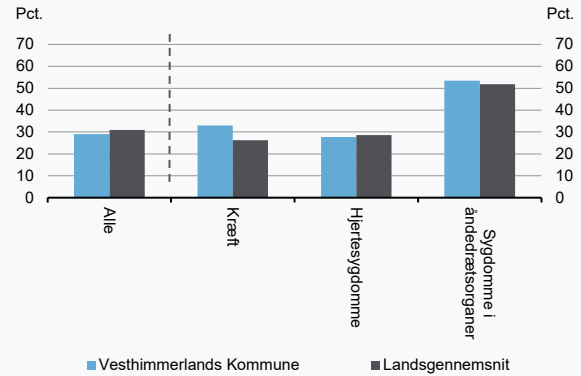
**Figur 1**

**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



**Figur 2**

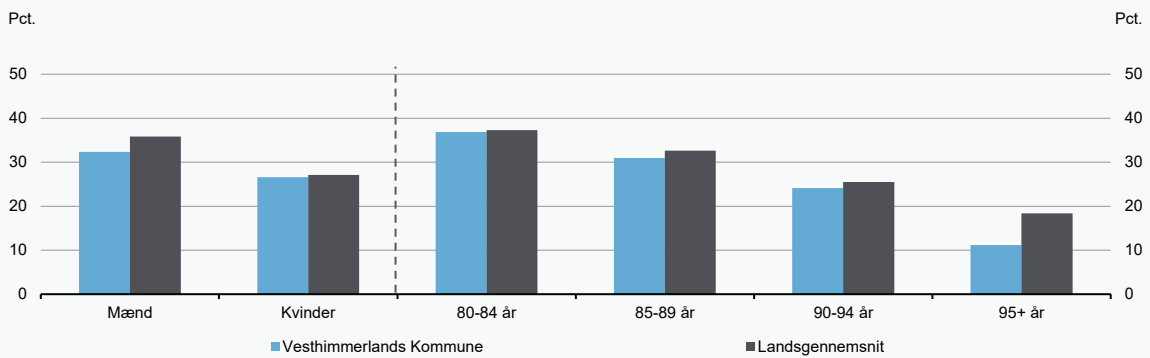
**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

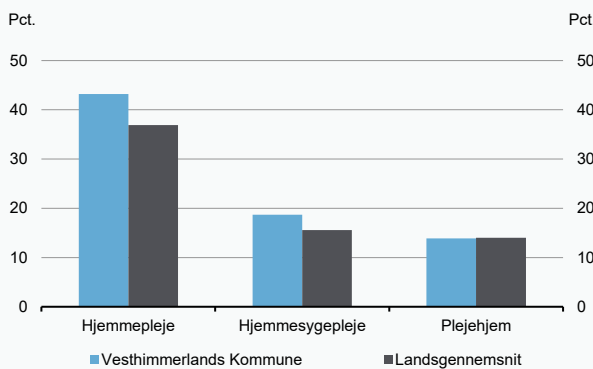


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

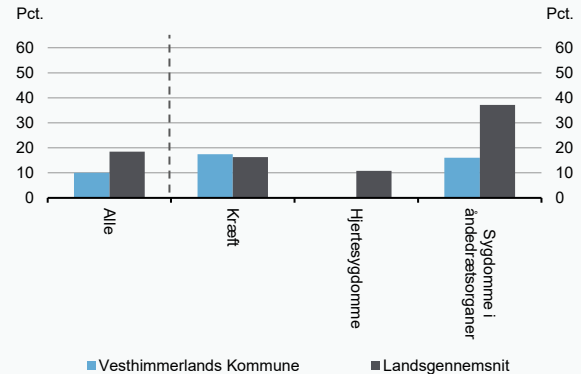
**Figur 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemedtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejehjemsbeboere, 2018-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehuseophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehuseophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**



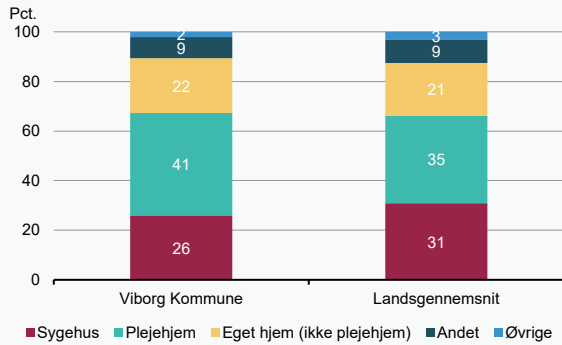
Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle er på kommuneniveau skyldes det enten diskretionssyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehuseophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionssyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

# Viborg Kommune

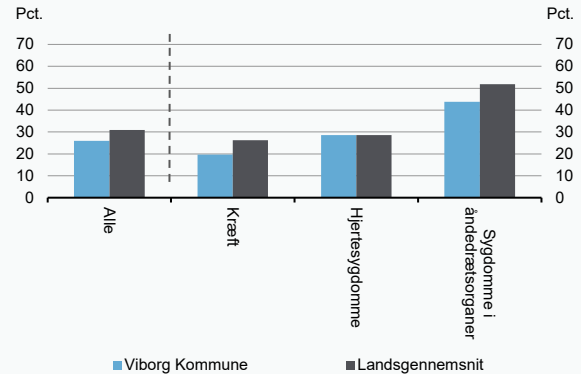
Figur 1

80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022



Figur 2

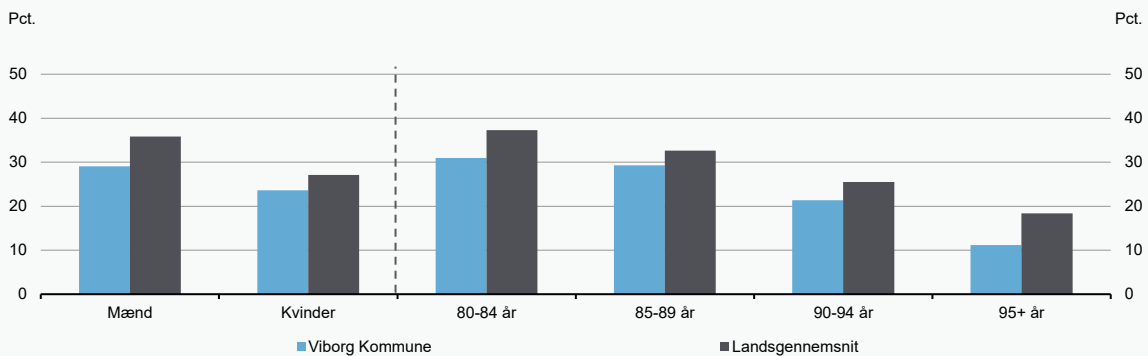
Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022

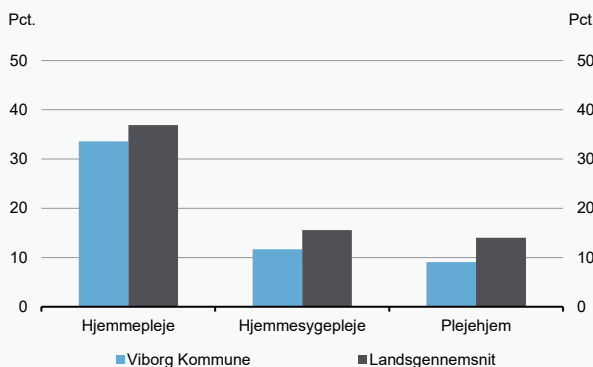


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

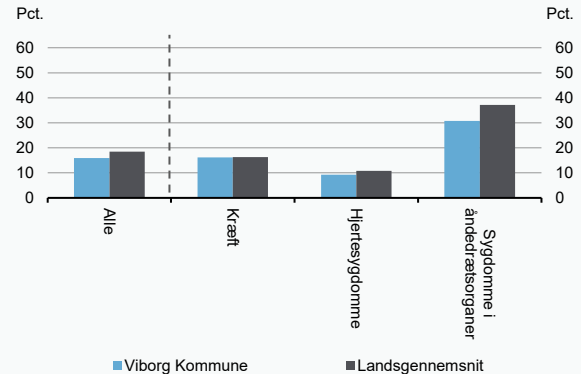
Figur 4

Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemodtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejehjemsbeboere, 2018-2022



Figur 5

Andelen af sygehuseophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehuseophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022



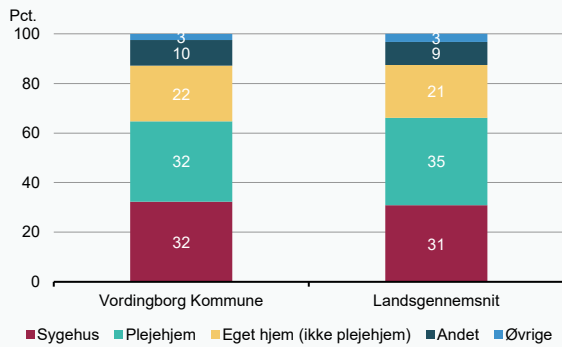
Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle er på kommuneniveau skyldes det enten diskretionshensyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehuseophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionshensyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

# Vordingborg Kommune

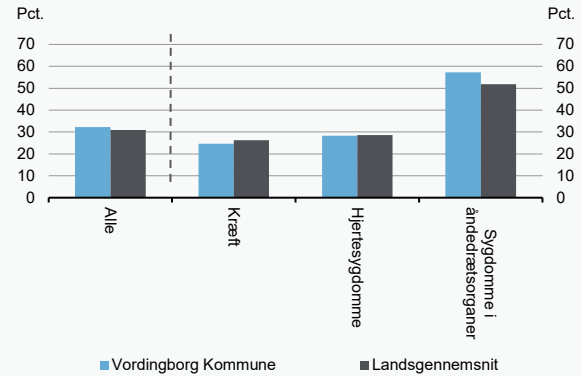
**Figur 1**

**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



**Figur 2**

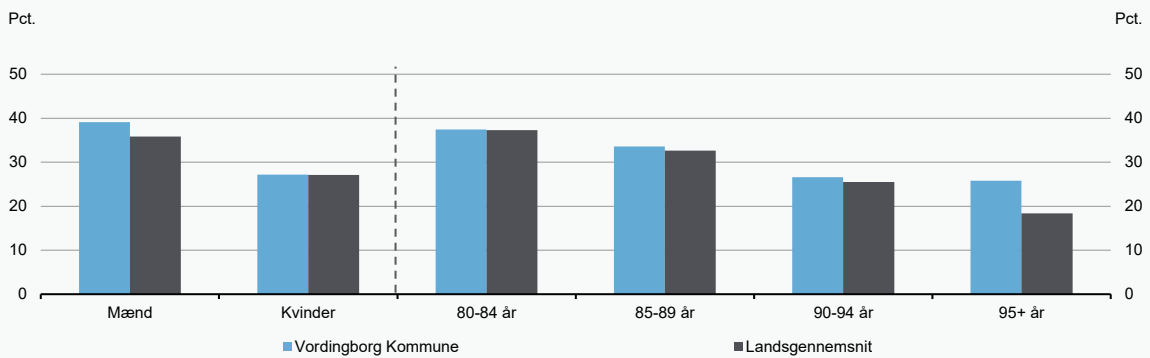
**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

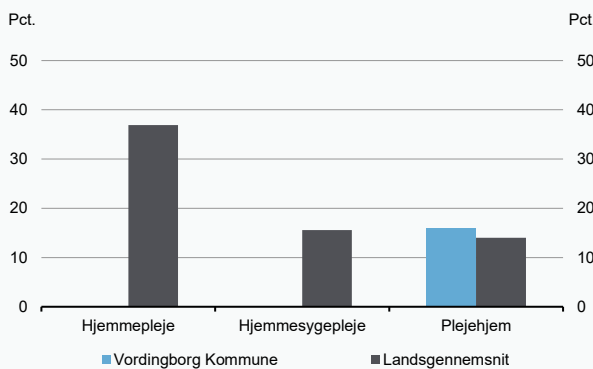


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

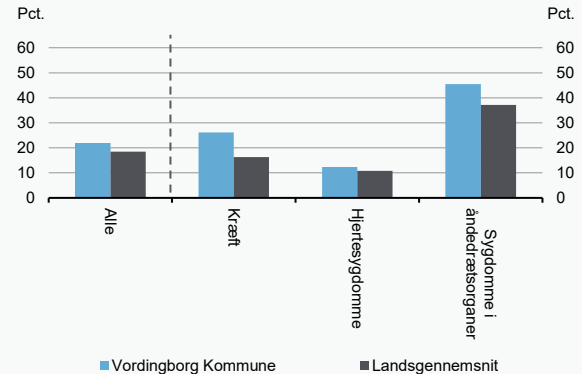
**Figur 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemodtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejhjemsbeboere, 2018-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehuseophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehuseophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**

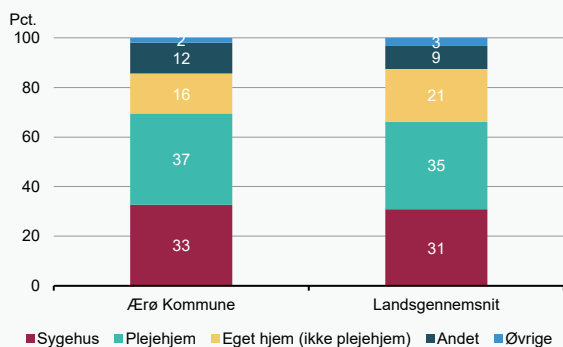


Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle er på kommuneniveau skyldes det enten diskretionssyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehuseophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionssyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

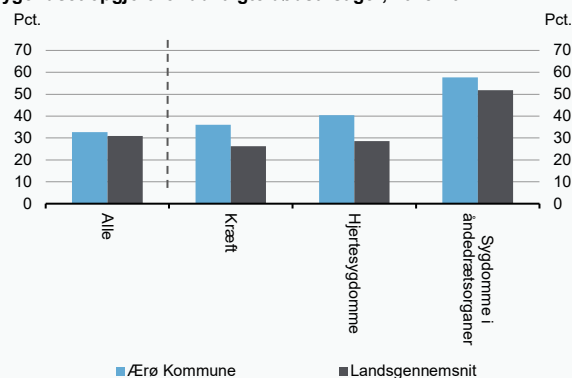
Figur 1

80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022



Figur 2

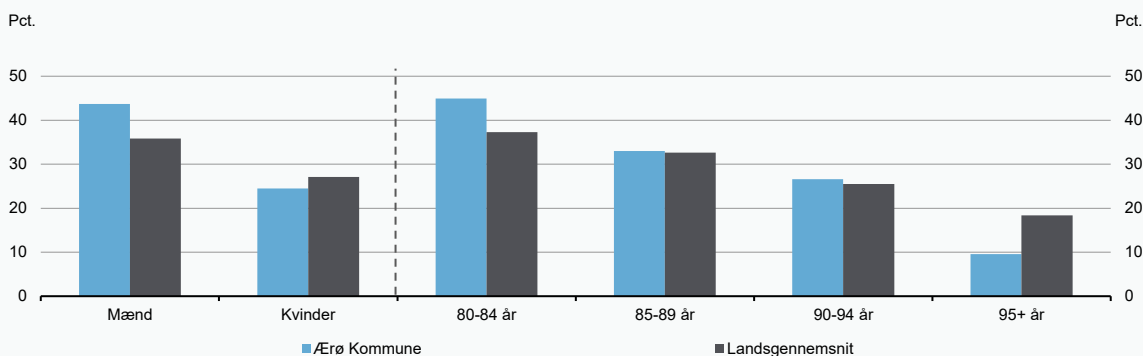
Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022

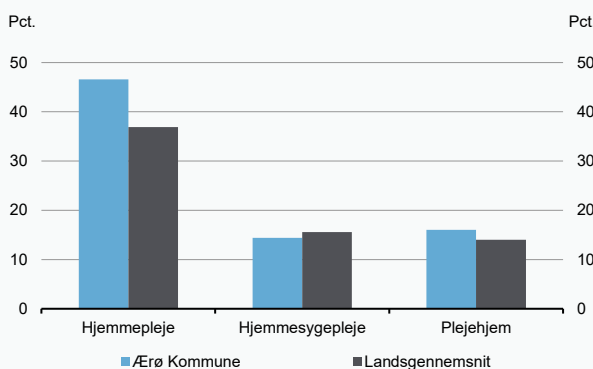


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

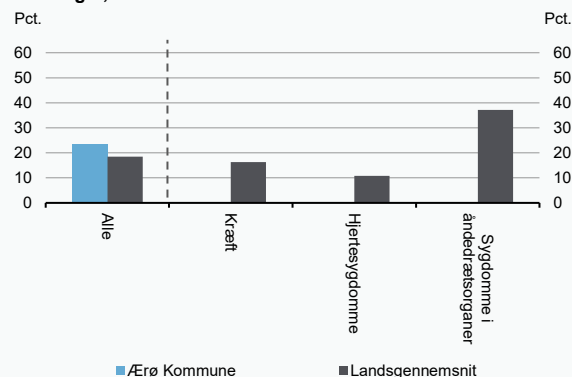
Figur 4

Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemodtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejhjemsbeboere, 2018-2022



Figur 5

Andelen af sygehuseophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehuseophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022

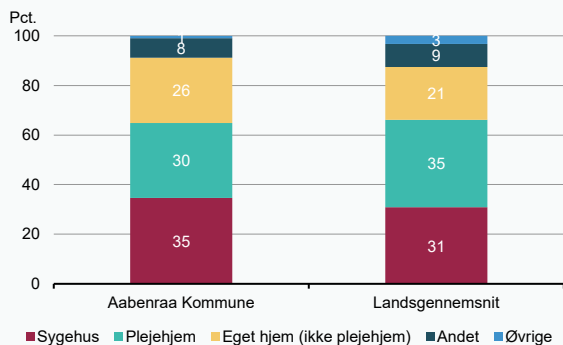


Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle er på kommuneniveau skyldes det enten diskretionssyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehuseophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionssyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

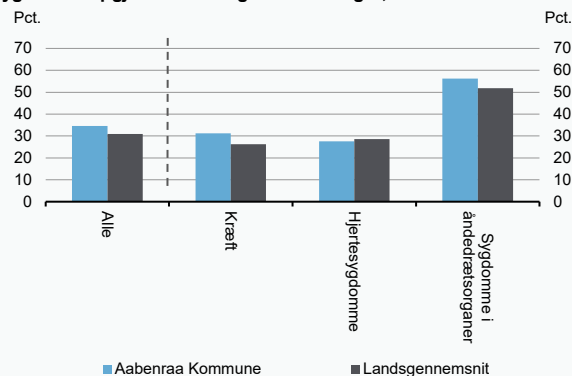
**Figur 1**

**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



**Figur 2**

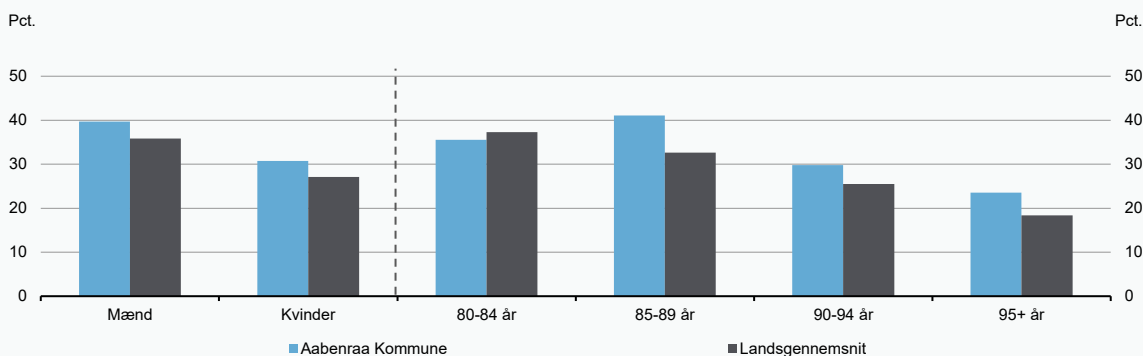
**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

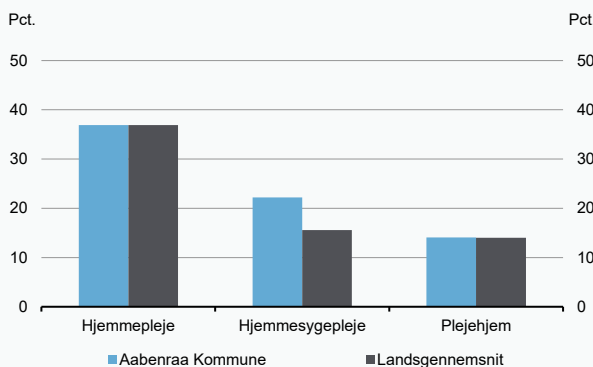


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

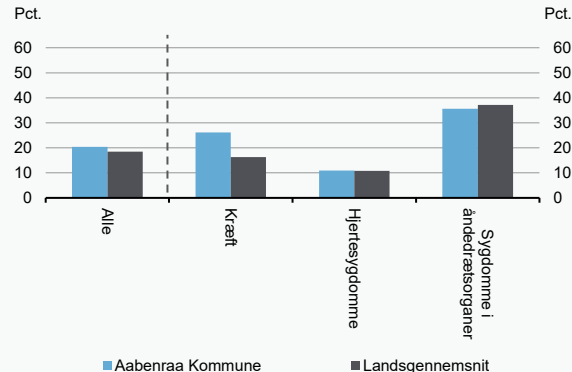
**Figur 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemodtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejhjemsbeboere, 2018-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehuseophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehuseophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**



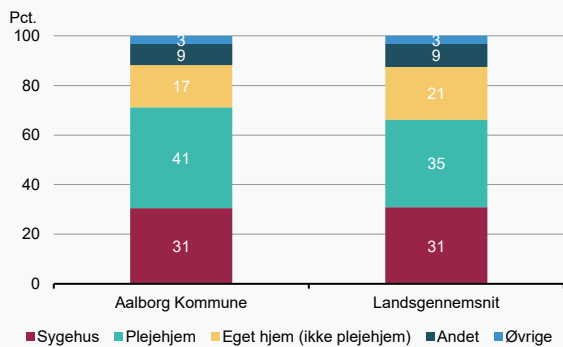
Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle er på kommuneniveau skyldes det enten diskretionssyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehuseophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionssyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.



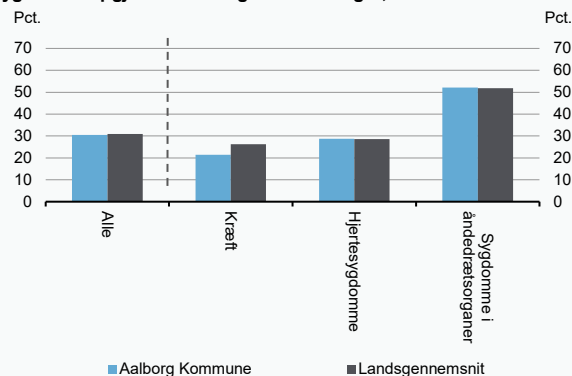
**Figur 1**

**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



**Figur 2**

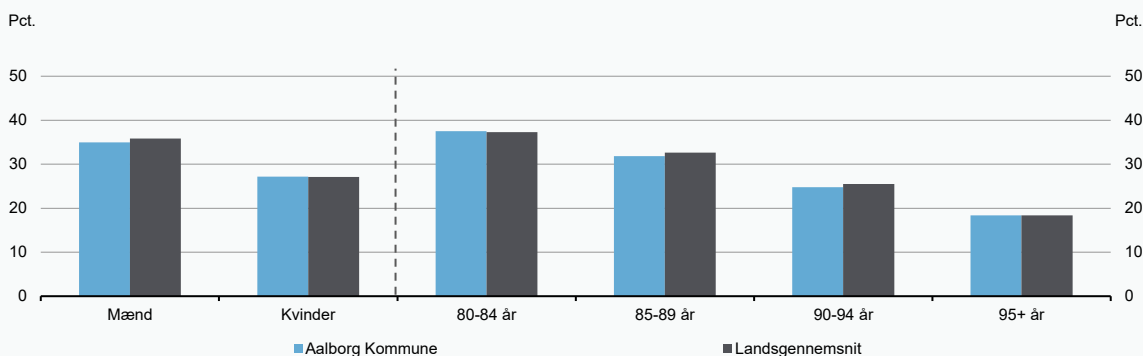
**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

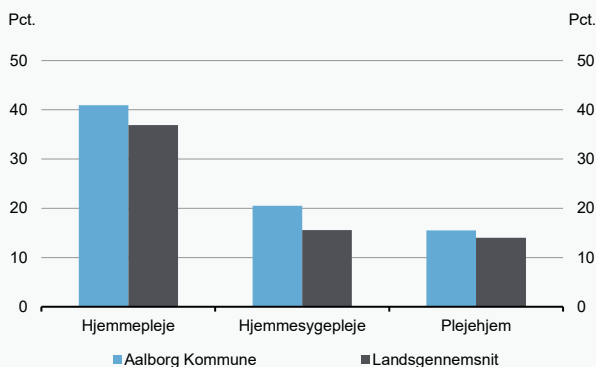


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

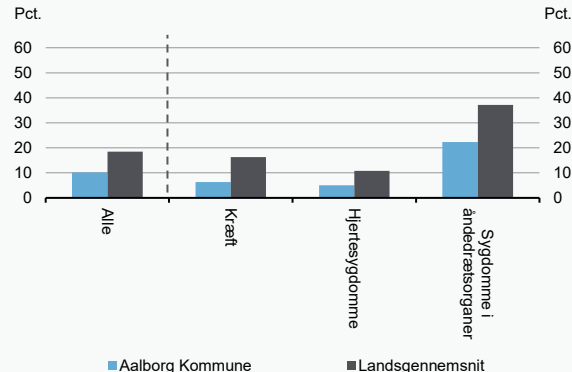
**Figur 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemodtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejehjemsbeboere, 2018-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehuseophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehuseophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**

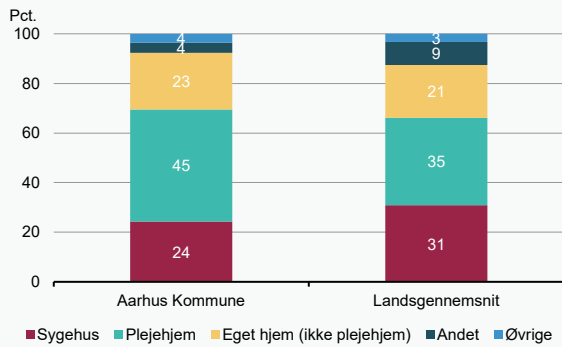


Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle er på kommuneniveau skyldes det enten diskretionssyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehuseophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionssyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

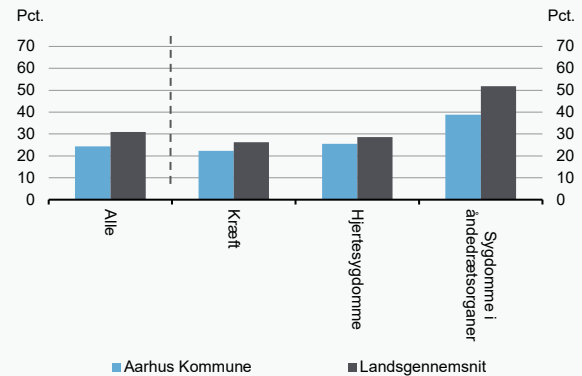
**Figur 1**

**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**



**Figur 2**

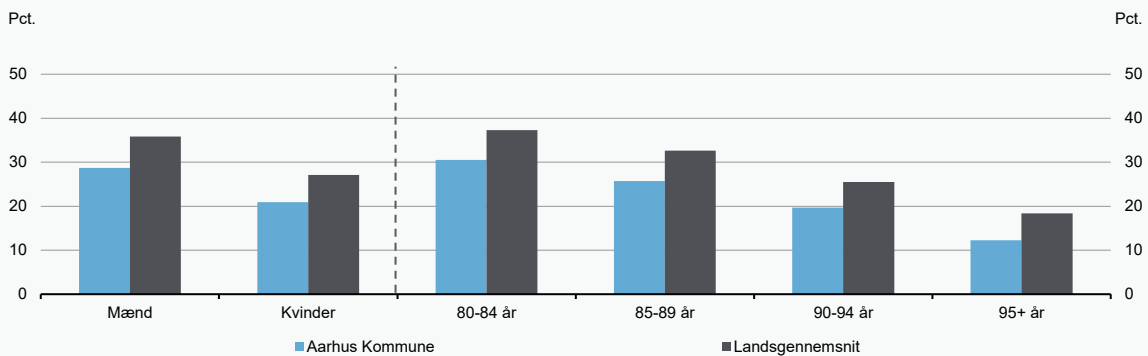
**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Figur 3**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

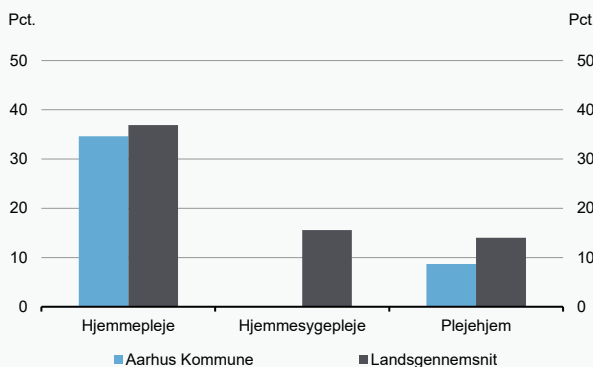


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

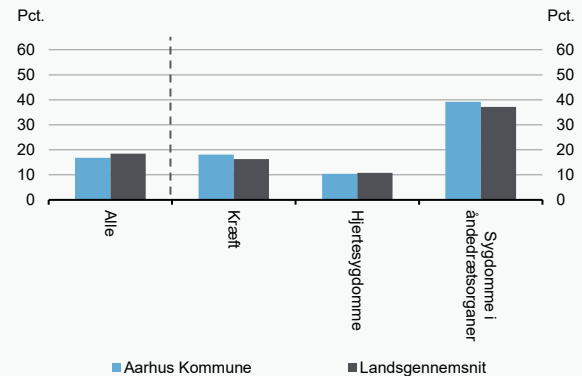
**Figur 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemodtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejhjemsbeboere, 2018-2022**



**Figur 5**

**Andelen af sygehuseophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehuseophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**



Anm.: Andelen i figur 4 er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der ingen søjle er på kommuneniveau skyldes det enten diskretionssyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Opgørelsen i figur 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehuseophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionssyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

## Bilag 3: Sådan placerer din sundhedsklynge sig

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



Indenrigs- og  
Sundhedsministeriets

**BENCHMARKINGENHED**

Publikationen kan hentes på hjemmesiden for  
Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarkingenhed:  
[www.benchmark.dk](http://www.benchmark.dk)

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

## Indhold

Læsevejledning .....	3
Bornholm (Hovedstaden) .....	5
Fynsklyngen (Syddanmark) .....	6
Gødstrupklyngen (Midtjylland) .....	7
Horsensklyngen (Midtjylland).....	8
Klynge Byen (Hovedstaden) .....	9
Klynge Midt (Hovedstaden) .....	10
Klynge Midt (Nordjylland).....	11
Klynge Nord (Hovedstaden) .....	12
Klynge Nord (Nordjylland).....	13
Klynge Syd (Hovedstaden).....	14
Klynge Syd (Nordjylland).....	15
Klynge Vest (Nordjylland) .....	16
Klyngen Holbæk (Sjælland).....	17
Klyngen Nykøbing F. (Sjælland) .....	18
Klyngen Næstved/Slagelse (Sjælland) .....	19
Klyngen Roskilde/Køge (Sjælland) .....	20
Lillebæltklyngen (Syddanmark).....	21
Midtklyngen (Midtjylland) .....	22
Randersklyngen (Midtjylland) .....	23
Sydvestjysk klynge (Syddanmark).....	24
Sønderjysk klynge (Syddanmark) .....	25
Århusklynge (Midtjylland) .....	26

# Læsevejledning

I dette bilag præsenteres fem figurer for hver enkelt sundhedsklynge. De fem figurer er lavet for alle sundhedsklynger (oplysningerne for de tre kommuner Fanø, Læsø og Samsø indgår ikke i datagrundlaget på grund af et lavt antal observationer). Generelt er tallene i dette bilag afgrænset på samme måde som i hovedrapporten. I bilag 7: Metode er afgrænsninger og definitioner beskrevet nærmere. Andelene i figur 1-3 er alders- og kønsstandardiserede for tage højde for de forskelle, der skyldes den alders- og kønsmæssige sammensætning af gruppe af ældre. Læs mere om dette i hovedrapportens kapitel 3 og Bilag 7: Metode.

Ligesom i hovedrapporten er resultaterne i dette bilag opgjort samlet for årene 2018-2022. Ved at samle data for flere år bliver nøgletallene for hver enkel sundhedsklynge baseret på flere dødsfald, det giver mere robuste resultater, hvor eventuelle udsving og tilfældigheder mellem år, udjævnes. Fordi praksis og resultater kan ændre sig fra år til år, kan det også være interessant for den enkelte sundhedsklynge at se sine egne opgørelser for de enkelte år. Derfor kan man i bilag 6 "Sundhedsklyngespecifikke nøgletal" også for hver enkel sundhedsklynge finde andelen af ældre der døde på sygehuset for hvert af de fem år 2018-2022, men vær opmærksom på at tallene for hvert år er baseret på færre observationer og dermed er behæftet mere usikkerhed.

Tal baseret på mindre end 5 individer vises ikke i figurene af diskretionshensyn. Derfor er nogle eller dele af nogle figurer tomme.

Bemærk at opgørelserne i figur 4 og 5 baserer sig på LPR3-data for marts 2019-2022.

## **Figur 1: Køns- og aldersstandardiseret opgørelse af 80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne, 2018-2022**

I figuren vises 80+ årige afgået ved døden i 2018-2022, fordelt efter hvor de døde henne. Andelene vises for sundhedsklyngen og på landsplan. Andelene er alders- og kønsstandardiserede. For Bornholm-klyngen er kategorierne "Uoplyst" og "Hospice" lagt ind under "Andet" af diskretionshensyn.

## **Figur 2: Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**

I figuren vises andelen af de 80+ årige, der døde på sygehuset for dødsårsagerne *kræft*, *hjertesygdomme* og *sygdomme i åndedrætsorganer*, samt den samlede andel på tværs af alle dødsårsager. Andelene vises for den enkelte sundhedsklynge og på landsplan.

## **Figur 3: Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

I figur 3 vises andelen af de 80+ årige, der døde på sygehuset opgjort for forskellige aldersgrupper og køn. Andelene for aldersgrupperne på sundhedsklyngeniveau er kønsstandardiserede, og andelene for køn er aldersstandardiserede på sundhedsklyngeniveau.

## **Figur 4: Sygehusophold ved dødsfald på sygehus fordelt på sygehusspecialer, 2019-2022**

I figur 4 er dødsfald blandt ældre, fordelt på de sygehusspecialer, de var indlagt på, da de døde. Andelene er vist på sundhedsklyngeniveau og på landsplan. Figuren viser de faktiske tal.

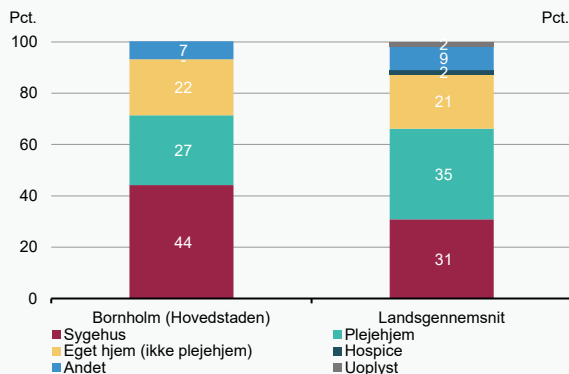
**Figur 5: Andelen af sygehusophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehuset, hvor der er tale om sygehusophold med udvalgte diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**

I figur 5 viser vi andelen af sygehusophold – ved død på sygehuset – hvor der er tale om et sygehusophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. Andelen vises for alle sygehusophold samlet og opgjort på dødsårsagerne *kræft*, *hjertesygdomme* og *sygdomme i åndedrætsorganer*. Disse tal er beregnet for døde i perioden marts 2019-2022, da opgørelsen er lavet på LPR3-data. Tabellen viser de faktiske tal.

# Bornholm (Hovedstaden)

Figur 1

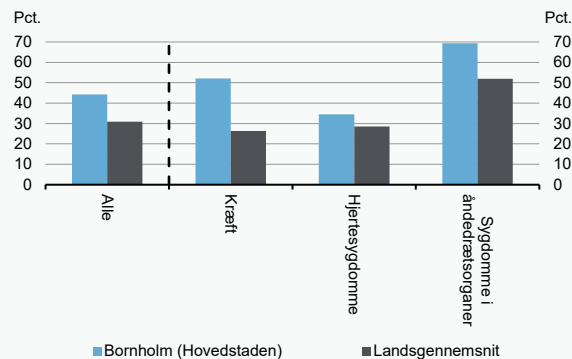
80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

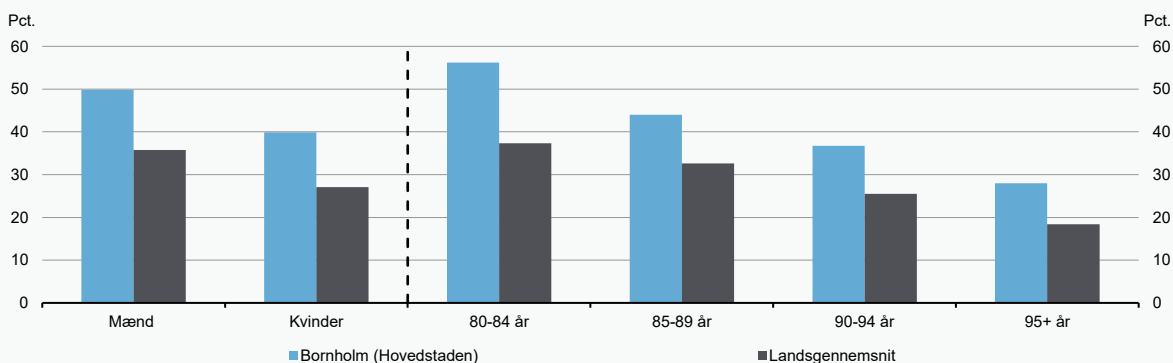
Figur 2

Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022



Figur 3

Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022

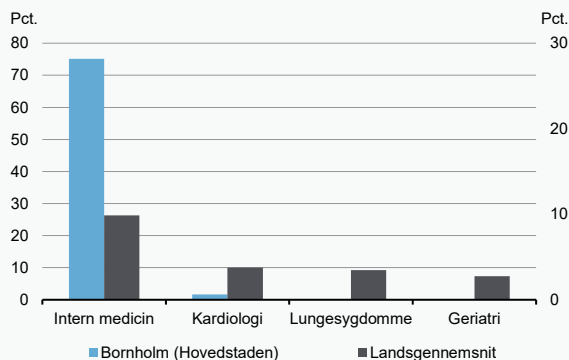


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

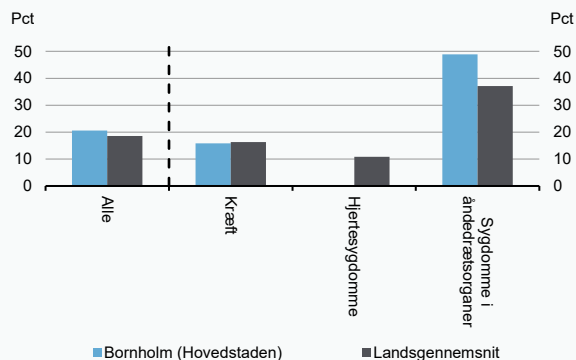
Figur 4

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



Figur 5

Andelen af sygehusophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehuset, hvor der er tale om sygehusophold med udvalgte diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022



Anm.: Opgørelserne i figur 4 og 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehusophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for sundhedsklyngen indenfor et givent speciale skyldes det diskretionshensyn.

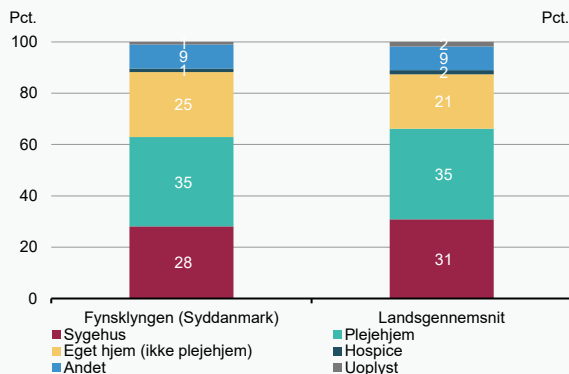
Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.



# Fynsklyngen (Syddanmark)

Figur 1

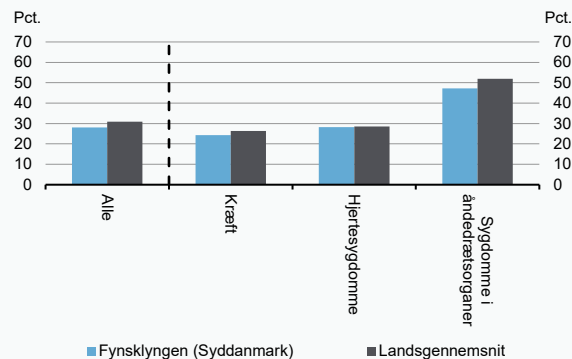
80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

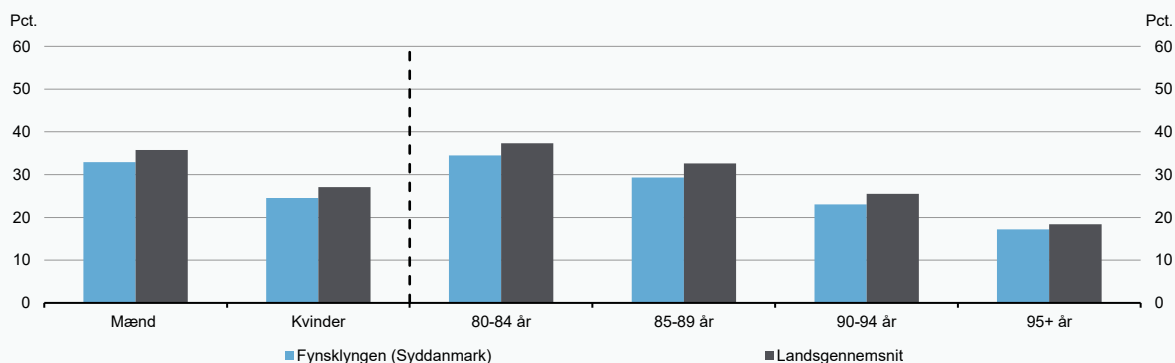
Figur 2

Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022



Figur 3

Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022

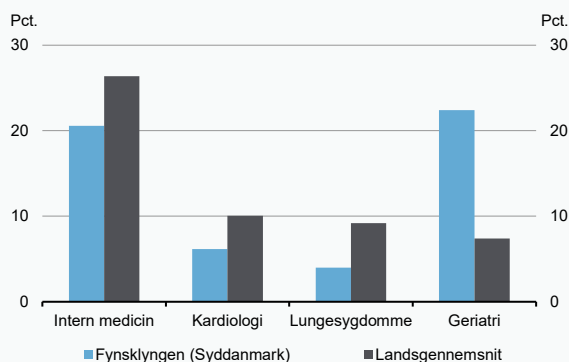


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

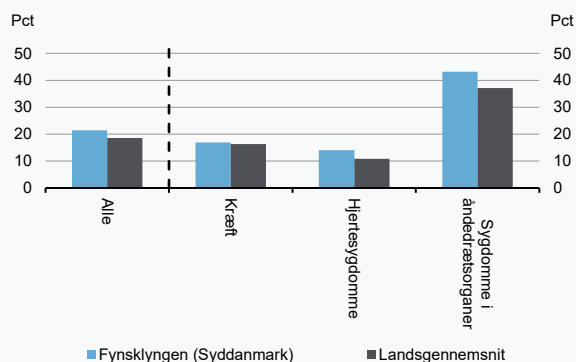
Figur 4

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



Figur 5

Andelen af sygehusophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehuset, hvor der er tale om sygehusophold med udvalgte diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022



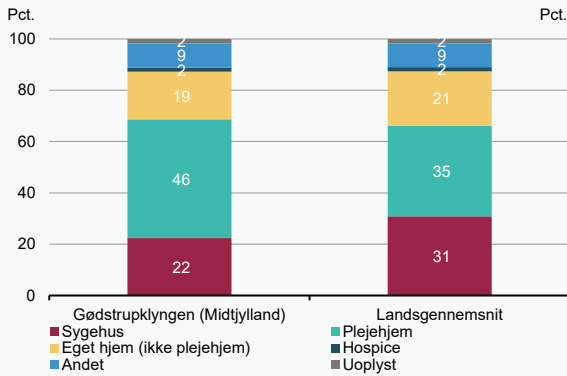
Anm.: Opgørelserne i figur 4 og 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehusophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for sundhedsklyngen indenfor et givent speciale skyldes det diskretionshensyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

# Gødstrupklyngen (Midtjylland)

Figur 1

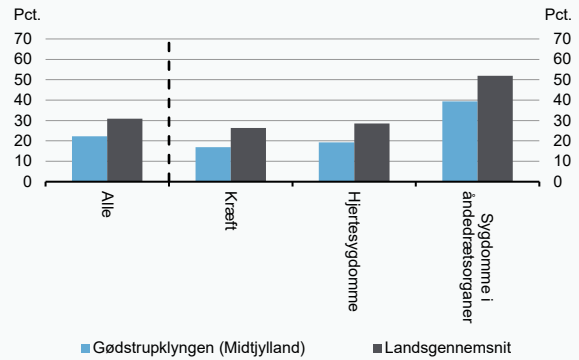
80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

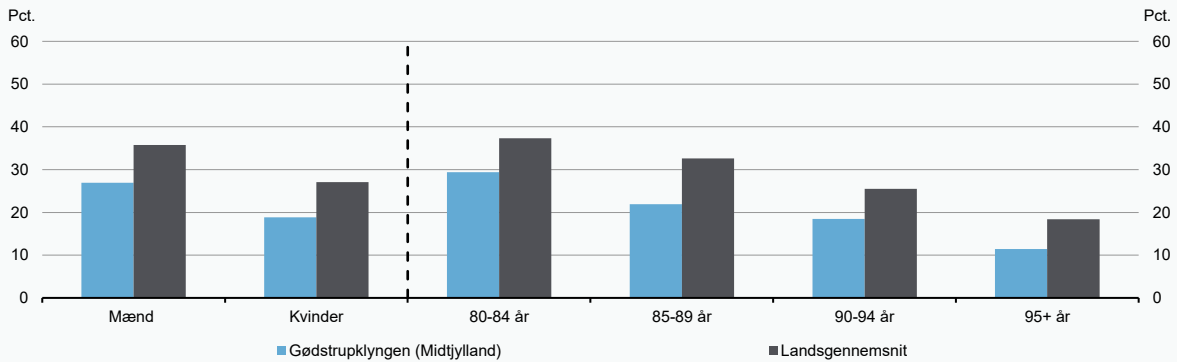
Figur 2

Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022



Figur 3

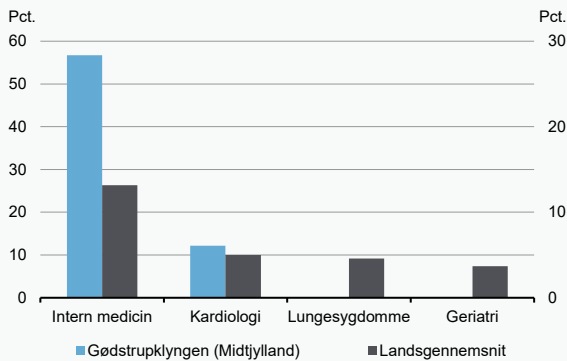
Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022



Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.  
Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

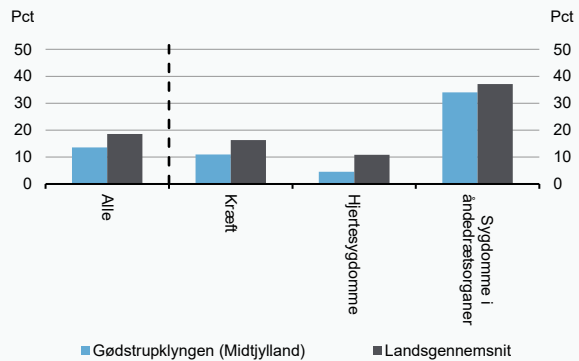
Figur 4

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



Figur 5

Andelen af sygehusophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehuset, hvor der er tale om sygehusophold med udvalgte diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022

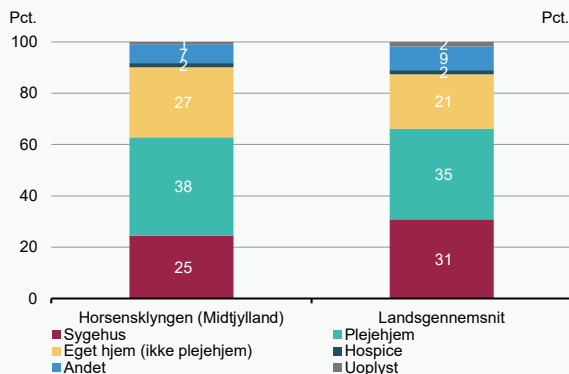


Anm.: Opgørelserne i figur 4 og 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehusophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for sundhedsklyngen indenfor et givent speciale skyldes det diskretionshensyn.  
Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

# Horsensklyngen (Midtjylland)

Figur 1

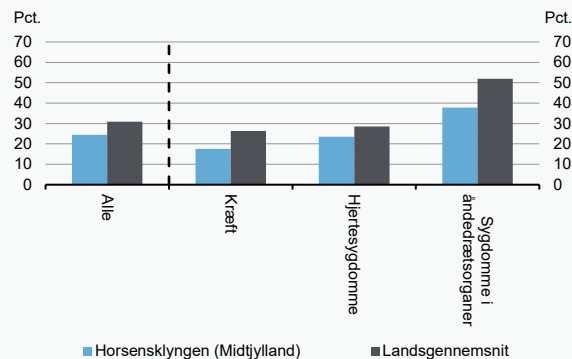
80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

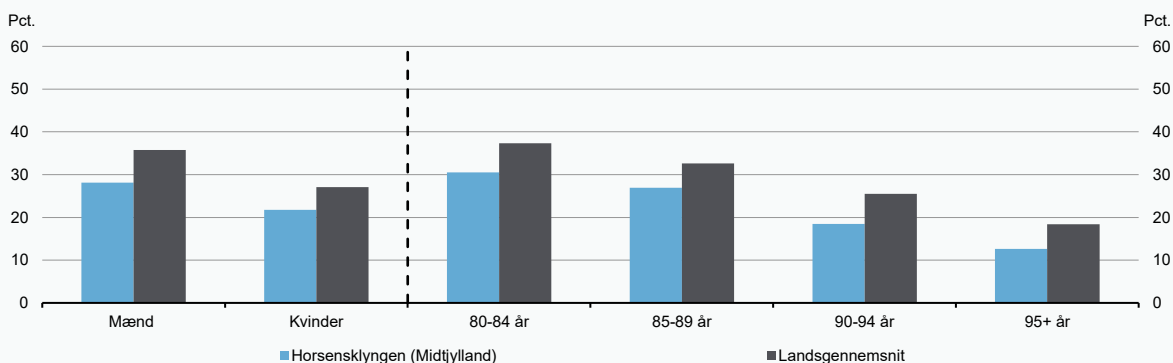
Figur 2

Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022



Figur 3

Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022

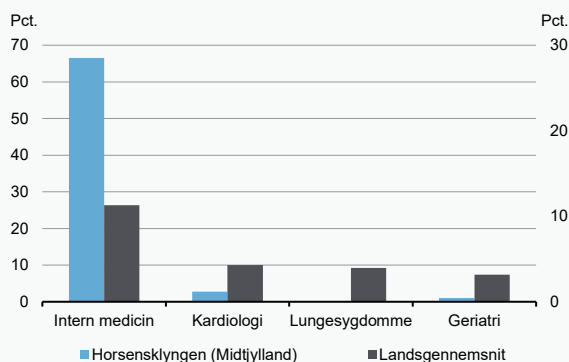


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

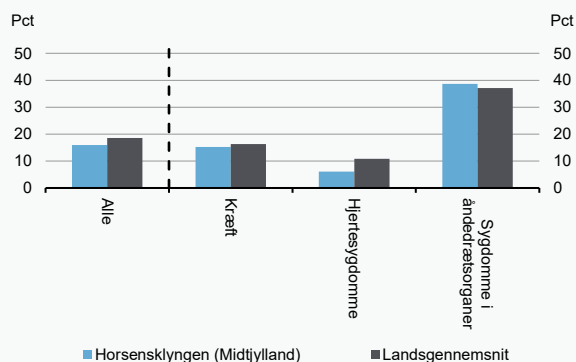
Figur 4

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



Figur 5

Andelen af sygehusophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehuset, hvor der er tale om sygehusophold med udvalgte diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022



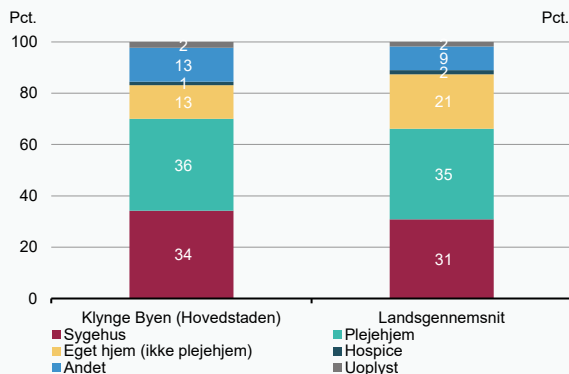
Anm.: Opgørelserne i figur 4 og 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehusophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for sundhedsklyngen indenfor et givent speciale skyldes det diskretionshensyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

# Klynge Byen (Hovedstaden)

Figur 1

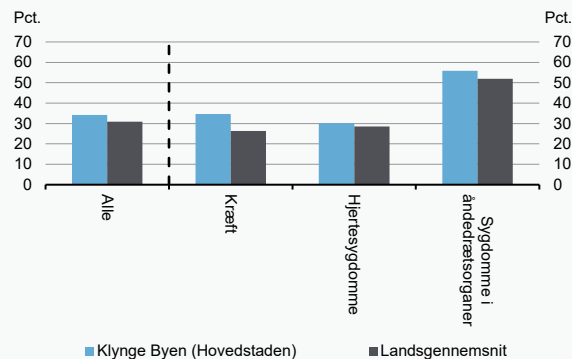
80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

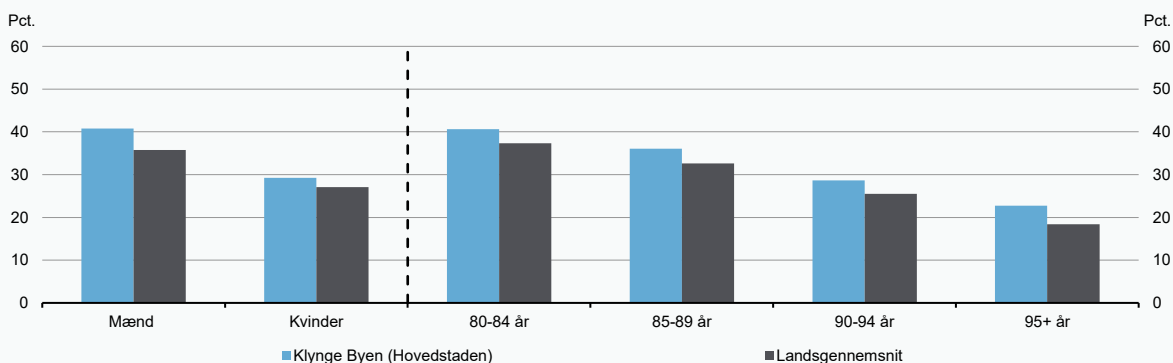
Figur 2

Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022



Figur 3

Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022

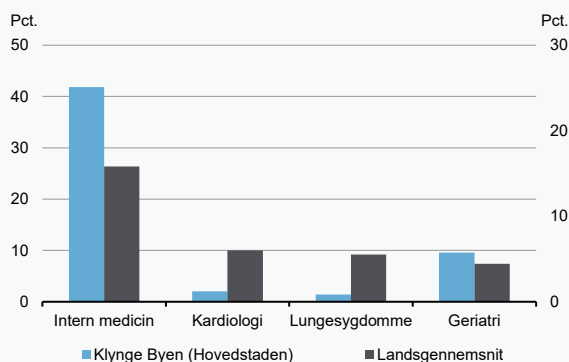


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

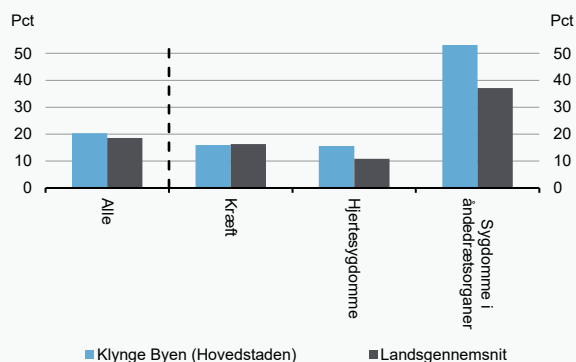
Figur 4

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



Figur 5

Andelen af sygehusophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehuset, hvor der er tale om sygehusophold med udvalgte diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022



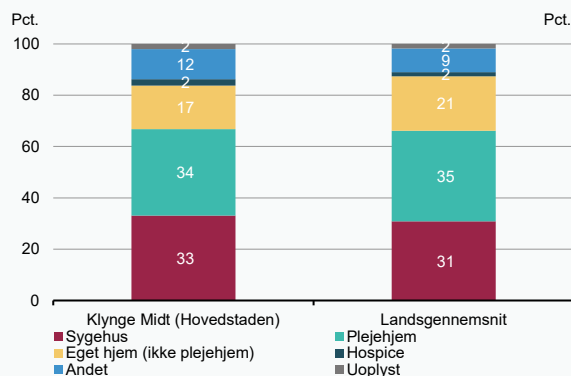
Anm.: Opgørelserne i figur 4 og 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehusophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for sundhedsklyngen indenfor et givent speciale skyldes det diskretionshensyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

# Klynge Midt (Hovedstaden)

Figur 1

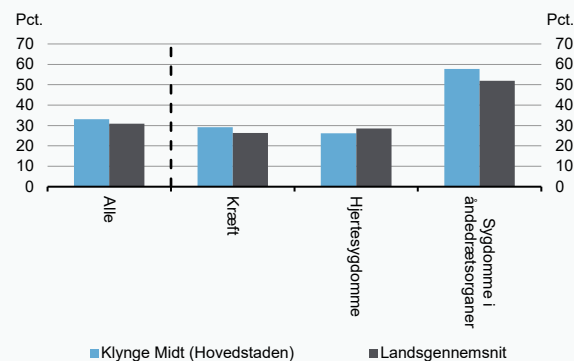
80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

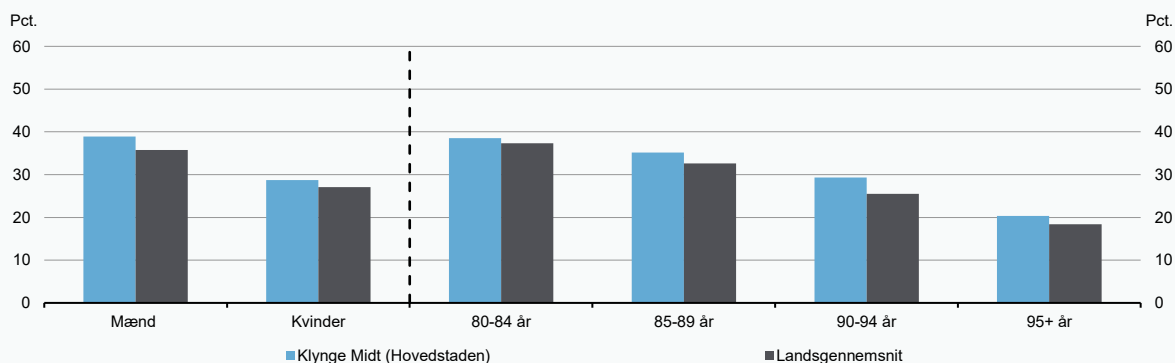
Figur 2

Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022



Figur 3

Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022

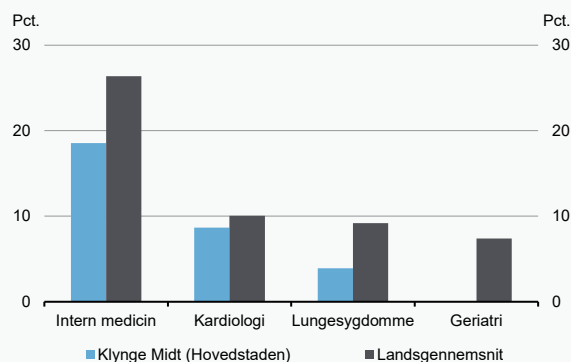


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

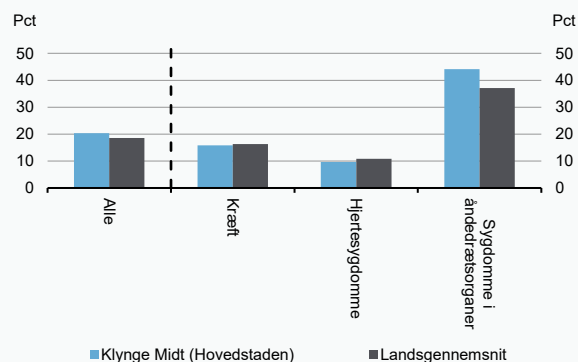
Figur 4

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



Figur 5

Andelen af sygehusophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehuset, hvor der er tale om sygehusophold med udvalgte diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022



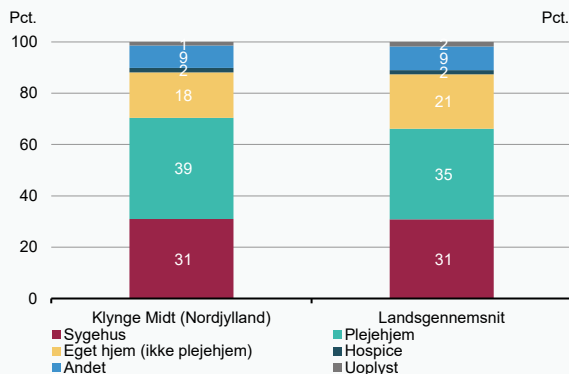
Anm.: Opgørelserne i figur 4 og 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehusophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle for sundhedsklyngen indenfor et givent speciale skyldes det diskretionshensyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

# Klynge Midt (Nordjylland)

Figur 1

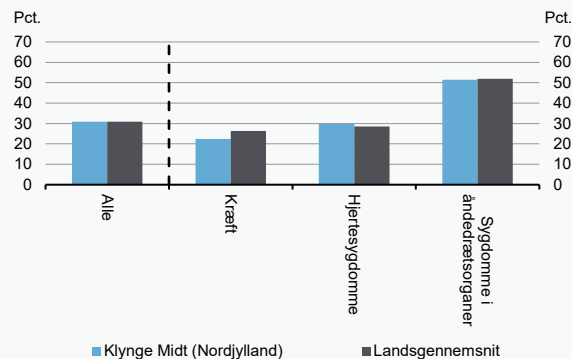
80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

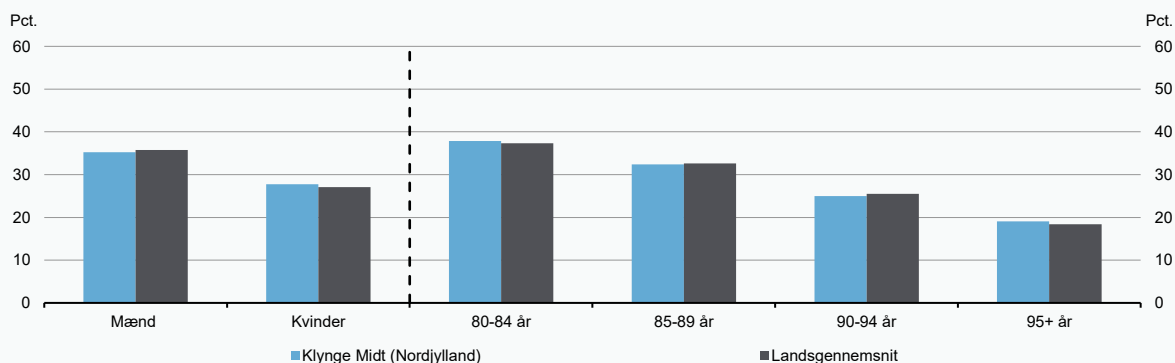
Figur 2

Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022



Figur 3

Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022

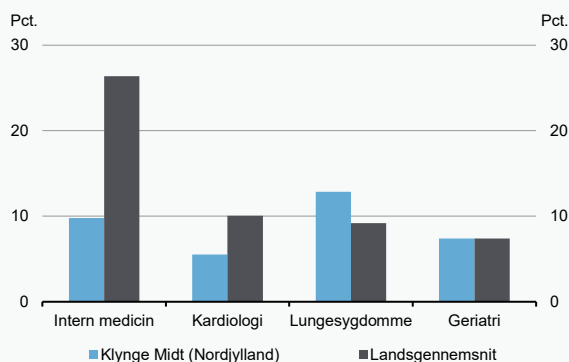


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

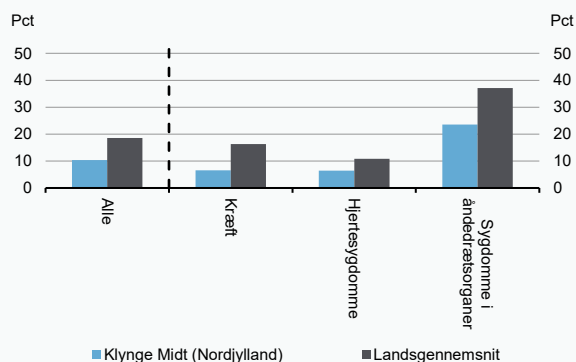
Figur 4

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



Figur 5

Andelen af sygehusophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehuset, hvor der er tale om sygehusophold med udvalgte diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022



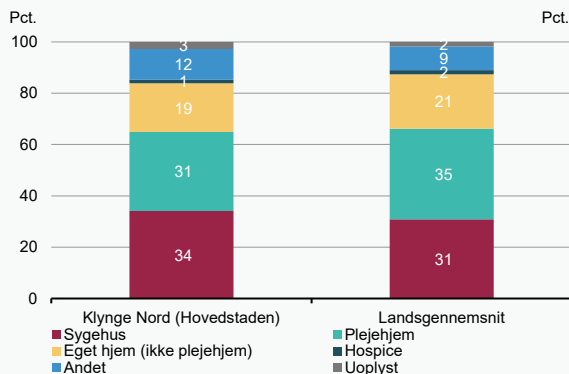
Anm.: Opgørelserne i figur 4 og 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehusophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for sundhedsklyngen indenfor et givent speciale skyldes det diskretionshensyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

# Klynge Nord (Hovedstaden)

Figur 1

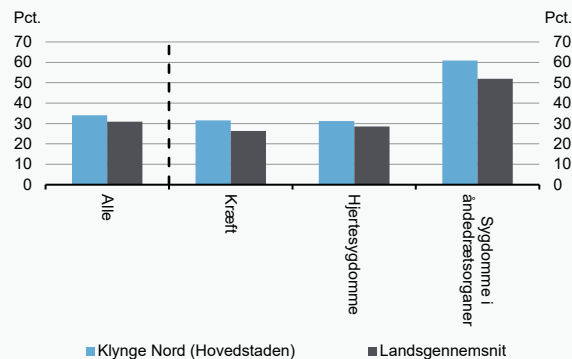
80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

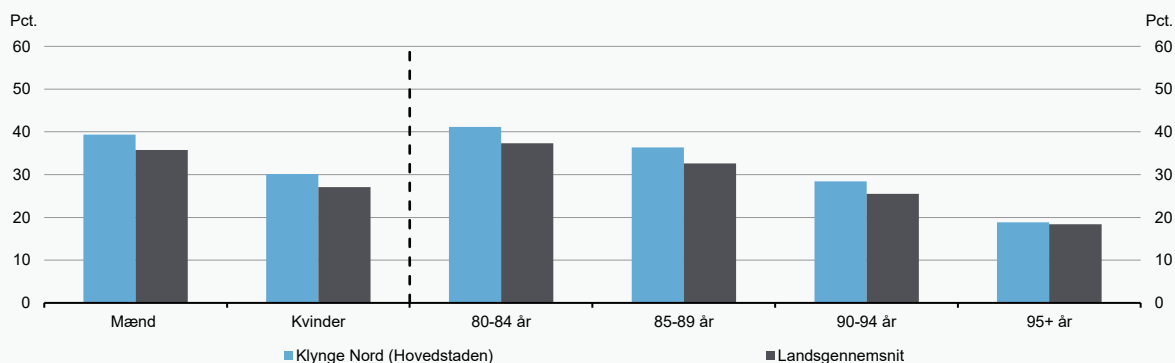
Figur 2

Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022



Figur 3

Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022

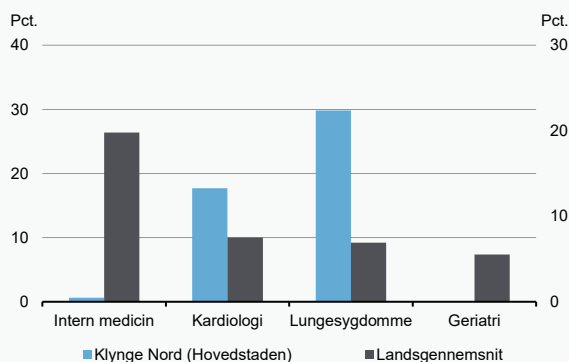


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

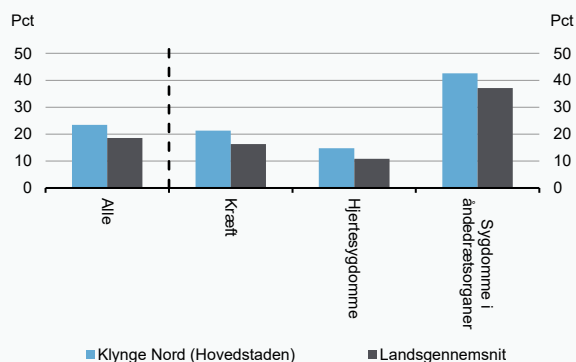
Figur 4

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



Figur 5

Andelen af sygehusophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehuset, hvor der er tale om sygehusophold med udvalgte diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022



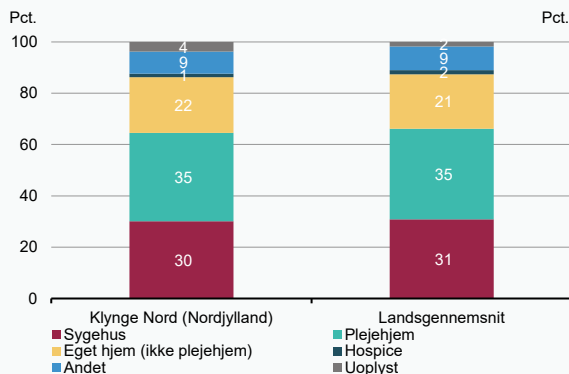
Anm.: Opgørelserne i figur 4 og 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehusophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for sundhedsklyngen indenfor et givent speciale skyldes det diskretionshensyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

# Klynge Nord (Nordjylland)

Figur 1

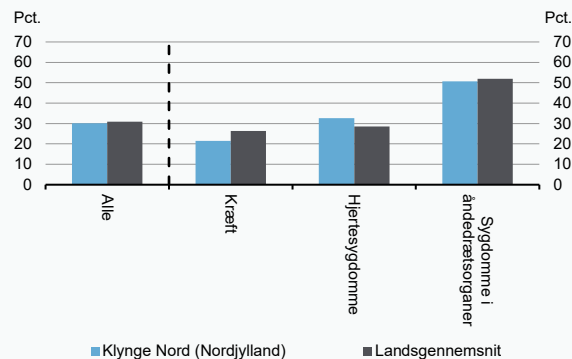
80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

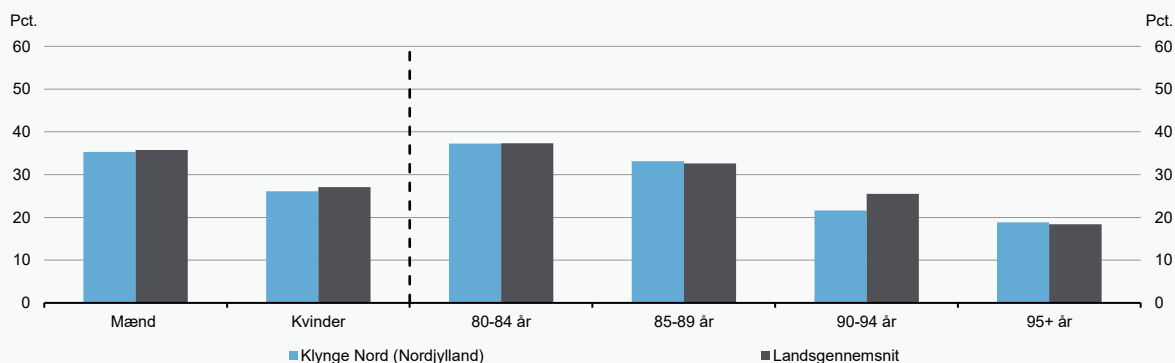
Figur 2

Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022



Figur 3

Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022

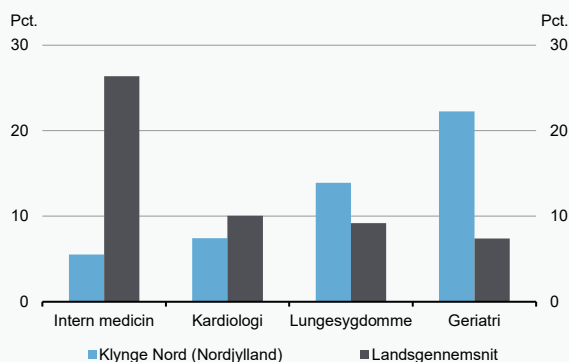


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

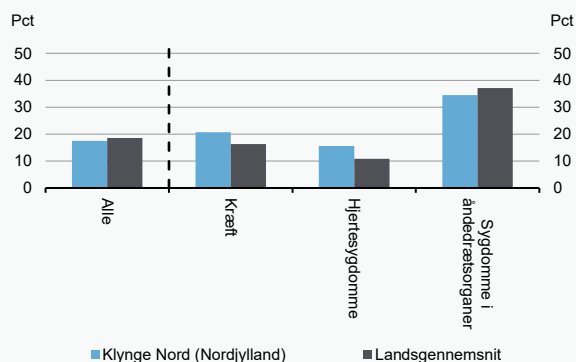
Figur 4

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



Figur 5

Andelen af sygehusophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehuset, hvor der er tale om sygehusophold med udvalgte diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022



Anm.: Opgørelserne i figur 4 og 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehusophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for sundhedsklyngen indenfor et givent speciale skyldes det diskretionshensyn.

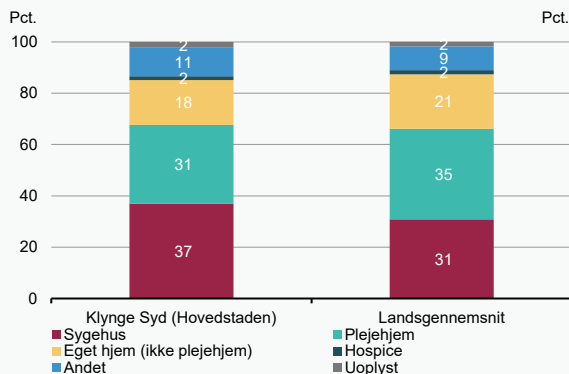
Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.



# Klynge Syd (Hovedstaden)

Figur 1

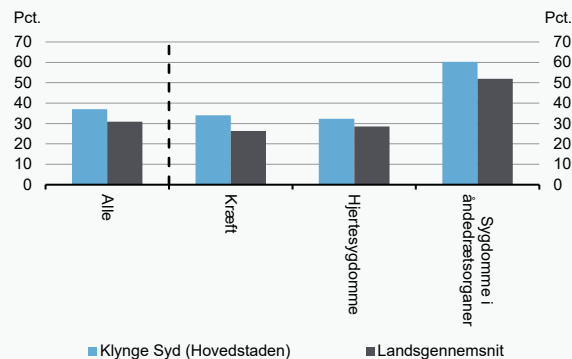
80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

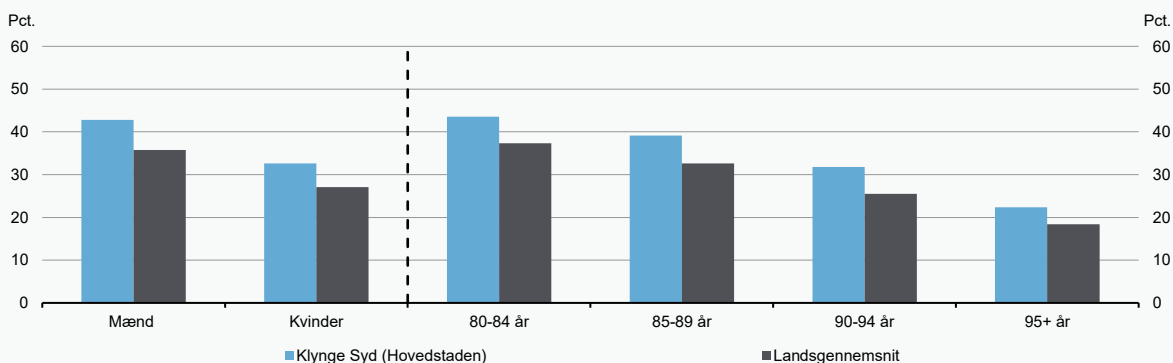
Figur 2

Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022



Figur 3

Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022

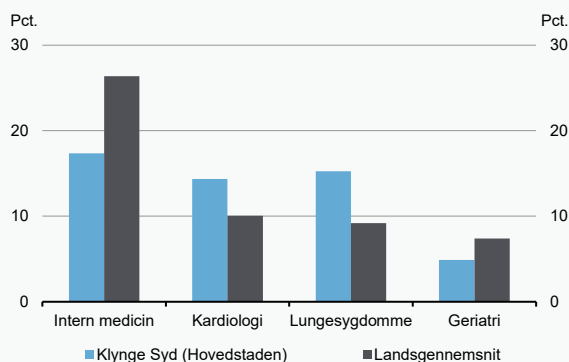


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

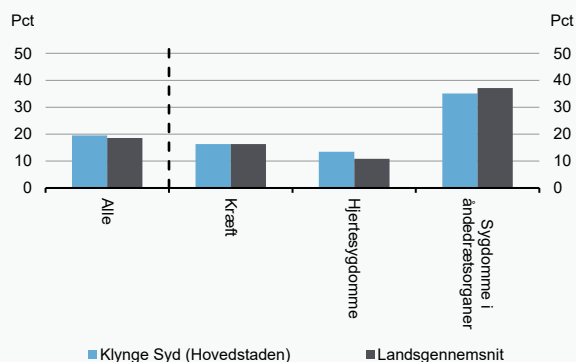
Figur 4

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



Figur 5

Andelen af sygehusophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehuset, hvor der er tale om sygehusophold med udvalgte diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022



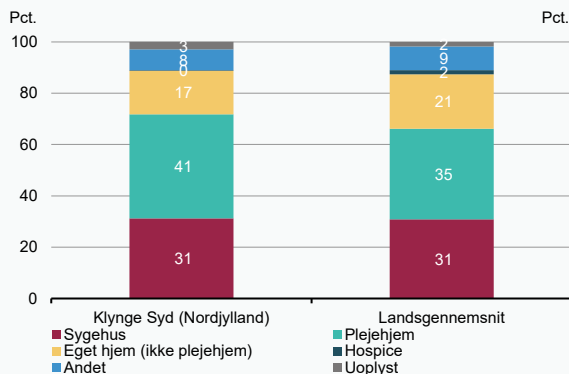
Anm.: Opgørelserne i figur 4 og 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehusophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for sundhedsklyngen indenfor et givent speciale skyldes det diskretionshensyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

# Klynge Syd (Nordjylland)

Figur 1

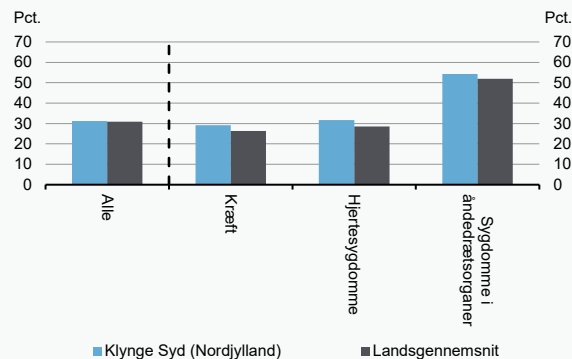
80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

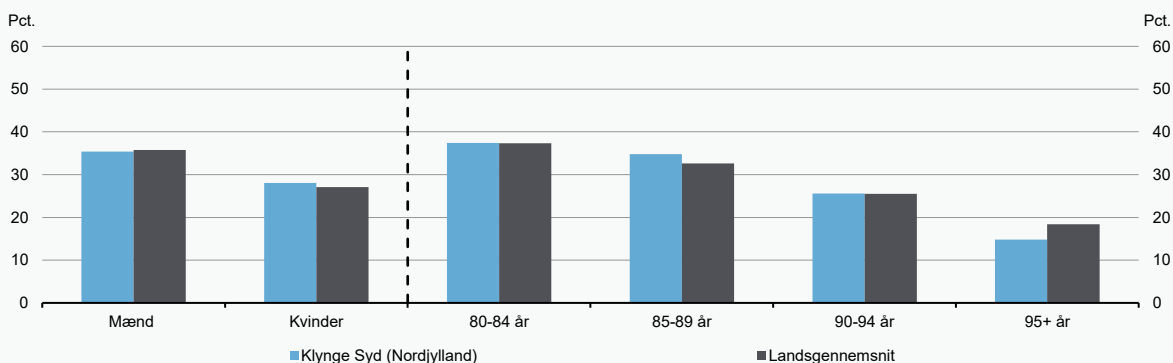
Figur 2

Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022



Figur 3

Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022

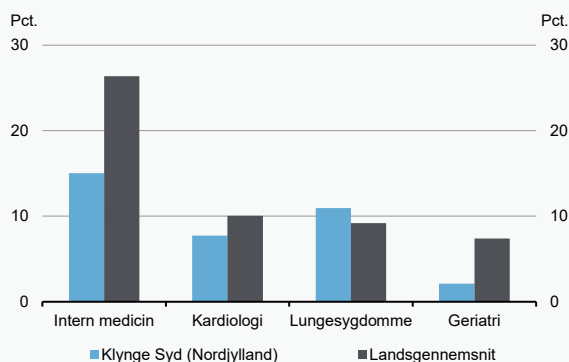


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

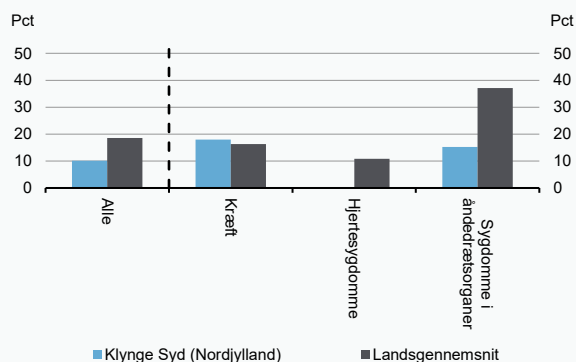
Figur 4

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



Figur 5

Andelen af sygehusophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehuset, hvor der er tale om sygehusophold med udvalgte diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022



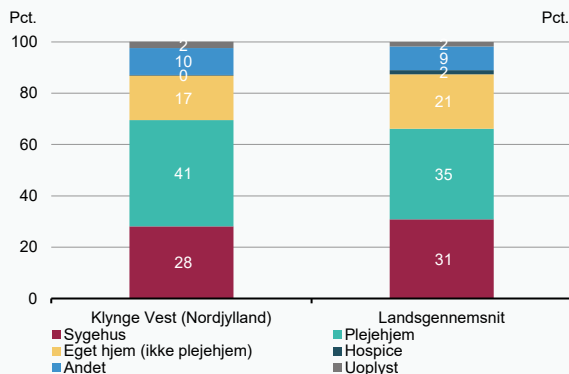
Anm.: Opgørelserne i figur 4 og 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehusophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for sundhedsklyngen indenfor et givent speciale skyldes det diskretionshensyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

# Klynge Vest (Nordjylland)

Figur 1

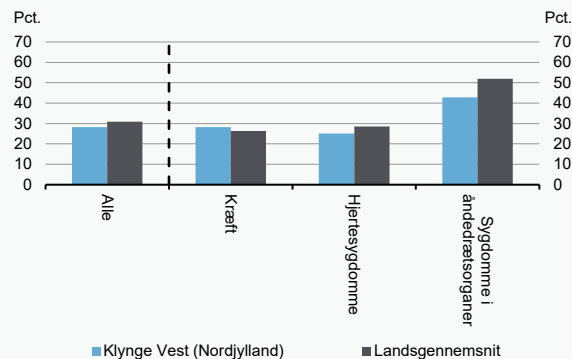
80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

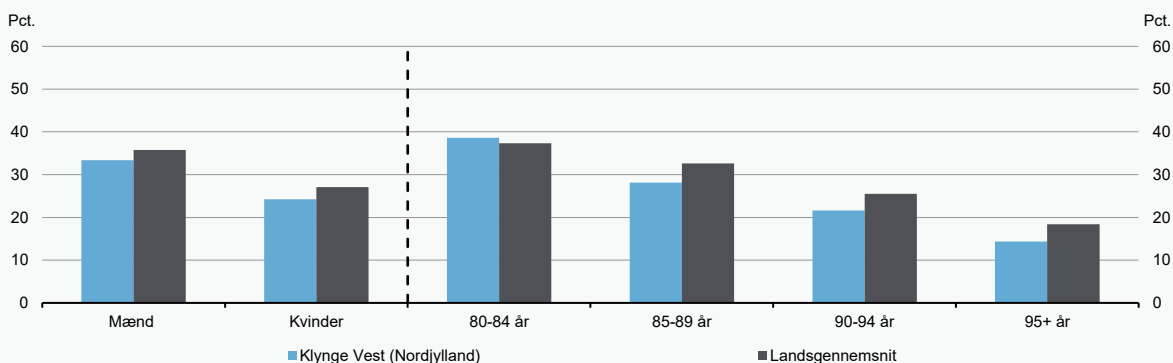
Figur 2

Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022



Figur 3

Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022

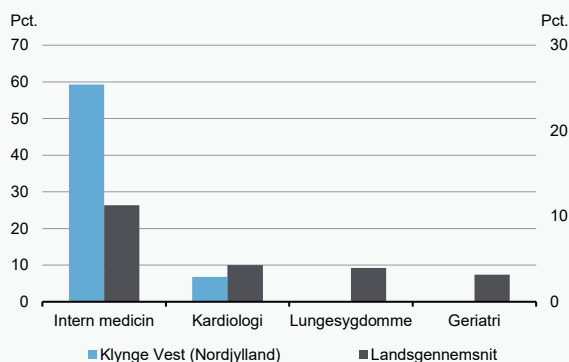


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

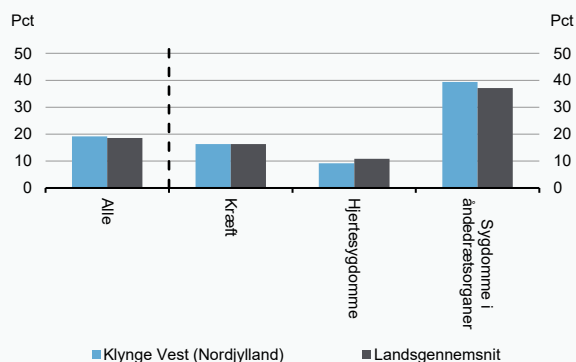
Figur 4

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



Figur 5

Andelen af sygehusophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehuset, hvor der er tale om sygehusophold med udvalgte diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022



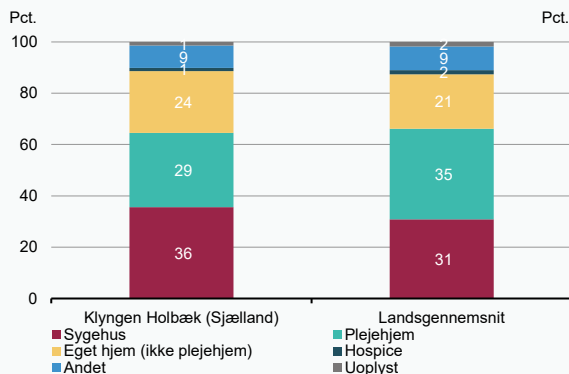
Anm.: Opgørelserne i figur 4 og 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehusophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for sundhedsklyngen indenfor et givent speciale skyldes det diskretionshensyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

# Klyngen Holbæk (Sjælland)

Figur 1

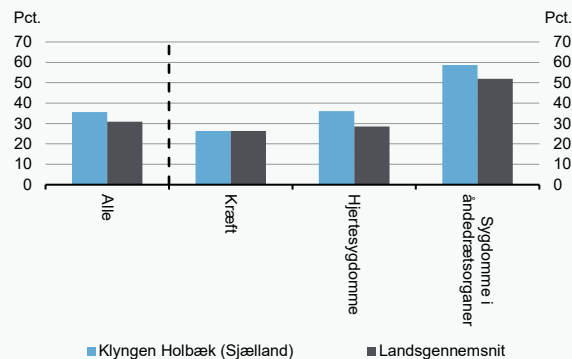
80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

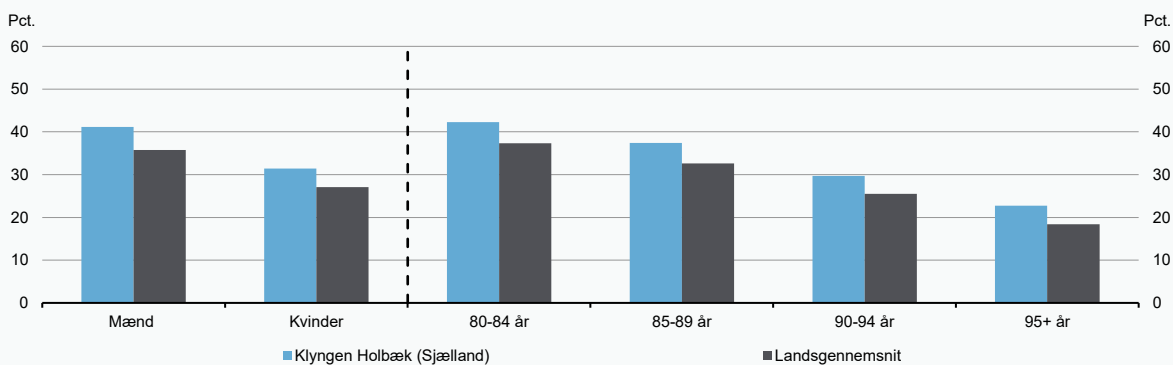
Figur 2

Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022



Figur 3

Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022

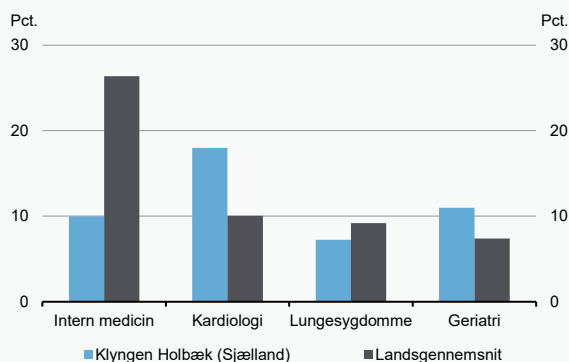


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

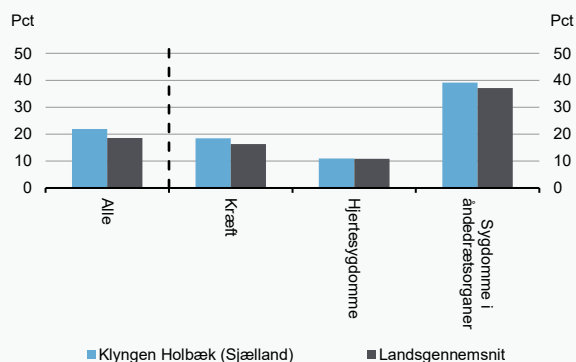
Figur 4

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



Figur 5

Andelen af sygehusophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehuset, hvor der er tale om sygehusophold med udvalgte diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022



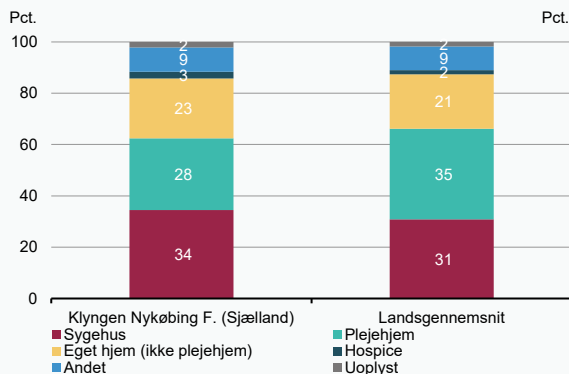
Anm.: Opgørelserne i figur 4 og 5 er lavet p.b.a. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehusophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for sundhedsklyngen indenfor et givent speciale skyldes det diskretionshensyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

# Klyngen Nykøbing F. (Sjælland)

Figur 1

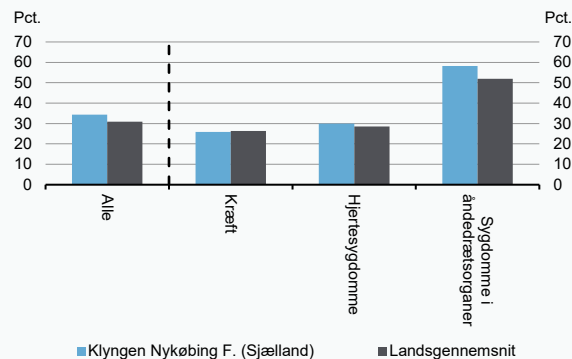
80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

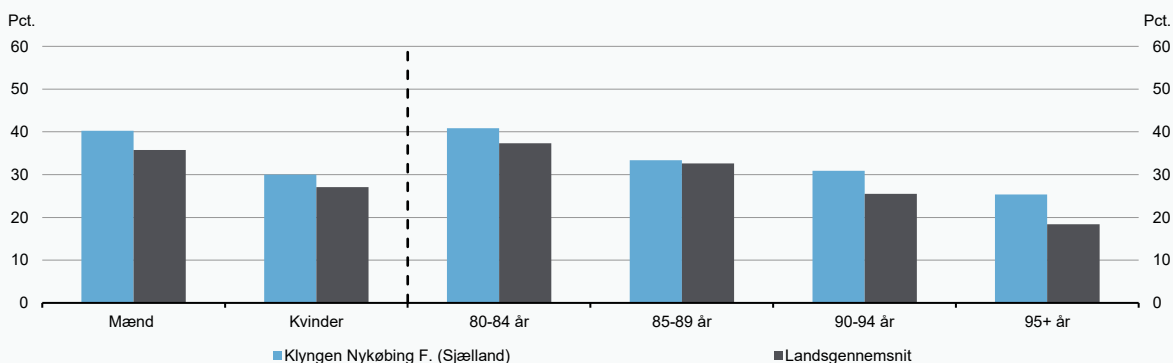
Figur 2

Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022



Figur 3

Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022

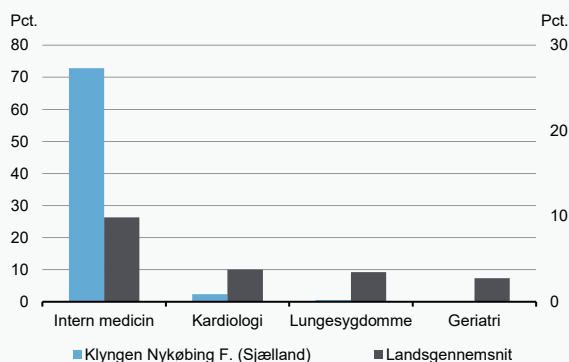


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

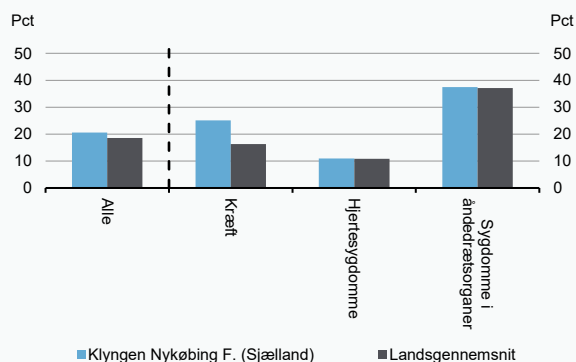
Figur 4

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



Figur 5

Andelen af sygehusophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehuset, hvor der er tale om sygehusophold med udvalgte diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022



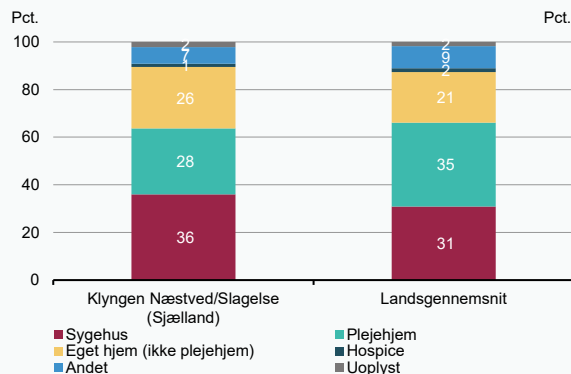
Anm.: Opgørelserne i figur 4 og 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehusophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for sundhedsklyngen indenfor et givent speciale skyldes det diskretionshensyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

# Klyngen Næstved/Slagelse (Sjælland)

Figur 1

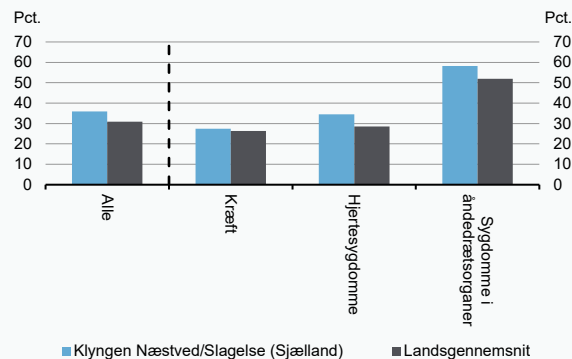
80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

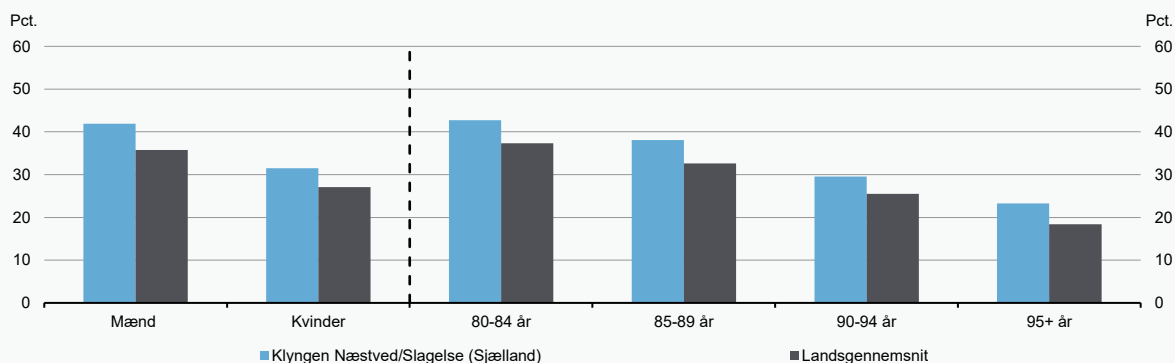
Figur 2

Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022



Figur 3

Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022

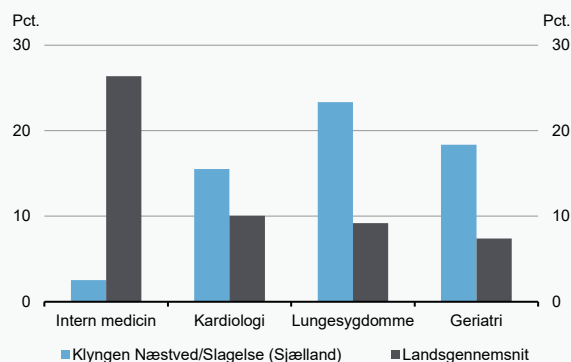


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

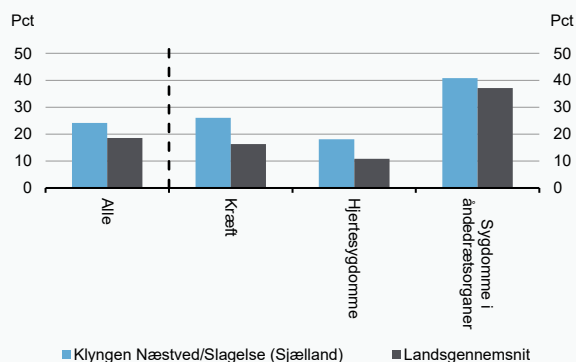
Figur 4

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



Figur 5

Andelen af sygehusophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehuset, hvor der er tale om sygehusophold med udvalgte diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022



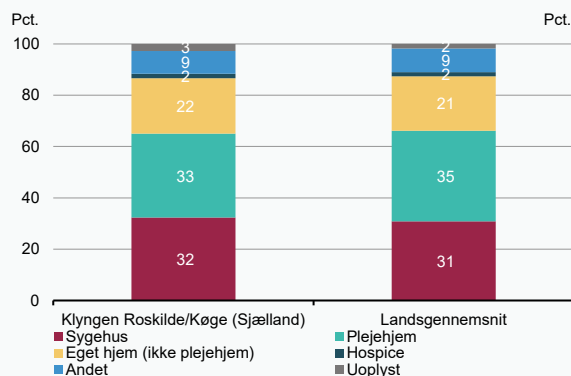
Anm.: Opgørelserne i figur 4 og 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehusophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for sundhedsklyngen indenfor et givent speciale skyldes det diskretionshensyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

# Klyngen Roskilde/Køge (Sjælland)

Figur 1

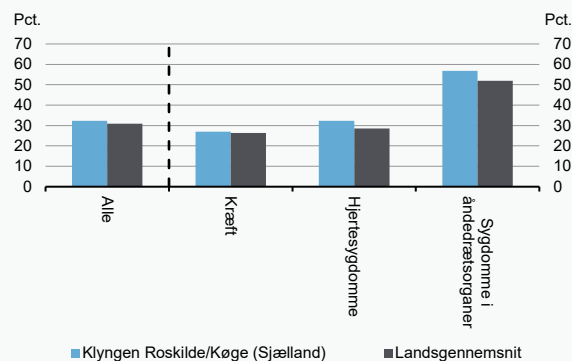
80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

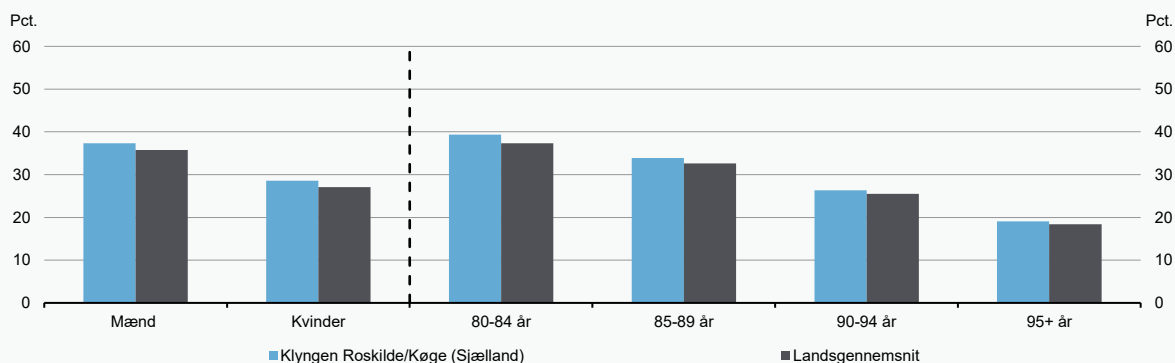
Figur 2

Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022



Figur 3

Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022

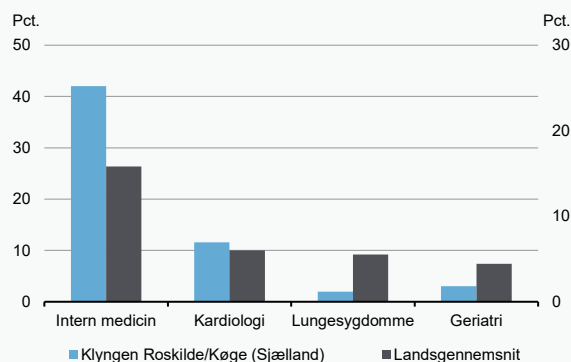


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

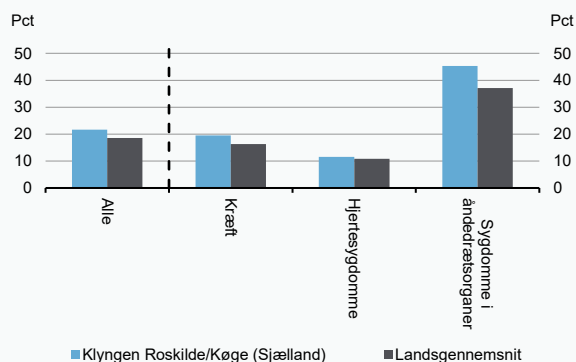
Figur 4

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



Figur 5

Andelen af sygehusophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehuset, hvor der er tale om sygehusophold med udvalgte diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022



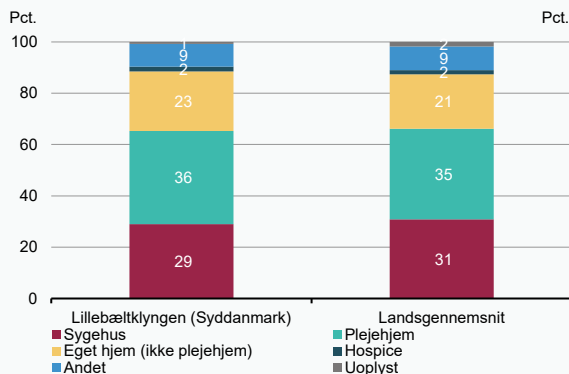
Anm.: Opgørelserne i figur 4 og 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehusophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for sundhedsklyngen indenfor et givent speciale skyldes det diskretionshensyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

# Lillebæltklyngen (Syddanmark)

Figur 1

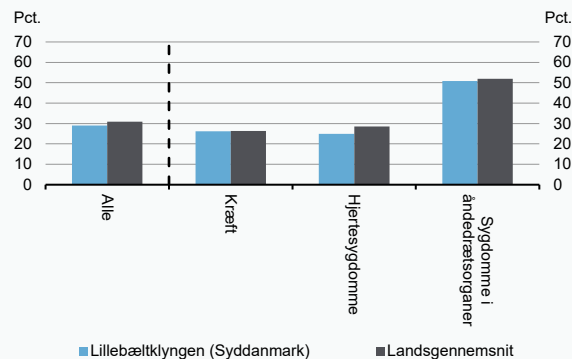
80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

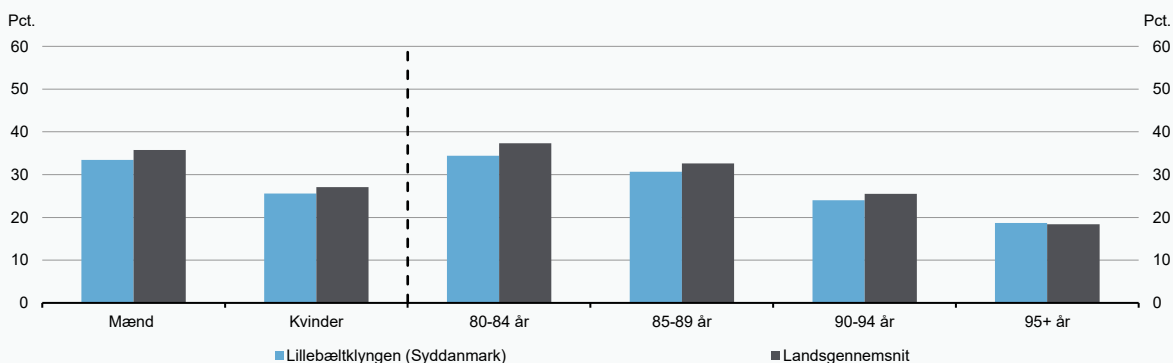
Figur 2

Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022



Figur 3

Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022

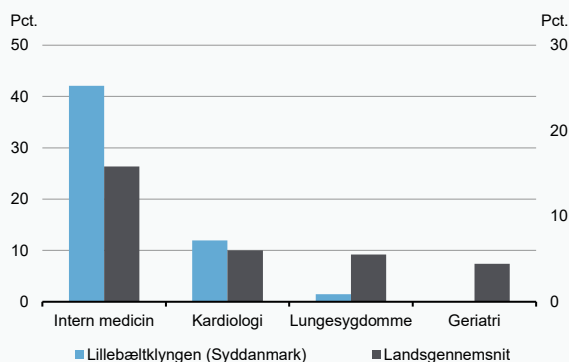


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

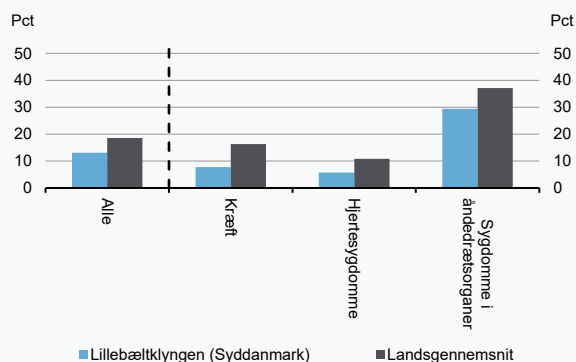
Figur 4

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



Figur 5

Andelen af sygehusophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehuset, hvor der er tale om sygehusophold med udvalgte diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022



Anm.: Opgørelserne i figur 4 og 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehusophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for sundhedsklyngen indenfor et givent speciale skyldes det diskretionshensyn.

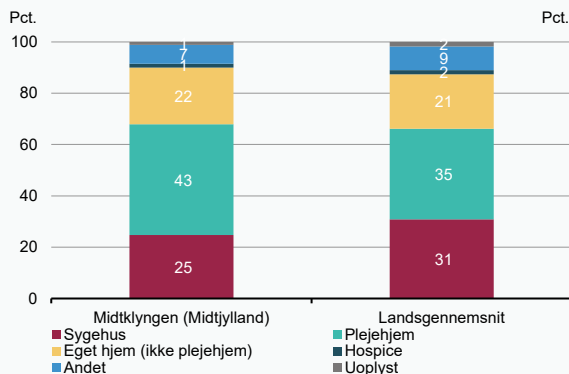
Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.



# Midtklyngen (Midtjylland)

Figur 1

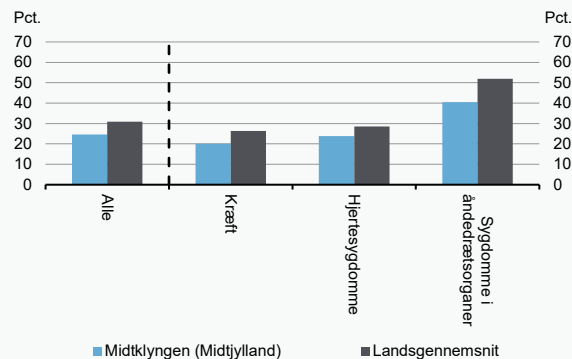
80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

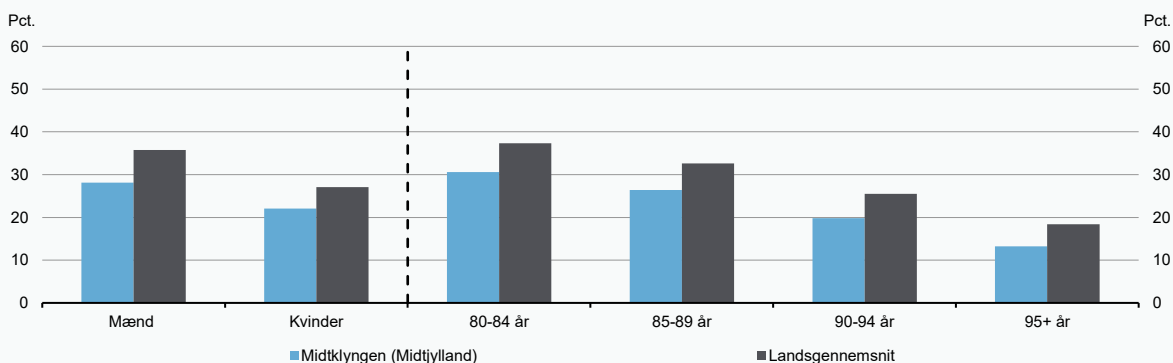
Figur 2

Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022



Figur 3

Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022

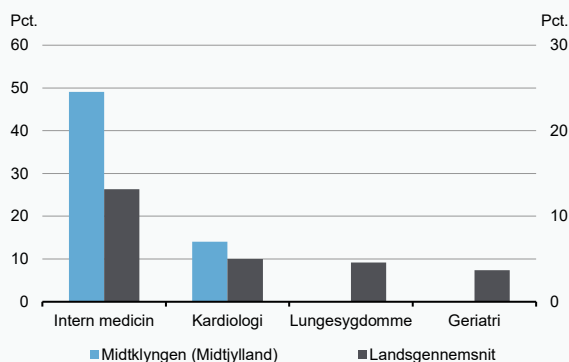


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

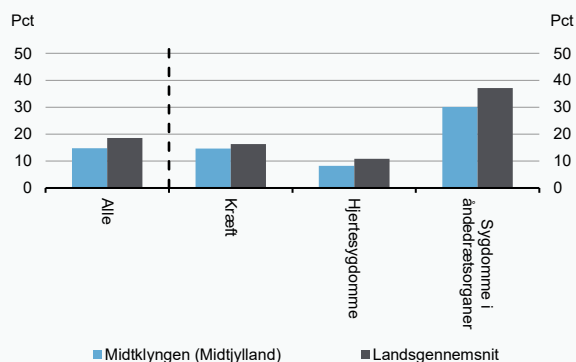
Figur 4

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



Figur 5

Andelen af sygehusophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehuset, hvor der er tale om sygehusophold med udvalgte diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022



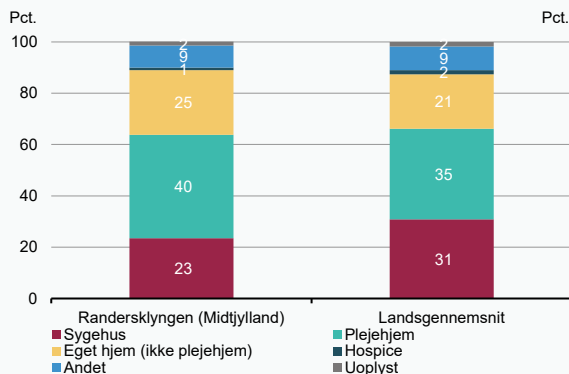
Anm.: Opgørelserne i figur 4 og 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehusophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for sundhedsklyngen indenfor et givent speciale skyldes det diskretionshensyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

# Randersklyngen (Midtjylland)

Figur 1

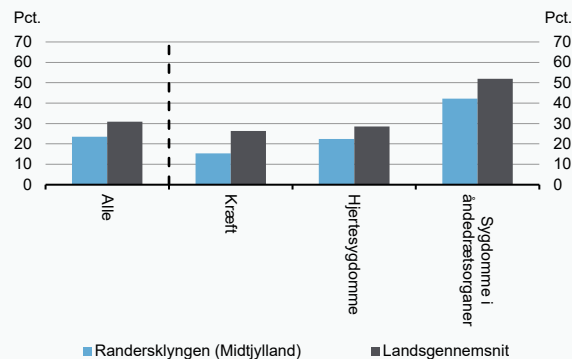
80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

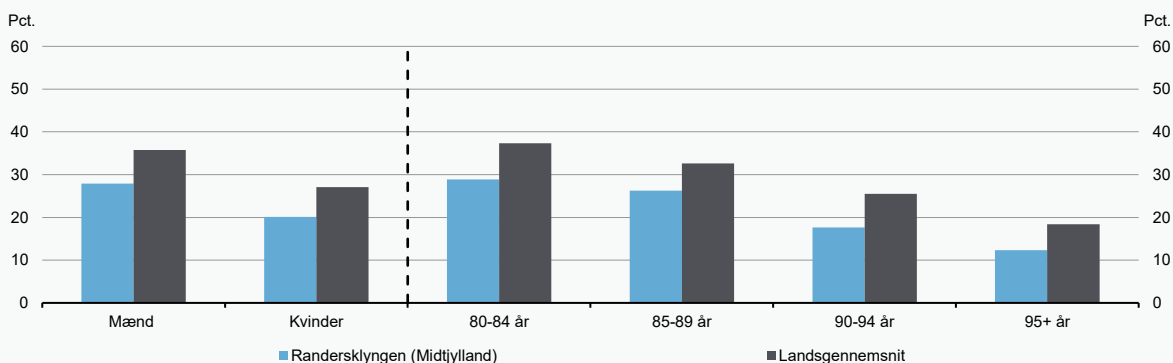
Figur 2

Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022



Figur 3

Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022

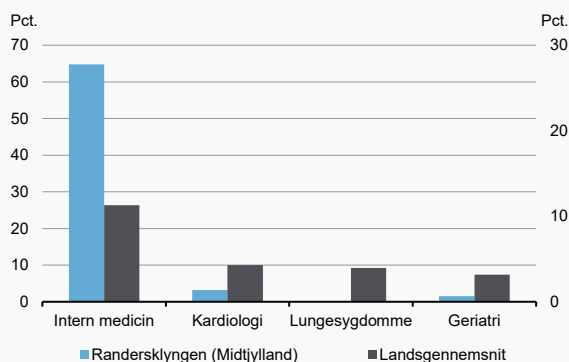


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

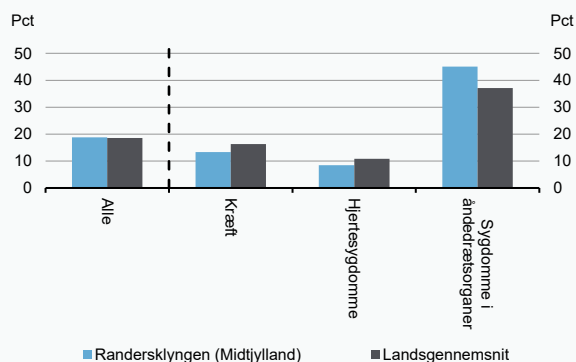
Figur 4

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



Figur 5

Andelen af sygehusophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehuset, hvor der er tale om sygehusophold med udvalgte diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022



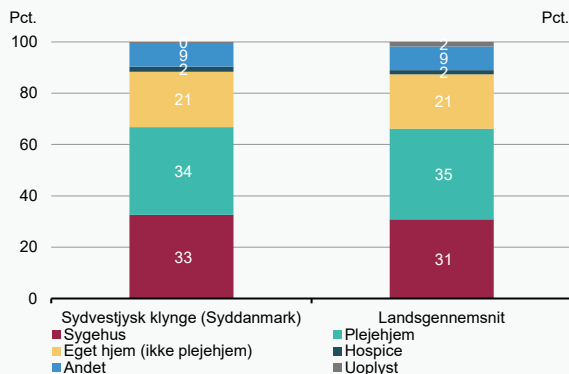
Anm.: Opgørelserne i figur 4 og 5 er lavet p.b.a. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehusophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for sundhedsklyngen indenfor et givent speciale skyldes det diskretionshensyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

# Sydvestjysk klynge (Syddanmark)

Figur 1

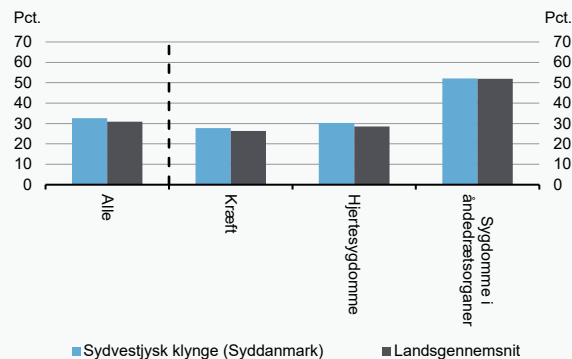
80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

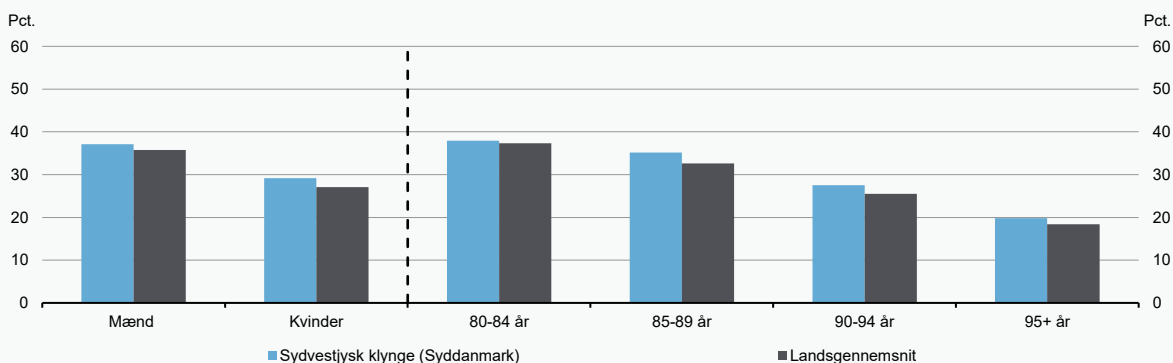
Figur 2

Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022



Figur 3

Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022

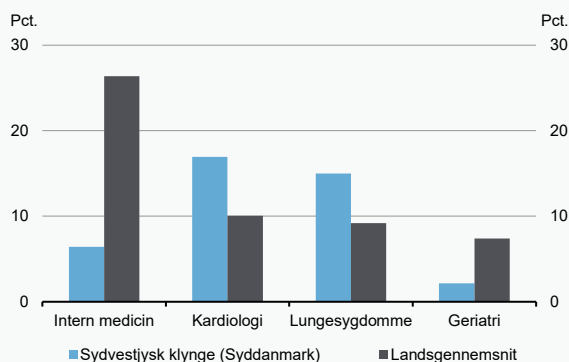


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

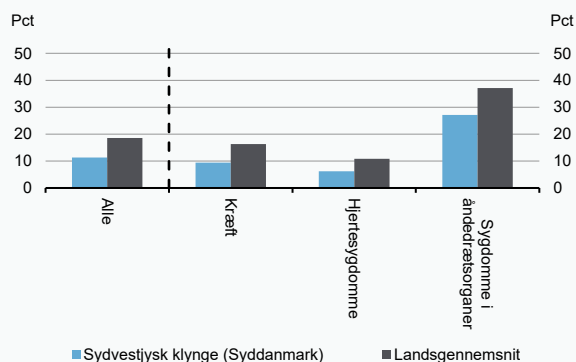
Figur 4

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



Figur 5

Andelen af sygehusophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehuset, hvor der er tale om sygehusophold med udvalgte diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022



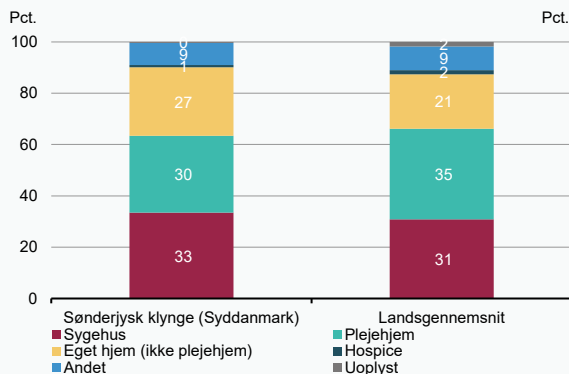
Anm.: Opgørelserne i figur 4 og 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehusophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for sundhedsklyngen indenfor et givent speciale skyldes det diskretionshensyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

## Sønderjysk klynge (Syddanmark)

Figur 1

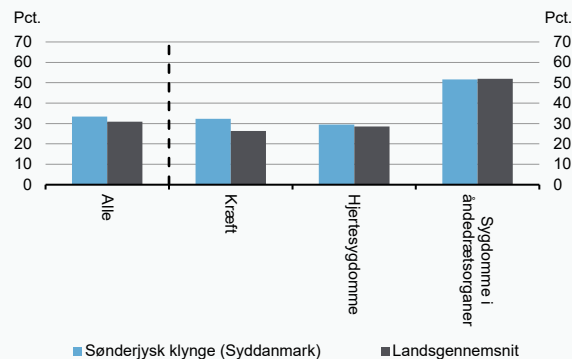
80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

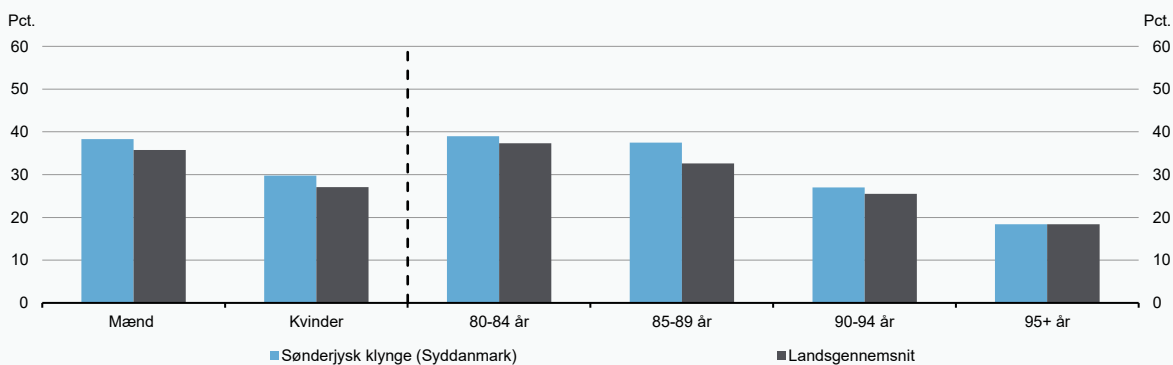
Figur 2

Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022



Figur 3

Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022

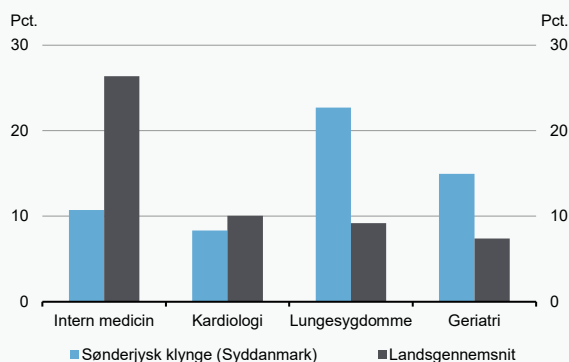


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

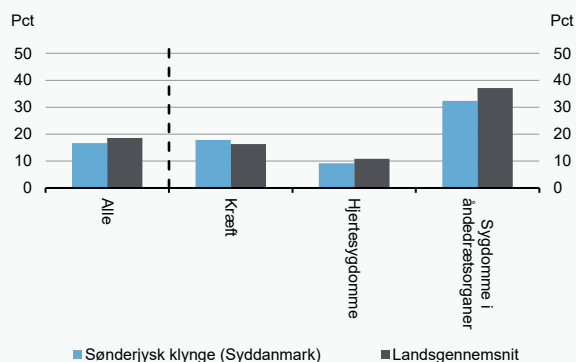
Figur 4

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



Figur 5

Andelen af sygehusophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehuset, hvor der er tale om sygehusophold med udvalgte diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022



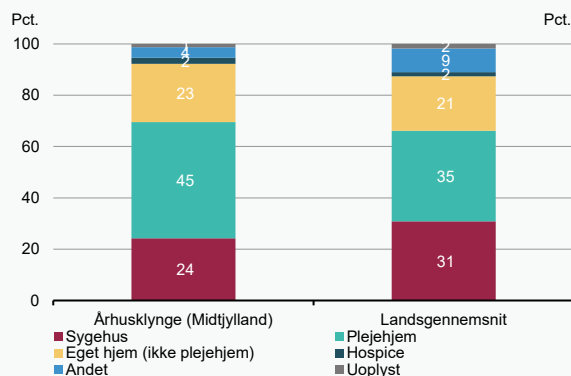
Anm.: Opgørelserne i figur 4 og 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehusophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for sundhedsklyngen indenfor et givent speciale skyldes det diskretionshensyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

# Århusklynge (Midtjylland)

Figur 1

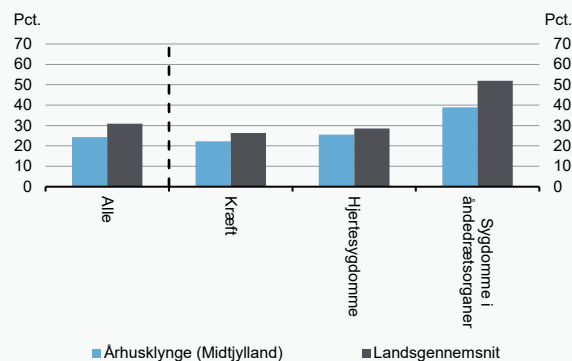
80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

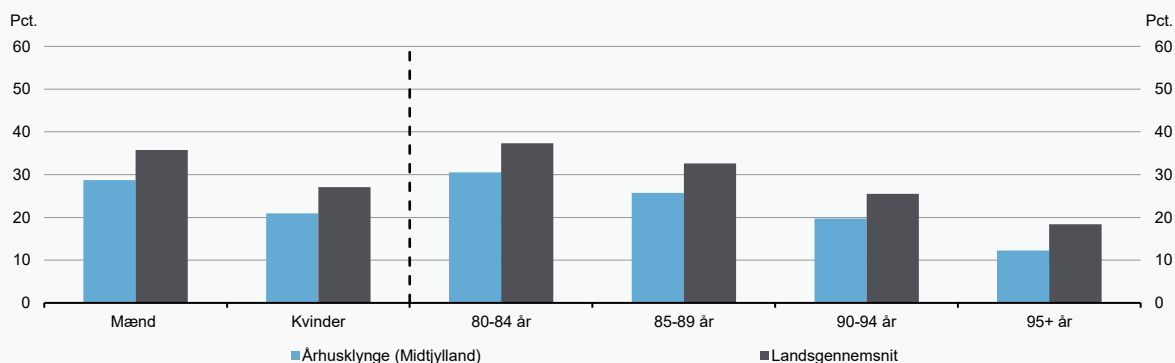
Figur 2

Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022



Figur 3

Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022

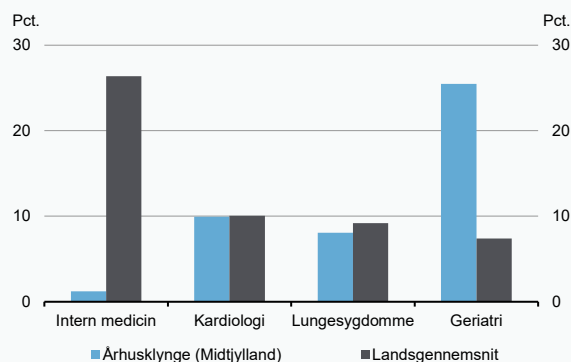


Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

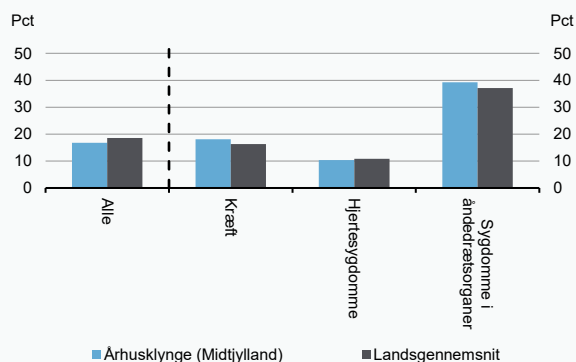
Figur 4

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



Figur 5

Andelen af sygehusophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehuset, hvor der er tale om sygehusophold med udvalgte diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022



Anm.: Opgørelserne i figur 4 og 5 er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehusophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der ingen søjle er for sundhedsklyngen indenfor et givent speciale skyldes det diskretionshensyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

## Bilag 4: Regionsspecifikke nøgletal

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



Indenrigs- og  
Sundhedsministeriets

**BENCHMARKINGENHED**

Publikationen kan hentes på hjemmesiden for  
Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarkingenhed:  
[www.benchmark.dk](http://www.benchmark.dk)

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

## Indhold

1 Læsevejledning.....	3
2 Alders- og kønsstandardiserede resultater.....	6
3 Opgørelser af faktiske tal .....	8



# 1 Læsevejledning

Dette bilag indeholder 10 tabeller med regionsspecifikke nøgletal relateret til Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarkingenheds analyse "Dødsfald blandt ældre – hvor mange ældre ender med at dø på sygehuset?". Generelt er tallene i dette bilag afgrænset på samme måde som i hovedrapporten. I hovedrapportens kapitel 3 og bilag 7: Metode er afgrænsninger og definitioner beskrevet nærmere. I tabel 1-4 findes de køns- og aldersstandardiserede nøgletal over hvor ældre dør henne (fx sygehus, eget hjem, plejehjem m.m.), samt hvor stor en andel, der dør på sygehuset opgjort for på tværs af dødsårsager, alder og køn, samt for de enkelte år i perioden 2018-2022.

I tabel 5-7 og 10 vises de faktiske tal (ikke køns- og aldersstandardiserede), der ligger til grund for de standardiserede tal i tabel 1-4.

I tabel 8-9 er fokus på, hvad der kendetegner det sidste sygehusophold for de, der dør på sygehuset. Her vises, hvor stor en andel af de ældre der dør på sygehuset, der dør på udvalgte specialer, samt hvor stor en andel af de sidste sygehusophold, der kan betegnes som sygehusophold med udvalgte diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv.

Ligesom i hovedrapporten er resultaterne i dette bilag opgjort samlet for årene 2018-2022. Ved at samle data for flere år bliver nøgletallene for hver enkel region baseret på flere dødsfald, det giver mere robuste resultater, hvor eventuelle udsving og tilfældigheder mellem år, udjævnes. Fordi praksis og resultater kan ændre sig fra år til år, kan det også være interessant for den enkelte region at se sine egne opgørelser for de enkelte år. Derfor kan man i tabel 4 og 10 se henholdsvis den alders- og kønsstandardiserede andel af ældre, der døde på sygehuset og den ikke-standardiserede andel, der døde på sygehuset for de enkelte år. Vær dog opmærksom på at tallene for hvert år er baseret på færre observationer og dermed er behæftet med mere usikkerhed.

## **Tabel 1: 80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne, køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**

Her vises 80+ årige afgået ved døden i 2018-2022, fordelt efter hvor de døde henne (fx sygehus, plejehjem, eget hjem osv.) på regionsniveau. Andelene er alders- og kønsstandardiserede.

## **Tabel 2: Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**

I tabellen vises andelen af de 80+ årige, der døde på sygehuset for dødsårsagerne *kræft, hjertesygdomme, demens inkl. Alzheimers, sygdomme i åndedrætsorganer, Andre kredsløbssygdomme og alderdomssvækkelse* samt den samlede andel på tværs af alle dødsårsager. Andelene vises for den enkelte region og på landsplan. Andelene på regionsniveau er alders- og kønsstandardiserede.

## **Tabel 3: Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

I tabel 3 vises andelen af de 80+ årige, der døde på sygehuset opgjort for forskellige aldersgrupper og på tværs af køn på regionsniveau og på landsplan. Andelene for aldersgrupperne på regionsniveau er kønsstandardiserede, og andelene for køn er aldersstandardiserede på regionsniveau.

**Tablet 4: Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for de enkelte år 2018-2022 og hele perioden samlet**

I tabellen vises andelen af de 80+ årige, der døde på sygehuset i de enkelte år 2018-2022 og for hele perioden samlet. Andelene er alders- og kønsstandardiserede. Andelene vises på regionsniveau og på landsplan.

Når man sammenligner andelen, der døde på sygehuset, på tværs af de fem år, bør man være opmærksom på, at disse andele er baseret på færre observationer, og dermed er behæftet med større usikkerhed end andelen for de fem år samlet. Hvis man ser på ændringer i andelen, der døde på sygehuset over tid, anbefales det, at man nøjes med at forholde sig til den mere overordnede trend henover årene i stedet for ændringen fra et specifikt år til det næste.

**Tablet 5: 80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne, 2018-2022**

I denne tabel kan du tilgå resultaterne i tabel 1 ikke-standardiserede. Det er altså de faktiske andele af 80+ årige, der døde på henholdsvis sygehuset, plejehjem eget hjem osv. på regionsniveau og på landsplan.

**Tablet 6: Andelen af de 80+ årige, der døde på sygehuset, opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**

I denne tabel kan man tilgå de ikke-standardiserede resultater i tabel 2. Dvs. i tabellen vises den faktiske andel af de 80+ årige, der døde på sygehuset opgjort for dødsårsagerne *kræft, hjertesygdomme, demens inkl. Alzheimers, sygdomme i åndedrætsorganer, andre kredsløbssygdomme og alderdomssvækkelse* samt den samlede andel på tværs af alle dødsårsager. Andelene vises for den enkelte region og på landsplan.

**Tablet 7: Andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

I tabel 7 vises de ikke-standardiserede resultater i tabel 3. Tabellen viser altså den faktiske andel af ældre der døde på sygehuset på tværs af køn og aldersgrupper. Andelene er opgjort på regionsniveau og på landsplan.

**Tablet 8: Sygehusophold ved dødsfald på sygehus fordelt på sygehusspecialer, 2019-2022**

I tabel 8 er dødsfald på sygehuset blandt ældre, fordelt på de sygehusspecialer, de var indlagt på, da de døde. Andelene er vist på regionsniveau og på landsplan. Tabellen viser de faktiske tal.

**Tablet 9: Andelen af sygehusophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehusophold med udvalgte diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**

I tabellen viser vi andelen af sygehusophold – ved død på sygehuset – hvor der er tale om et sygehusophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. Andelen vises for alle sygehusophold samlet og opgjort på dødsårsagerne *kræft, hjertesygdomme, demens inkl. Alzheimers, sygdomme i åndedrætsorganer og Andre kredsløbssygdomme*. Disse tal er beregnet for døde i perioden marts 2019-2022, da opgørelsen er lavet på LPR3-data. Tabellen viser de faktiske tal.

**Tablet 10: Andelen af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for de enkelte år 2018-2022 og hele perioden samlet**

I tabellen vises den faktiske andel af de 80+ årige, der døde på sygehuset i de enkelte år 2018-2022 og for hele perioden samlet. De alders- og kønsstandardiserede andele kan findes i tabel 4. Andelene vises på regionsniveau og på landsplan.

Når man sammenligner andelen, der døde på sygehuset, på tværs af de fem år, bør man være opmærksom på, at disse andele er baseret på færre observationer, og dermed er behæftet med større usikkerhed end andelen for de fem år samlet. Hvis man ser på ændringer i andelen, der døde på sygehuset over tid, anbefales det, at man nøjes med at forholde sig til den mere overordnede trend henover årene i stedet for ændringen fra et specifikt år til det næste.

## 2 Alders- og kønsstandardiserede resultater

Tabel 1

80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022

Region	Sygehus	Plejehjem	Eget hjem (ikke pleje- hjem)	Hospice	Andet	Uoplyst
Hovedstaden	35,0	32,5	17,0	1,8	11,7	2,3
Midtjylland	23,8	43,0	22,9	1,6	7,5	1,4
Nordjylland	30,4	38,4	18,8	1,5	8,8	2,6
Sjælland	34,5	29,4	23,7	1,8	8,5	2,2
Syddanmark	30,4	34,0	24,4	1,6	9,0	0,8
Landsgennemsnit	30,9	35,3	21,2	1,6	9,3	1,7

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Tabel 2

Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022

Region	Alle	Kræft	Hjertesygdomme	Demens inkl. Alzheimers	Sygdomme i åndedræts- organer	Andre kredsløbs- sygdomme	Aldersdoms- svækkelse
Hovedstaden	35,0	27,2	30,1	6,5	59,4	43,2	4,2
Midtjylland	23,8	18,6	22,6	2,8	39,8	33,0	1,3
Nordjylland	30,4	24,3	30,2	4,0	50,7	42,2	3,6
Sjælland	34,5	32,9	33,1	6,5	57,8	44,9	4,5
Syddanmark	30,4	26,8	28,4	5,3	49,8	39,6	4,3
Landsgennemsnit	30,9	26,3	28,5	5,1	51,9	40,2	3,6

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Tabel 3

Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022

Region	Mænd	Kvinder	80-84 år	85-89 år	90-94 år	95+ år
Hovedstaden	40,8	30,6	41,5	37,0	29,9	21,4
Midtjylland	27,9	20,6	29,9	25,2	18,8	12,4
Nordjylland	35,0	26,8	37,7	32,5	23,6	17,5
Sjælland	40,0	30,3	41,2	35,6	29,1	22,5
Syddanmark	35,1	26,8	36,3	32,4	25,2	18,3
Landsgennemsnit	35,8	27,1	37,3	32,6	25,5	18,4

Anm.: Andelen opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelen opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Tabel 4****Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for de enkelte år 2018-2022 og samlet for hele perioden**

Region	2018	2019	2020	2021	2022	2018-2022
Hovedstaden	36,8	34,9	34,8	34,0	34,5	35,0
Midtjylland	25,0	23,2	23,3	23,4	23,8	23,8
Nordjylland	30,6	30,5	29,5	30,1	30,5	30,4
Sjælland	36,1	35,1	34,1	32,9	34,4	34,5
Syddanmark	31,2	31,1	29,5	29,7	30,5	30,4
Landsgennemsnit	32,1	31,0	30,3	30,0	30,8	30,9

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

### 3 Opgørelser af faktiske tal

Tabel 5

80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne, 2018-2022

Region	Sygehus	Plejhjem	Eget hjem (ikke pleje- hjem)	Hospice	Andet	Uoplyst
Hovedstaden	34,7	32,9	16,8	1,9	11,7	2,3
Midtjylland	23,8	43,0	22,9	1,7	7,5	1,4
Nordjylland	30,3	38,3	18,8	1,6	8,8	2,6
Sjælland	34,8	29,0	23,7	1,9	8,5	2,2
Syddanmark	30,5	33,8	24,5	1,7	9,0	0,8
Landsgennemsnit	30,9	35,3	21,2	1,6	9,3	1,7

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Tabel 6

Andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022

Region	Alle	Kræft	Hjertesyg- domme	Demens inkl. Alz- heimers	Sygdomme i åndedræts- organer	Andre kredsløbs- sygdomme	Alderdoms- svækkelse
Hovedstaden	34,7	32,7	29,9	6,5	58,9	42,9	4,2
Midtjylland	23,8	18,4	22,4	2,8	39,9	32,9	1,2
Nordjylland	30,3	24,1	30,2	4,2	50,9	42,3	3,6
Sjælland	34,8	26,9	33,6	6,5	58,0	45,4	4,5
Syddanmark	30,5	27,2	28,5	5,3	49,8	39,5	4,3
Landsgennemsnit	30,9	26,3	28,5	5,1	51,9	40,2	3,6

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Tabel 7

Andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022

Region	Mænd	Kvinder	80-84 år	85-89 år	90-94 år	95+ år
Hovedstaden	40,8	30,5	41,3	36,9	29,5	21,2
Midtjylland	27,9	20,6	30,0	25,2	18,9	12,4
Nordjylland	34,9	26,8	37,7	32,6	23,8	17,6
Sjælland	40,1	30,5	41,3	35,7	29,1	22,6
Syddanmark	35,1	26,8	36,3	32,4	25,3	18,3
Landsgennemsnit	35,8	27,1	37,3	32,6	25,5	18,4

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Tabel 8

## Sygehusophold ved dødsfald på sygehus fordelt på sygehuspecialer, 2019-2022

Region	Intern medicin	Kardiologi	Lunge-sygdomme	Geriatrici	Neurologi	Akutmedicin	Endokrinologi	Ortopædisk kirurgi	Kirurgi
Hovedstaden	21,2	10,9	12,4	3,0	6,8	1,9	12,8	4,0	2,7
Midtjylland	46,7	8,9	1,8	5,8	4,9	0,6	1,3	9,3	10,1
Nordjylland	15,2	6,7	11,4	10,1	4,8	3,9	2,8	4,4	3,0
Sjælland	31,4	11,9	8,6	8,3	3,8	9,9	3,4	3,7	3,1
Syddanmark	20,2	9,9	9,7	12,3	6,4	10,8	0,6	5,0	6,6
Landsgennemsnit	26,4	10,0	9,2	7,4	5,6	5,4	5,2	5,1	5,1

Anm.: Opgørelsen er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehusophold knyttet til ældres død i perioden marts 2019-2022.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Tabel 9

## Andelen af sygehusophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehusophold med udvalgte diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022

Region	Alle	Kræft	Hjertesygdomme	Demens inkl. Alzheimers	Sygdomme i åndedrætsorganer	Andre kredsløbssygdomme
Hovedstaden	20,9	17,2	12,8	44,9	40,5	8,9
Midtjylland	15,8	14,6	7,3	50,5	37,1	4,9
Nordjylland	13,6	14,3	9,4	23,3	26,5	4,3
Sjælland	22,1	22,0	13,2	45,5	40,9	11,9
Syddanmark	16,8	13,6	10,1	42,2	34,7	6,8
Landsgennemsnit	18,5	16,3	10,8	43,2	37,1	7,7

Anm.: Opgørelsen er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehusophold knyttet til ældres død i perioden fra marts 2019-2022.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Tabel 10

## Andelen af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for de enkelte år 2018-2022 og samlet for hele perioden

Region	2018	2019	2020	2021	2022	2018-2022
Hovedstaden	36,5	34,6	34,4	33,7	34,0	34,7
Midtjylland	25,0	23,2	23,3	23,4	23,9	23,8
Nordjylland	30,5	30,6	29,7	30,1	31,4	30,3
Sjælland	36,4	35,4	34,5	32,9	34,8	34,8
Syddanmark	31,4	31,2	29,7	29,7	30,5	30,5
Landsgennemsnit	32,1	31,0	30,3	30,0	30,8	30,9

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

## Bilag 5: Kommunespecifikke nøgletal

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



Indenrigs- og  
Sundhedsministeriets

**BENCHMARKINGENHED**



Publikationen kan hentes på hjemmesiden for  
Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarkingenhed:  
[www.benchmark.dk](http://www.benchmark.dk)

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

## Indhold

Læsevejledning .....	3
Tabel 1: 80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022 .....	6
Tabel 2: Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022.....	9
Tabel 3: Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022.....	12
Tabel 4: Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemodtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejehjemsbeboere, 2018-2022.....	15
Tabel 5: 80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne, 2018-2022 .....	18
Tabel 6: Andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022.....	21
Tabel 7: Andelen af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022 .....	24
Tabel 8: Andelen af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemodtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejehjemsbeboere, 2018-2022 .....	27
Tabel 9: Andelen af sygehusophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehusophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022 .....	30
Tabel 10: Andelen af 80+ årige, der døde på sygehuset, opgjort for de enkelte år 2018-2022 og for perioden samlet.....	33

## Læsevejledning

Dette bilag indeholder 10 tabeller med kommunespecifikke nøgletal relateret til Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarkingenheds analyse af hvor ældre dør. De 10 tabeller er lavet for alle kommuner undtagen Fanø, Læsø og Samsø, der ikke er inkluderet pga. et for lavt antal observationer. Generelt er tallene i dette bilag afgrænset på samme måde som i hovedrapporten. I bilag 7: Metode er afgrænsninger og definitioner beskrevet nærmere. I tabel 1-4 findes de køns- og aldersstandardiserede nøgletal over hvor ældre dør henne (fx sygehus, eget hjem, plejehjem m.m.), samt hvor stor en andel, der dør på sygehuset opgjort for på tværs af dødsårsager, alder og køn.

I tabel 5-8 vises de faktiske tal (ikke køns- og aldersstandardiserede), der ligger til grund for de standardiserede tal i tabel 1-4.

I tabel 9 er fokus på, hvad der kendetegner det sidste sygehusophold for de, der dør på sygehuset. Her vises, hvor stor en andel af de sidste sygehusophold, der kan betegnes som sygehusophold med udvalgte diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv.

Ligesom i hovedrapporten er resultaterne i dette bilag opgjort samlet for årene 2018-2022. Ved at samle data for flere år bliver nøgletallene for hver enkel kommune baseret på flere dødsfald, det giver mere robuste resultater, hvor eventuelle udsving og tilfældigheder mellem år, udjævnes. Fordi praksis og resultater kan ændre sig fra år til år, kan det også være interessant for den enkelte kommune at se sine egne opgørelser for de enkelte år. Derfor kan man i tabel 10 finde den ikke-standardiserede andel af ældre der døde på sygehuset for de enkelte år, men vær opmærksom på at tallene for hvert år er baseret på færre observationer og dermed er behæftet med mere usikkerhed. Der er ikke alders- og kønsstandardiserede andele tilgængelige for de enkelte år, da antallet af observationer på kommuneniveau er for få til at det er muligt at alders- og kønsstandardisere andelen.

Tal baseret på mindre end 5 individer vises ikke i tabellerne af diskretionshensyn. Derfor er nogle felter i tabellerne tomme.

Bemærk at opgørelserne i tabel 9 baserer sig på LPR3-data for marts 2019-2022, samt at andelen der døde på sygehuset for henholdsvis modtagere af hjemmepleje og hjemmesygepleje i tabel 4 og 8 er baseret på data fra 2020-2022.

### **Tabel 1: 80+ årige afgang ved døden fordelt efter, hvor de døde henne, køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**

Her vises 80+ årige afgang ved døden i 2018-2022, fordelt efter hvor de døde henne (fx sygehus, plejehjem, eget hjem osv.) på kommuneniveau. I denne opgørelse er dødsstederne *hospice* og *uoplyst* slået sammen i kategorien *øvrige*. Andelen er alders- og kønsstandardiserede.

### **Tabel 2: Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**

I tabellen vises andelen af de 80+ årige, der døde på sygehuset for dødsårsagerne *kræft*, *hjertesygdomme* og *sygdomme i åndedrætsorganer* samt den samlede andel på tværs af alle dødsårsager. Andelen vises for den enkelte kommune og på landsplan. Andelen på kommuneniveau er alders- og kønsstandardiserede.

**Tabel 3: Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

I tabel 3 vises andelen af de 80+ årige, der døde på sygehuset opgjort for forskellige aldersgrupper og på tværs af køn på kommuneniveau og på landsplan. Andelene for aldersgrupperne er kønsstandardiserede, og andelene for køn er aldersstandardiserede.

**Tabel 4: Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige, der døde på sygehuset opgjort for modtagere af hjemmepleje og hjemmesygepleje, samt plejehjemsbeboere 2018-2022**

I tabel 4 vises andelen af 80+ årige, der døde på sygehuset opgjort for henholdsvis modtagere af hjemmepleje og hjemmesygepleje, samt plejehjemsbeboere. Andelene for modtagere af hjemmepleje og hjemmesygepleje er baseret på dødsfald blandt ældre i 2020-2022, da der grundet systemskifte er udfordringer med disse data i 2018-2019 for en del kommuner. Resultaterne er baseret på data fra de 77 kommuner, hvor data lever op til kvalitetskravene benyttet i analysen (læs mere i Bilag 7: Metode). Andelene er alders- og kønsstandardiserede.

**Tabel 5: 80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne, 2018-2022**

I denne tabel kan du tilgå resultaterne i tabel 1 ikke-standardiserede. Det er altså de faktiske andele af 80+ årige, der døde på henholdsvis sygehuset, plejehjem eget hjem osv. på kommuneniveau og på landsplan. I denne opgørelse er dødsstederne *hospice* og *uoplyst* slået sammen i kategorien *øvrige*.

**Tabel 6: Andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**

I denne tabel kan man tilgå de ikke-standardiserede resultater i tabel 2. Dvs. i tabellen vises den faktiske andel af de 80+ årige, der døde på sygehuset opgjort for dødsårsagerne *kræft*, *hjertesygdomme* og *sygdomme i åndedrætsorganer* samt den samlede andel på tværs af alle dødsårsager. Andelene vises for den enkelte kommune og på landsplan.

**Tabel 7: Andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

I tabel 7 vises de ikke-standardiserede resultater i tabel 3. Tabellen viser altså den faktiske andel af ældre der døde på sygehuset på tværs af køn og aldersgrupper. Andelene er opgjort på kommuneniveau og på landsplan.

**Tabel 8: Andelen af de 80+ årige, der døde på sygehuset opgjort for modtagere af hjemmepleje og hjemmesygepleje, samt plejehjemsbeboere 2018-2022**

Denne tabel viser de ikke-standardiserede tal, der er tilgængelige i tabel 4. Der gælder derfor de samme forbehold som beskrevet i læsevejledningen for tabel 4. Andelene vises for den enkelte kommune og på landsplansniveau.

**Tabel 9: Andelen af sygehusophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehuset, hvor der er tale om sygehusophold med udvalgte diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**

I denne tabel viser vi andelen af sygehusophold – ved død på sygehuset – hvor der er tale om et sygehusophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. Andelen vises for alle sygehusophold samlet og opgjort for dødsårsagerne *kræft*, *hjertesygdomme*, og *sygdomme i åndedrætsorganer*. Disse tal er beregnet for dødsfald på sygehuset i perioden marts 2019-2022, da opgørelsen er lavet på LPR3-data. Tabellen viser de faktiske tal.

**Tabel 10: Andelen af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for de enkelte år 2018-2022 og hele perioden samlet**

I tabellen vises den faktiske andel af de 80+ årige, der døde på sygehuset i de enkelte år 2018-2022 og for hele perioden samlet. Andelene vises på kommuneniveau og på landsplan.

Når man sammenligner andelen, der døde på sygehuset, på tværs af de fem år, bør man være opmærksom på, at disse andele er baseret på færre observationer, og dermed er behæftet med større usikkerhed end andelen for de fem år samlet. Når man ser på ændringer i andelen, der døde på sygehuset over tid, anbefales det, at man nøjes med at forholde sig til den mere overordnede trend henover årene i stedet for ændringen fra et specifikt år til det næste.

Tabel 1: 80+ årige afgang ved døden fordelt efter, hvor de døde herne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022

Tabel 1					
80+ årige afgang ved døden fordelt efter, hvor de døde herne køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022					
Kommune	Sygehus	Plejhjem	Eget hjem (ikke plejhjem)	Andet	Øvrige
Albertslund Kommune	37,0	29,0	21,6	7,2	5,2
Allerød Kommune	31,4	34,5	16,7	14,2	3,1
Assens Kommune	30,8	33,5	27,1	7,2	1,4
Ballerup Kommune	31,8	30,8	19,4	13,4	4,6
Billund Kommune	29,5	36,1	20,4	12,2	1,7
Bornholms Kommune	44,2	27,2	21,9	4,7	2,0
Brøndby Kommune	33,9	29,6	18,1	14,5	3,9
Brønderslev Kommune	27,4	37,6	19,9	9,0	6,1
Dragør Kommune	38,1	29,1	17,3	12,1	3,5
Egedal Kommune	36,3	30,9	20,4	7,5	4,9
Esbjerg Kommune	37,1	31,4	21,6	6,9	3,0
Favrskov Kommune	25,5	39,4	23,4	9,0	2,7
Faxe Kommune	31,0	35,7	20,9	8,1	4,3
Fredensborg Kommune	33,9	29,1	21,2	10,3	5,6
Fredericia Kommune	32,5	32,0	22,8	9,4	3,3
Frederiksberg Kommune	33,7	35,0	12,9	14,3	4,2
Frederikshavn Kommune	28,9	34,9	21,6	9,4	5,2
Frederikssund Kommune	37,7	26,7	21,8	10,1	3,8
Furesø Kommune	29,9	32,7	17,8	15,7	3,8
Faaborg-Midtfyn Kommune	26,6	35,0	27,9	9,0	1,5
Gentofte Kommune	33,7	36,1	12,2	12,7	5,3
Gladsaxe Kommune	35,9	32,2	15,7	11,7	4,4
Glostrup Kommune	36,0	34,1	14,6	11,0	4,3
Greve Kommune	32,4	32,1	18,7	11,8	5,0
Gribskov Kommune	35,6	35,4	19,1	8,0	1,9
Guldborgsund Kommune	34,7	29,2	23,5	7,6	5,0
Haderslev Kommune	34,5	29,0	25,1	9,6	1,8
Halsnæs Kommune	33,8	30,6	20,8	10,0	4,7
Hedensted Kommune	24,6	38,5	28,2	6,2	2,5
Helsingør Kommune	33,9	29,9	18,5	14,2	3,5
Herlev Kommune	32,5	35,8	15,5	11,9	4,2
Herring Kommune	23,8	48,1	16,9	7,8	3,4
Hillerød Kommune	34,8	33,0	13,8	13,5	4,9
Hjørring Kommune	32,9	32,3	22,8	7,3	4,6
Holbæk Kommune	38,2	25,4	26,3	7,1	3,0
Holstebro Kommune	23,3	42,4	19,3	11,7	3,3

Kommune	Sygehus	Plejhjem	Eget hjem (ikke plejhjem)	Andet	Øvrige
Horsens Kommune	25,7	37,0	26,7	7,9	2,7
Hvidovre Kommune	36,9	30,5	15,2	13,4	3,9
Høje-Taastrup Kommune	35,2	29,0	21,5	8,7	5,6
Hørsholm Kommune	30,4	29,0	19,9	15,3	5,4
Ikast-Brande Kommune	22,3	46,2	20,2	8,6	2,6
Ishøj Kommune	40,9	27,1	16,1	13,0	2,8
Jammerbugt Kommune	33,1	33,7	20,8	9,7	2,6
Kalundborg Kommune	35,6	30,3	23,2	7,4	3,5
Kerteminde Kommune	24,8	35,2	22,0	16,2	1,8
Kolding Kommune	31,6	32,5	25,1	7,6	3,1
Københavns Kommune	36,2	34,4	14,2	11,9	3,2
Køge Kommune	34,0	30,7	23,1	6,2	5,9
Langeland Kommune	28,3	33,4	23,0	12,8	2,5
Lejre Kommune	33,2	30,2	27,3	7,0	2,4
Lemvig Kommune	19,0	40,5	19,1	15,6	5,8
Lolland Kommune	35,9	22,7	23,9	11,0	6,5
Lyngby-Taarbæk Kommune	33,6	33,6	18,5	10,1	4,2
Mariagerfjord Kommune	32,8	39,4	18,9	6,8	2,1
Midtelfart Kommune	27,9	39,0	22,3	8,8	2,0
Morsø Kommune	29,1	40,0	14,9	13,5	2,5
Norddjurs Kommune	20,4	41,9	28,3	6,0	3,4
Nordfyns Kommune	24,9	35,7	30,0	7,2	2,2
Nyborg Kommune	27,6	25,7	35,6	8,6	2,5
Næstved Kommune	36,0	28,7	23,5	9,0	2,9
Odder Kommune	22,2	41,3	23,6	11,5	1,4
Odense Kommune	29,8	34,4	24,1	9,1	2,7
Odsherred Kommune	33,0	32,0	20,0	14,0	1,0
Randers Kommune	24,0	41,8	22,9	9,8	1,5
Rebild Kommune	32,0	42,6	15,2	8,9	1,3
Ringkøbing-Skjern Kommune	21,5	49,4	19,4	7,2	2,5
Ringsted Kommune	33,7	32,4	24,5	5,7	3,8
Roskilde Kommune	33,1	32,5	20,6	9,4	4,5
Rudersdal Kommune	30,2	37,9	16,8	10,7	4,4
Rødovre Kommune	34,0	29,8	21,3	11,3	3,6
Silkeborg Kommune	23,9	43,6	22,1	7,7	2,7
Skanderborg Kommune	23,3	38,8	29,8	5,4	2,7
Skive Kommune	23,7	45,6	22,4	4,7	3,5
Slagelse Kommune	36,5	24,4	29,7	5,1	4,3
Solrød Kommune	34,3	35,1	18,4	9,2	3,1
Sorø Kommune	36,4	29,6	22,9	8,3	2,8
Stevns Kommune	26,8	32,4	29,4	9,2	2,2
Struer Kommune	20,6	47,1	17,9	10,9	3,5
Svendborg Kommune	26,2	38,5	22,6	10,2	2,5

Kommune	Sygehus	Plejhjem	Eget hjem (ikke plejhjem)	Andet	Øvrige
Syddjurs Kommune	23,8	36,1	28,9	8,1	3,1
Sønderborg Kommune	34,1	28,0	29,1	7,5	1,3
Thisted Kommune	27,6	42,2	18,9	8,7	2,7
Tønder Kommune	29,5	34,5	24,8	10,2	1,0
Tårnby Kommune	37,5	34,8	16,5	8,6	2,6
Vallensbæk Kommune	38,0	23,3	22,5	11,5	4,6
Varde Kommune	30,7	38,4	17,5	11,2	2,1
Vejen Kommune	25,8	34,7	26,7	10,6	2,2
Vejle Kommune	26,8	41,2	21,4	7,8	2,8
Vesthimmerlands Kommune	29,1	40,3	16,3	8,9	5,4
Viborg Kommune	25,9	41,3	22,0	8,6	2,1
Vordingborg Kommune	32,3	32,3	22,5	10,4	2,5
Ærø Kommune	32,7	36,7	16,1	12,5	1,9
Aabenraa Kommune	34,6	30,3	26,3	7,8	1,0
Aalborg Kommune	30,5	40,7	17,0	8,5	3,3
Aarhus Kommune	24,3	45,2	22,8	4,2	3,5
Lands gennemsnit	30,9	35,3	21,2	9,3	3,3

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.



Tabel 2: Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022

<b>Tabel 2</b>				
<b>Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022</b>				
<b>Kommune</b>	<b>Alle</b>	<b>Kræft</b>	<b>Hjertesygdomme</b>	<b>Sygdomme i åndedrætsorganer</b>
Albertslund Kommune	37,0	30,6	31,7	66,1
Allerød Kommune	31,4	31,0	32,2	60,7
Assens Kommune	30,8	24,4	26,8	51,4
Ballerup Kommune	31,8	29,2	23,7	56,7
Billund Kommune	29,5	21,0	31,6	45,3
Bornholms Kommune	44,2	52,1	34,6	69,4
Brøndby Kommune	33,9	36,9	21,7	59,0
Brønderslev Kommune	27,4	22,0	36,9	46,8
Dragør Kommune	38,1	29,7	61,5	65,8
Egedal Kommune	36,3	32,4	29,9	58,6
Esbjerg Kommune	37,1	33,9	33,9	54,4
Favrskov Kommune	25,5	18,2	26,0	40,8
Faxe Kommune	31,0	22,0	28,1	53,9
Fredensborg Kommune	33,9	33,0	28,5	59,4
Fredericia Kommune	32,5	30,0	24,2	59,5
Frederiksberg Kommune	33,7	34,9	29,0	56,0
Frederikshavn Kommune	28,9	20,4	28,7	47,8
Frederikssund Kommune	37,7	32,4	31,9	71,0
Furesø Kommune	29,9	24,7	24,5	49,7
Faaborg-Midtfyn Kommune	26,6	16,9	29,2	47,5
Gentofte Kommune	33,7	28,3	32,4	61,7
Gladsaxe Kommune	35,9	30,7	25,8	64,5
Glostrup Kommune	36,0	31,4	35,9	57,6
Greve Kommune	32,4	27,3	38,1	52,1
Gribskov Kommune	35,6	31,1	33,6	63,7
Guldborgsund Kommune	34,7	28,2	31,1	56,0
Haderslev Kommune	34,5	35,9	33,5	55,3
Halsnæs Kommune	33,8	30,4	34,6	66,7
Hedensted Kommune	24,6	18,6	24,3	39,8
Helsingør Kommune	33,9	32,7	30,5	55,2
Herlev Kommune	32,5	26,3	28,4	61,6
Herning Kommune	23,8	20,0	19,1	37,3
Hillerød Kommune	34,8	31,1	31,5	60,3
Hjørring Kommune	32,9	22,4	35,7	56,1
Holbæk Kommune	38,2	28,9	36,7	58,4

Kommune	Alle	Kræft	Hjertesygdomme	Sygdomme i åndedrætsorganer
Holstebro Kommune	23,3	14,4	18,1	43,3
Horsens Kommune	25,7	19,2	22,9	39,2
Hvidovre Kommune	36,9	36,6	33,1	60,0
Høje-Taastrup Kommune	35,2	33,3	25,7	56,3
Hørsholm Kommune	30,4	29,9	27,0	53,3
Ikast-Brande Kommune	22,3	18,5	22,6	42,0
Ishøj Kommune	40,9	34,0	48,6	64,2
Jammerbugt Kommune	33,1	27,4	34,3	48,4
Kalundborg Kommune	35,6	28,1	38,0	58,5
Kerteminde Kommune	24,8	22,7	32,1	34,1
Kolding Kommune	31,6	27,2	29,8	52,9
Københavns Kommune	36,2	34,5	32,6	57,3
Køge Kommune	34,0	29,8	29,1	56,6
Langeland Kommune	28,3	20,7	25,5	60,6
Lejre Kommune	33,2	27,0	34,4	59,9
Lemvig Kommune	19,0	11,2	20,6	32,8
Lolland Kommune	35,9	26,4	30,1	61,5
Lynby-Taarbæk Kommune	33,6	28,9	24,0	55,5
Mariagerfjord Kommune	32,8	33,2	32,4	51,9
Middelfart Kommune	27,9	28,8	22,4	52,7
Morsø Kommune	29,1	28,6	28,9	43,5
Norddjurs Kommune	20,4	12,2	15,8	40,1
Nordfyns Kommune	24,9	19,4	21,5	42,5
Nyborg Kommune	27,6	20,9	25,8	50,1
Næstved Kommune	36,0	26,9	30,8	61,1
Odder Kommune	22,2	14,0	20,1	39,1
Odense Kommune	29,8	28,5	31,3	44,2
Odsherred Kommune	33,0	21,2	32,5	58,8
Randers Kommune	24,0	16,3	23,6	43,2
Rebild Kommune	32,0	22,7	37,6	58,5
Ringkøbing-Skjern Kommune	21,5	18,7	17,3	35,0
Ringsted Kommune	33,7	28,2	33,3	44,6
Roskilde Kommune	33,1	27,0	34,6	61,8
Rudersdal Kommune	30,2	29,1	22,7	59,1
Rødovre Kommune	34,0	32,0	28,0	53,8
Silkeborg Kommune	23,9	21,4	20,6	38,2
Skanderborg Kommune	23,3	17,5	25,0	32,6
Skive Kommune	23,7	19,0	20,2	37,6
Slagelse Kommune	36,5	29,4	36,7	60,0
Solrød Kommune	34,3	28,2	33,6	59,4
Sorø Kommune	36,4	23,7	42,4	55,1
Stevns Kommune	26,8	28,8	27,2	53,3
Struer Kommune	20,6	15,4	18,6	48,7

Kommune	Alle	Kræft	Hjertesygdomme	Sygdomme i åndedrætsorganer
Svendborg Kommune	26,2	21,5	27,1	46,3
Syddjurs Kommune	23,8	15,5	24,2	41,2
Sønderborg Kommune	34,1	33,9	30,1	47,6
Thisted Kommune	27,6	28,1	22,3	43,1
Tønder Kommune	29,5	25,8	27,0	49,2
Tårnby Kommune	37,5	39,0	30,8	62,9
Vallensbæk Kommune	38,0	32,5	30,2	63,7
Varde Kommune	30,7	26,5	30,7	49,9
Vejen Kommune	25,8	20,6	21,0	51,3
Vejle Kommune	26,8	26,9	23,1	45,2
Vesthimmerlands Kommune	29,1	32,9	27,7	53,4
Viborg Kommune	25,9	19,7	28,6	43,8
Vordingborg Kommune	32,3	24,6	28,3	57,3
Ærø Kommune	32,7	36,0	40,4	57,7
Aabenraa Kommune	34,6	31,2	27,5	56,2
Aalborg Kommune	30,5	21,5	28,8	52,1
Aarhus Kommune	24,3	22,2	25,5	38,9
Lands gennemsnit	30,9	26,3	28,5	51,9

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Tabel 3: Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022

Tabel 3						
Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022						
Kommune	Mænd	Kvinder	80-84 år	85-89 år	90-94 år	95+ år
Albertslund Kommune	38,4	35,8	41,9	37,7	36,5	14,3
Allerød Kommune	36,8	27,4	34,8	32,6	28,0	25,2
Assens Kommune	34,6	28,0	37,5	28,9	25,7	28,7
Ballerup Kommune	37,6	27,4	36,8	32,5	28,5	20,5
Billund Kommune	33,0	26,9	32,9	32,0	25,6	20,3
Bornholms Kommune	49,8	39,9	56,2	44,0	36,7	28,0
Brøndby Kommune	39,3	29,8	44,2	36,1	25,3	15,4
Brønderslev Kommune	32,4	23,7	36,3	28,3	19,8	16,7
Dragør Kommune	43,5	33,9	38,3	41,2	37,6	28,3
Egedal Kommune	42,6	31,6	47,4	35,6	28,9	21,0
Esbjerg Kommune	43,0	32,7	42,9	40,0	31,9	22,6
Favrskov Kommune	30,6	21,5	29,7	26,8	24,4	11,3
Faxe Kommune	33,9	28,8	37,5	30,9	25,7	20,5
Fredensborg Kommune	39,1	29,9	38,9	38,0	28,8	17,3
Fredericia Kommune	38,1	28,3	38,1	35,6	26,4	22,4
Frederiksberg Kommune	40,5	28,5	41,9	34,0	27,9	22,4
Frederikshavn Kommune	33,9	25,1	34,8	31,7	21,5	20,1
Frederikssund Kommune	42,5	34,0	44,9	38,3	30,3	28,8
Furesø Kommune	35,7	25,5	35,0	33,7	22,8	18,9
Faaborg-Midtfyn Kommune	29,6	24,2	32,2	27,8	22,7	15,0
Gentofte Kommune	38,8	29,8	39,6	34,3	32,8	20,0
Gladsaxe Kommune	42,0	31,3	42,8	38,0	31,4	21,9
Glostrup Kommune	40,2	32,9	41,5	38,5	26,9	33,2
Greve Kommune	37,2	28,8	40,6	33,7	24,8	15,2
Gribskov Kommune	42,2	30,6	43,2	35,8	33,5	15,8
Guldborgsund Kommune	40,6	30,3	41,8	33,0	32,6	23,2
Haderslev Kommune	38,2	31,6	39,9	39,1	27,6	18,7
Halsnæs Kommune	35,1	32,9	40,6	31,5	31,1	21,3
Hedensted Kommune	31,0	19,8	31,9	25,7	19,1	11,1
Helsingør Kommune	39,3	29,8	41,9	37,3	26,8	15,8
Herlev Kommune	39,8	27,0	32,5	39,6	28,4	19,5
Herning Kommune	30,9	18,5	32,0	24,2	18,2	11,7
Hillerød Kommune	41,5	29,7	42,8	38,2	27,3	17,8
Hjørring Kommune	38,6	28,6	40,2	37,9	22,7	18,8
Holbæk Kommune	44,7	33,3	45,0	40,5	30,9	26,8

Kommune	Mænd	Kvinder	80-84 år	85-89 år	90-94 år	95+ år
Holstebro Kommune	28,3	19,5	31,2	21,3	19,4	14,8
Horsens Kommune	28,5	23,6	33,7	27,4	17,3	15,0
Hvidovre Kommune	44,3	31,3	44,2	40,4	28,3	24,7
Høje-Taastrup Kommune	42,4	29,7	45,1	36,0	27,7	21,0
Hørsholm Kommune	36,0	26,1	35,9	35,7	22,4	16,3
Ikast-Brande Kommune	25,3	20,1	26,7	22,3	19,7	14,9
Ishøj Kommune	42,9	39,5	45,0	45,6	34,4	29,3
Jammerbugt Kommune	36,5	30,6	39,5	35,2	26,4	22,5
Kalundborg Kommune	41,7	31,0	43,0	35,5	33,0	18,2
Kerteminde Kommune	27,1	23,0	33,8	21,6	16,7	20,5
Kolding Kommune	36,7	27,8	36,8	31,0	29,2	22,7
Københavns Kommune	42,2	31,7	42,3	38,6	30,8	23,6
Køge Kommune	38,9	30,4	42,8	34,4	27,3	21,2
Langeland Kommune	32,3	25,2	39,8	29,6	21,8	10,9
Lejre Kommune	36,8	30,5	40,8	34,0	24,8	26,7
Lemvig Kommune	23,5	15,6	20,8	21,3	17,5	11,1
Lolland Kommune	40,6	32,3	43,0	33,7	32,3	27,7
Lyngby-Taarbæk Kommune	39,4	29,3	37,0	35,9	32,5	21,6
Mariagerfjord Kommune	37,8	29,1	38,5	36,8	26,9	17,7
Middelfart Kommune	30,4	26,1	33,5	33,2	18,3	17,4
Morsø Kommune	34,6	24,9	41,5	27,3	21,6	15,7
Norddjurs Kommune	24,1	17,7	26,2	24,3	11,8	10,9
Nordfyns Kommune	28,6	22,1	32,2	25,3	19,4	13,5
Nyborg Kommune	33,2	23,4	30,8	31,4	24,1	12,9
Næstved Kommune	43,3	30,6	41,7	38,0	30,7	25,1
Odder Kommune	26,4	19,0	26,3	26,3	16,6	9,3
Odense Kommune	36,5	24,7	35,9	30,6	25,1	19,5
Odsherred Kommune	37,7	29,4	37,8	37,1	27,0	19,5
Randers Kommune	28,6	20,5	28,5	27,2	18,0	14,1
Rebild Kommune	36,3	28,8	36,5	37,6	25,7	16,3
Ringkøbing-Skjern Kommune	23,6	20,0	30,4	20,5	17,0	8,4
Ringsted Kommune	42,4	27,0	44,4	29,9	29,5	21,2
Roskilde Kommune	38,9	28,6	37,7	36,9	27,8	19,3
Rudersdal Kommune	35,1	26,5	35,4	32,9	24,5	19,9
Rødovre Kommune	40,3	29,3	40,2	35,7	31,4	17,8
Silkeborg Kommune	27,4	21,3	30,6	25,1	18,2	14,5
Skanderborg Kommune	25,0	22,0	25,7	26,8	21,1	11,5
Skive Kommune	27,6	20,8	29,9	24,0	19,4	15,5
Slagelse Kommune	40,9	33,2	42,9	41,1	28,7	21,1
Solrød Kommune	39,6	30,3	44,8	34,1	28,3	14,3
Sorø Kommune	40,4	33,3	43,3	37,4	29,2	25,5
Stevns Kommune	32,7	22,4	32,4	27,3	22,5	18,1
Struer Kommune	25,0	17,3	28,2	19,2	20,1	8,7

Kommune	Mænd	Kvinder	80-84 år	85-89 år	90-94 år	95+ år
Svendborg Kommune	30,2	23,3	31,9	28,0	22,2	14,0
Syddjurs Kommune	27,8	20,7	31,8	25,6	16,8	10,4
Sønderborg Kommune	38,2	30,9	41,2	37,6	26,6	18,4
Thisted Kommune	32,7	23,7	36,7	28,6	21,8	13,5
Tønder Kommune	36,6	24,1	38,0	31,5	23,5	11,5
Tårnby Kommune	43,1	33,2	43,0	37,2	38,5	19,9
Vallensbæk Kommune	49,5	29,4	38,7	48,2	30,8	23,8
Varde Kommune	33,6	28,6	35,9	32,9	27,2	16,5
Vejen Kommune	30,9	22,0	30,5	28,0	20,0	18,4
Vejle Kommune	31,1	23,5	33,3	27,8	22,6	13,7
Vesthimmerlands Kommune	32,4	26,6	36,8	31,0	24,1	11,2
Viborg Kommune	29,1	23,6	31,0	29,3	21,4	11,2
Vordingborg Kommune	39,1	27,2	37,5	33,6	26,6	25,8
Ærø Kommune	43,7	24,5	44,9	33,0	26,6	9,6
Aabenraa Kommune	39,7	30,8	35,6	41,1	29,8	23,5
Aalborg Kommune	34,9	27,2	37,5	31,8	24,8	18,4
Aarhus Kommune	28,7	20,9	30,5	25,7	19,7	12,3
Lands gennemsnit	35,8	27,1	37,3	32,6	25,5	18,4

Anm.: Andelene opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelene opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Tabel 4: Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmepleje-modtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejehjemsbeboere, 2018-2022

Tabel 4			
Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmepleje-modtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejehjemsbeboere, 2018-2022			
Kommune	Hjemmepleje	Hjemmesygepleje	Plejehjem
Albertslund Kommune	43,3	25,5	16,0
Allerød Kommune	36,0	16,2	14,1
Assens Kommune	42,6	12,3	11,2
Ballerup Kommune	38,4	23,7	12,3
Billund Kommune	39,2	15,6	14,2
Bornholms Kommune	49,3	28,0	21,9
Brøndby Kommune	38,1	18,3	15,0
Brønderslev Kommune	29,7	11,9	12,3
Dragør Kommune	42,8	25,1	28,6
Egedal Kommune			12,0
Esbjerg Kommune			17,3
Favrskov Kommune			9,1
Faxe Kommune	42,8	22,3	17,8
Fredensborg Kommune	37,2	21,6	14,6
Fredericia Kommune	46,7	12,4	15,0
Frederiksberg Kommune	39,1	20,3	19,6
Frederikshavn Kommune			12,4
Frederikssund Kommune	43,8	24,0	22,6
Furesø Kommune	35,1	12,6	13,3
Faaborg-Midtfyn Kommune	33,6	8,9	8,7
Gentofte Kommune	42,3	18,6	19,2
Gladsaxe Kommune	44,2	18,0	19,4
Glostrup Kommune			18,0
Greve Kommune	34,4	4,7	14,6
Gribskov Kommune			16,4
Guldborgsund Kommune	36,6	16,0	17,8
Haderslev Kommune	41,1	13,3	14,0
Halsnæs Kommune	42,9	8,9	14,3
Hedensted Kommune	31,1	15,3	8,8
Helsingør Kommune	40,3	7,4	15,2
Herlev Kommune	33,7	8,5	19,9
Herring Kommune	32,7	15,4	8,5
Hillerød Kommune	44,7	7,2	15,4
Hjørring Kommune	40,4	22,1	16,3

Kommune	Hjemmepleje	Hjemmesygepleje	Plejehjem
Holbæk Kommune	39,5	27,6	10,6
Holstebro Kommune	30,1	6,8	11,7
Horsens Kommune			11,9
Hvidovre Kommune	44,4	19,4	17,9
Høje-Taastrup Kommune	35,2	17,2	15,9
Hørsholm Kommune			14,0
Ikast-Brande Kommune	31,2	13,5	8,5
Ishøj Kommune			17,4
Jammerbugt Kommune	37,4	13,6	16,5
Kalundborg Kommune	42,3	16,3	12,0
Kerteminde Kommune	23,2	11,3	10,3
Kolding Kommune	39,1	19,3	12,8
Københavns Kommune	46,2	13,7	20,3
Køge Kommune			13,8
Langeland Kommune	34,8	7,3	16,5
Lejre Kommune	31,3	7,4	14,4
Lemvig Kommune	21,8	13,0	7,5
Lolland Kommune	42,0	10,6	19,7
Lyngby-Taarbæk Kommune			17,5
Mariagerfjord Kommune			15,4
Middelfart Kommune	36,3	5,3	8,6
Morsø Kommune			14,9
Norddjurs Kommune	22,9	10,8	8,2
Nordfyns Kommune	26,4	11,4	10,8
Nyborg Kommune	29,6	6,5	9,1
Næstved Kommune	41,0	14,6	22,9
Odder Kommune	27,0	5,1	3,7
Odense Kommune			10,8
Odsherred Kommune			14,3
Randers Kommune	26,7	13,2	11,8
Rebild Kommune	41,2	13,6	16,7
Ringkøbing-Skjern Kommune	24,4	11,5	8,4
Ringsted Kommune			13,9
Roskilde Kommune	36,0	16,7	16,0
Rudersdal Kommune	38,1	15,5	13,2
Rødovre Kommune	35,9	16,8	14,7
Silkeborg Kommune	29,2	13,2	9,9
Skanderborg Kommune	32,3	12,6	10,3
Skive Kommune	28,1	6,2	9,7
Slagelse Kommune	40,4	26,7	16,5
Solrød Kommune	42,7	18,4	12,6
Sorø Kommune	44,7	11,8	16,1
Stevns Kommune	25,6	12,2	9,3



Kommune	Hjemmepleje	Hjemmesygepleje	Plejhjem
Struer Kommune	34,9	9,1	9,5
Svendborg Kommune	27,6	5,2	12,9
Syddjurs Kommune	24,3	13,2	9,6
Sønderborg Kommune	31,8	21,6	16,1
Thisted Kommune	31,9	18,9	12,0
Tønder Kommune	36,2	12,2	11,9
Tårnby Kommune	52,7	26,6	18,3
Vallensbæk Kommune	38,3	26,1	20,2
Varde Kommune	39,9	12,1	13,8
Vejen Kommune	27,1	13,6	12,2
Vejle Kommune			10,3
Vesthimmerlands Kommune	43,2	18,7	13,9
Viborg Kommune	33,6	11,7	9,1
Vordingborg Kommune			15,9
Ærø Kommune	46,6	14,4	16,0
Aabenraa Kommune	36,9	22,2	14,1
Aalborg Kommune	40,9	20,5	15,5
Aarhus Kommune	34,6		8,7
Lands gennemsnit	36,9	15,6	14,0

Anm.: Andelen er alder- og kønsstandardiserede. Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der er en tom celle på kommuneniveau skyldes det enten diskretionshensyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Der er lavet opgørelser for hjemmepleje og hjemmesygepleje for 77 kommuner.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Tabel 5: 80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne, 2018-2022

Tabel 5					
80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne, 2018-2022					
Kommune	Sygehus	Plejhjem	Eget hjem (ikke plejhjem)	Andet	Øvrige
Albertslund Kommune	38,0	27,2	22,0	7,4	5,4
Allerød Kommune	31,9	33,8	16,9	14,3	3,1
Assens Kommune	31,0	33,3	27,0	7,3	1,4
Ballerup Kommune	32,6	30,0	19,6	13,1	4,8
Billund Kommune	29,7	35,7	20,6	12,2	1,7
Bornholms Kommune	44,2	27,1	21,9	4,7	2,0
Brøndby Kommune	34,3	29,3	18,1	14,3	3,9
Brønderslev Kommune	27,7	37,1	20,2	9,0	6,0
Dragør Kommune	38,6	28,2	17,6	12,1	3,5
Egedal Kommune	38,9	27,7	21,1	7,1	5,2
Esbjerg Kommune	37,5	31,0	21,6	6,9	3,1
Favrskov Kommune	25,6	39,1	23,5	9,1	2,7
Faxe Kommune	30,9	36,0	20,8	8,1	4,3
Fredensborg Kommune	33,9	29,0	21,4	10,2	5,6
Fredericia Kommune	32,9	31,5	22,9	9,4	3,3
Frederiksberg Kommune	32,2	36,7	12,4	14,6	4,2
Frederikshavn Kommune	29,0	34,8	21,6	9,5	5,1
Frederikssund Kommune	38,3	25,8	22,2	10,0	3,8
Furesø Kommune	30,3	32,1	18,0	15,9	3,8
Faaborg-Midtfyn Kommune	26,4	35,2	27,9	9,0	1,5
Gentofte Kommune	32,4	38,3	11,8	12,5	5,0
Gladsaxe Kommune	34,8	33,6	15,3	11,8	4,5
Glostrup Kommune	35,6	35,0	14,1	11,0	4,3
Greve Kommune	34,1	29,9	19,1	11,9	5,0
Gribskov Kommune	36,4	34,0	19,5	8,1	2,0
Guldborgsund Kommune	34,9	29,1	23,4	7,5	5,0
Haderslev Kommune	34,9	28,5	25,1	9,6	1,9
Halsnæs Kommune	34,2	29,7	21,0	10,3	4,8
Hedensted Kommune	25,1	38,1	28,0	6,3	2,6
Helsingør Kommune	34,4	29,4	18,6	14,1	3,5
Herlev Kommune	31,6	37,1	15,2	11,9	4,2
Herning Kommune	23,9	48,0	16,9	7,8	3,4
Hillerød Kommune	35,2	32,4	13,9	13,6	4,8
Hjørring Kommune	32,6	32,7	22,8	7,3	4,6
Holbæk Kommune	38,5	25,0	26,3	7,1	3,1
Holstebro Kommune	23,8	41,5	19,5	11,9	3,3
Horsens Kommune	25,5	37,3	26,6	7,9	2,7

Kommune	Sygehus	Plejhjem	Eget hjem (ikke plejhjem)	Andet	Øvrige
Hvidovre Kommune	36,9	30,5	15,3	13,4	3,9
Høje-Taastrup Kommune	36,0	27,7	21,6	8,9	5,8
Hørsholm Kommune	29,9	29,5	20,0	15,4	5,3
Ikast-Brande Kommune	22,4	45,9	20,4	8,7	2,6
Ishøj Kommune	41,9	26,4	16,7	11,9	3,0
Jammerbugt Kommune	33,4	33,2	21,0	9,7	2,6
Kalundborg Kommune	36,3	29,3	23,3	7,5	3,6
Kerteminde Kommune	25,2	34,1	22,5	16,4	1,8
Kolding Kommune	31,7	32,4	25,2	7,6	3,1
Københavns Kommune	35,4	35,6	13,9	11,9	3,2
Køge Kommune	34,8	29,9	23,2	6,2	5,9
Langeland Kommune	27,9	33,6	23,1	12,9	2,5
Lejre Kommune	33,3	30,1	27,4	6,8	2,4
Lemvig Kommune	19,0	40,6	19,0	15,6	5,8
Lolland Kommune	36,0	22,5	23,9	11,1	6,6
Lyngby-Taarbæk Kommune	32,0	36,8	17,2	10,2	3,7
Mariagerfjord Kommune	33,0	39,1	18,9	6,9	2,1
Middelfart Kommune	27,8	39,2	22,3	8,8	1,9
Morsø Kommune	28,7	40,6	14,7	13,5	2,5
Norddjurs Kommune	20,6	41,8	28,2	6,0	3,4
Nordfyns Kommune	25,2	35,2	30,3	7,1	2,2
Nyborg Kommune	27,4	26,0	35,5	8,6	2,5
Næstved Kommune	36,2	28,5	23,5	9,0	2,9
Odder Kommune	21,9	41,7	23,7	11,3	1,4
Odense Kommune	29,6	34,6	24,1	9,1	2,7
Ods herred Kommune	33,5	31,1	20,3	14,1	1,0
Randers Kommune	23,9	41,9	22,9	9,8	1,5
Rebild Kommune	31,8	42,9	15,1	8,8	1,3
Ringkøbing-Skjern Kommune	21,4	49,6	19,4	7,2	2,4
Ringsted Kommune	33,9	32,1	24,5	5,7	3,8
Roskilde Kommune	33,3	32,1	20,6	9,4	4,5
Rudersdal Kommune	29,3	39,3	16,6	10,6	4,1
Rødovre Kommune	33,7	30,1	21,1	11,4	3,7
Silkeborg Kommune	24,3	42,9	22,3	7,8	2,7
Skanderborg Kommune	23,6	38,1	30,0	5,5	2,8
Skive Kommune	24,0	45,4	22,5	4,7	3,5
Slagelse Kommune	36,8	24,3	29,5	5,1	4,3
Solrød Kommune	35,6	33,1	18,5	9,4	3,5
Sorø Kommune	35,5	30,4	23,2	8,0	2,8
Stevns Kommune	27,0	32,1	29,4	9,3	2,2
Struer Kommune	20,6	47,2	17,8	10,8	3,6
Svendborg Kommune	26,1	38,7	22,6	10,1	2,5
Syddjurs Kommune	24,1	35,5	29,2	8,1	3,1

Kommune	Sygehus	Plejhjem	Eget hjem (ikke plejhjem)	Andet	Øvrige
Sønderborg Kommune	34,4	27,5	29,1	7,6	1,3
Thisted Kommune	27,6	42,2	18,9	8,6	2,7
Tønder Kommune	28,9	35,2	24,6	10,3	1,0
Tårnby Kommune	37,2	35,3	16,3	8,7	2,6
Vallensbæk Kommune	40,1	19,9	23,4	11,5	5,1
Varde Kommune	30,9	38,2	17,6	11,2	2,1
Vejen Kommune	26,1	34,3	27,0	10,4	2,2
Vejle Kommune	26,9	41,0	21,5	7,8	2,8
Vesthimmerlands Kommune	29,3	39,9	16,5	9,0	5,3
Viborg Kommune	26,0	41,1	22,1	8,6	2,1
Vordingborg Kommune	32,6	31,7	22,7	10,4	2,6
Ærø Kommune	32,1	37,5	16,2	12,4	1,9
Aabenraa Kommune	34,5	30,3	26,4	7,8	0,9
Aalborg Kommune	30,5	40,7	17,0	8,5	3,3
Aarhus Kommune	24,0	45,7	22,6	4,2	3,5
Lands gennemsnit	30,9	35,3	21,2	9,3	3,3

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Tabel 6: Andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022

Tabel 6				
Andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022				
Kommune	Alle	Kræft	Hjertesygdomme	Sygdomme i åndedrætsorganer
Albertslund Kommune	38,0	31,0	34,1	67,2
Allerød Kommune	31,9	30,5	32,2	61,2
Assens Kommune	31,0	24,5	26,9	51,7
Ballerup Kommune	32,6	29,9	24,5	55,0
Billund Kommune	29,7	20,9	31,8	43,6
Bornholms Kommune	44,2	52,3	33,7	69,9
Brøndby Kommune	34,3	35,3	21,8	60,6
Brønderslev Kommune	27,7	21,4	37,9	46,4
Dragør Kommune	38,6	30,3	55,8	66,7
Egedal Kommune	38,9	34,6	30,6	57,3
Esbjerg Kommune	37,5	33,9	35,1	55,1
Favrskov Kommune	25,6	18,2	25,4	41,3
Faxe Kommune	30,9	21,9	28,3	54,3
Fredensborg Kommune	33,9	33,1	29,1	59,5
Fredericia Kommune	32,9	30,1	24,8	60,1
Frederiksberg Kommune	32,2	34,3	28,3	53,8
Frederikshavn Kommune	29,0	20,4	28,3	46,7
Frederikssund Kommune	38,3	33,5	32,2	70,7
Furesø Kommune	30,3	25,0	24,7	49,6
Faaborg-Midtfyn Kommune	26,4	16,9	28,9	46,9
Gentofte Kommune	32,4	27,7	29,3	60,4
Gladsaxe Kommune	34,8	29,2	24,9	63,3
Glostrup Kommune	35,6	29,4	36,1	59,5
Greve Kommune	34,1	27,7	39,3	52,3
Gribskov Kommune	36,4	31,1	34,9	63,3
Guldborgsund Kommune	34,9	28,3	31,4	56,1
Haderslev Kommune	34,9	36,0	33,3	55,2
Halsnæs Kommune	34,2	29,3	35,1	67,3
Hedensted Kommune	25,1	18,7	24,1	39,7
Helsingør Kommune	34,4	33,4	30,4	55,8
Herlev Kommune	31,6	26,6	27,1	61,5
Herning Kommune	23,9	19,8	19,2	37,6
Hillerød Kommune	35,2	31,3	32,7	59,3
Hjørring Kommune	32,6	21,9	35,8	56,0
Holbæk Kommune	38,5	29,2	36,5	57,9
Holstebro Kommune	23,8	14,5	18,9	43,9
Horsens Kommune	25,5	19,1	22,5	39,3

Kommune	Alle	Kræft	Hjertesygdomme	Sygdomme i åndedrætsorganer
Hvidovre Kommune	36,9	37,1	32,6	60,7
Høje-Taastrup Kommune	36,0	33,5	26,8	57,5
Hørsholm Kommune	29,9	29,9	26,1	51,9
Ikast-Brande Kommune	22,4	18,4	22,3	42,0
Ishøj Kommune	41,9	34,0	49,1	70,2
Jammerbugt Kommune	33,4	27,2	35,6	48,3
Kalundborg Kommune	36,3	27,8	39,1	60,3
Kerteminde Kommune	25,2	22,3	32,5	33,7
Kolding Kommune	31,7	26,9	30,4	52,5
Københavns Kommune	35,4	33,8	32,3	56,1
Køge Kommune	34,8	30,3	32,2	57,5
Langeland Kommune	27,9	19,7	25,0	61,6
Lejre Kommune	33,3	26,8	34,2	59,7
Lemvig Kommune	19,0	11,3	20,4	32,8
Lolland Kommune	36,0	26,4	30,0	61,7
Lyngby-Taarbæk Kommune	32,0	28,3	23,5	55,9
Mariagerfjord Kommune	33,0	33,3	32,2	52,4
Middelfart Kommune	27,8	28,1	21,6	54,9
Morsø Kommune	28,7	28,1	29,3	42,9
Norddjurs Kommune	20,6	12,0	15,2	43,1
Nordfyns Kommune	25,2	19,6	21,3	43,3
Nyborg Kommune	27,4	20,9	26,0	50,0
Næstved Kommune	36,2	27,5	30,7	62,0
Odder Kommune	21,9	14,2	19,6	39,7
Odense Kommune	29,6	28,4	31,3	44,6
Odsherred Kommune	33,5	21,1	33,3	59,0
Randers Kommune	23,9	16,1	23,7	43,2
Rebild Kommune	31,8	22,7	35,4	60,0
Ringkøbing-Skjern Kommune	21,4	18,1	16,6	35,0
Ringsted Kommune	33,9	26,4	34,9	45,4
Roskilde Kommune	33,3	27,1	36,1	61,9
Rudersdal Kommune	29,3	28,7	21,5	57,2
Rødovre Kommune	33,7	31,5	27,8	53,6
Silkeborg Kommune	24,3	21,5	20,7	38,2
Skanderborg Kommune	23,6	17,8	25,4	32,2
Skive Kommune	24,0	19,0	20,0	38,3
Slagelse Kommune	36,8	29,4	37,7	59,9
Solrød Kommune	35,6	28,7	31,8	60,0
Sorø Kommune	35,5	21,6	40,7	54,8
Stevns Kommune	27,0	28,5	26,4	52,6
Struer Kommune	20,6	15,5	18,0	49,1
Svendborg Kommune	26,1	21,6	27,2	44,5
Syddjurs Kommune	24,1	15,6	25,4	43,4

Kommune	Alle	Kræft	Hjertesygdomme	Sygdomme i åndedrætsorganer
Sønderborg Kommune	34,4	34,7	30,6	47,6
Thisted Kommune	27,6	28,0	22,4	43,6
Tønder Kommune	28,9	24,2	26,9	48,7
Tårnby Kommune	37,2	38,6	31,1	61,2
Vallensbæk Kommune	40,1	34,8	30,6	67,6
Varde Kommune	30,9	26,5	30,3	50,0
Vejen Kommune	26,1	20,5	20,9	52,4
Vejle Kommune	26,9	27,2	23,0	45,4
Vesthimmerlands Kommune	29,3	33,1	27,6	55,6
Viborg Kommune	26,0	19,9	29,0	44,0
Vordingborg Kommune	32,6	24,9	28,4	57,9
Ærø Kommune	32,1	35,3	39,2	50,0
Aabenraa Kommune	34,5	31,3	27,0	55,8
Aalborg Kommune	30,5	21,4	28,8	52,2
Aarhus Kommune	24,0	22,2	24,9	38,5
Lands gennemsnit	30,9	26,3	28,5	51,9

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Tabel 7: Andelen af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022

Tabel 7						
Andelen af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022						
Kommune	Mænd	Kvinder	80-84 år	85-89 år	90-94 år	95+ år
Albertslund Kommune	40,7	35,7	41,9	37,9	36,5	14,3
Allerød Kommune	36,8	27,4	35,4	32,8	28,2	25,4
Assens Kommune	34,5	28,2	37,4	28,9	26,8	28,7
Ballerup Kommune	37,9	28,3	36,6	32,6	28,7	20,4
Billund Kommune	32,9	27,0	32,9	32,3	25,8	20,5
Bornholms Kommune	49,9	39,8	56,3	44,0	36,4	28,0
Brøndby Kommune	39,3	31,0	43,8	36,0	25,1	15,6
Brønderslev Kommune	32,0	23,9	36,4	28,4	20,3	17,2
Dragør Kommune	43,6	34,5	38,3	41,2	39,3	28,6
Egedal Kommune	44,9	33,0	47,9	35,9	28,8	20,0
Esbjerg Kommune	43,1	33,2	42,9	40,1	32,0	22,2
Favrskov Kommune	30,5	21,7	29,6	26,9	24,7	12,3
Faxe Kommune	33,9	28,5	37,7	31,2	25,9	20,0
Fredensborg Kommune	39,3	29,6	39,1	38,0	28,1	16,8
Fredericia Kommune	38,0	28,7	37,9	35,3	27,1	22,8
Frederiksberg Kommune	40,0	28,0	41,0	33,3	27,4	22,0
Frederikshavn Kommune	33,7	25,2	34,8	31,8	22,0	20,3
Frederikssund Kommune	42,9	34,4	44,9	38,5	29,9	29,1
Furesø Kommune	36,1	25,5	35,1	34,3	22,8	18,7
Faaborg-Midtfyn Kommune	29,5	24,0	32,2	27,8	22,8	15,1
Gentofte Kommune	38,4	28,6	39,6	34,0	32,7	19,9
Gladsaxe Kommune	42,0	30,7	42,1	37,9	29,8	21,6
Glostrup Kommune	39,8	33,0	41,0	38,3	26,8	33,3
Greve Kommune	38,0	30,7	40,9	33,8	25,5	15,3
Gribskov Kommune	42,4	31,0	43,3	36,5	33,9	15,6
Guldborgsund Kommune	40,6	30,3	42,0	32,9	32,5	24,4
Haderslev Kommune	38,3	32,0	39,9	39,1	28,0	18,7
Halsnæs Kommune	34,9	33,6	40,7	31,8	30,9	22,4
Hedensted Kommune	31,0	19,5	32,5	26,8	19,3	11,0
Helsingør Kommune	39,7	30,2	41,9	37,4	26,5	16,1
Herlev Kommune	39,8	27,0	31,3	39,5	26,9	19,2
Herning Kommune	31,0	18,5	31,8	24,4	18,3	11,2
Hillerød Kommune	41,4	30,2	42,8	38,3	28,3	17,8
Hjørring Kommune	38,3	28,1	40,3	37,9	22,7	18,9
Holbæk Kommune	44,9	33,4	45,3	40,5	30,9	26,8
Holstebro Kommune	28,3	19,8	31,3	21,7	19,8	16,0
Horsens Kommune	28,5	23,4	33,7	27,3	17,2	15,0



Kommune	Mænd	Kvinder	80-84 år	85-89 år	90-94 år	95+ år
Hvidovre Kommune	44,5	31,5	44,0	40,5	28,0	23,6
Høje-Taastrup Kommune	43,0	30,4	45,0	35,9	27,9	20,7
Hørsholm Kommune	35,6	25,6	36,0	35,8	22,3	16,5
Ikast-Brande Kommune	25,2	20,1	26,7	22,5	19,7	14,5
Ishøj Kommune	43,6	40,6	45,0	45,5	34,4	29,6
Jammerbugt Kommune	36,4	30,9	39,5	35,3	26,5	22,8
Kalundborg Kommune	41,8	31,3	43,2	35,6	33,2	19,6
Kerteminde Kommune	27,2	23,3	33,6	21,8	17,2	20,3
Kolding Kommune	36,8	27,7	36,9	31,2	29,2	22,7
Københavns Kommune	42,3	31,4	42,2	38,0	29,9	22,6
Køge Kommune	38,8	31,3	42,9	34,2	28,4	20,1
Langeland Kommune	31,3	25,2	39,9	29,6	22,1	10,9
Lejre Kommune	36,7	30,1	40,8	34,0	25,3	26,2
Lemvig Kommune	23,5	15,6	20,8	21,3	17,6	11,0
Lolland Kommune	40,7	32,3	43,0	33,9	32,0	27,7
Lyngby-Taarbæk Kommune	38,7	28,2	36,7	35,4	32,3	21,2
Mariagerfjord Kommune	37,7	29,3	38,5	36,8	27,1	17,7
Middelfart Kommune	30,6	25,7	33,5	33,1	18,2	17,5
Morsø Kommune	34,6	24,7	41,1	27,3	20,6	15,7
Norddjurs Kommune	24,2	17,8	26,2	24,5	11,8	10,9
Nordfyns Kommune	28,8	22,2	32,0	25,3	19,1	14,8
Nyborg Kommune	32,9	23,2	30,6	32,2	24,0	14,0
Næstved Kommune	43,3	30,7	41,7	38,0	30,7	25,3
Odder Kommune	26,7	18,6	26,6	26,3	16,4	9,1
Odense Kommune	36,6	24,5	36,1	30,5	24,8	19,2
Odsherred Kommune	37,9	29,8	37,8	37,3	26,8	20,5
Randers Kommune	28,4	20,5	28,5	27,2	18,0	14,6
Rebild Kommune	36,3	28,5	36,6	37,7	25,9	15,6
Ringkøbing-Skjern Kommune	23,5	19,8	30,5	20,6	17,1	8,3
Ringsted Kommune	42,4	27,2	44,3	30,0	29,3	23,2
Roskilde Kommune	39,0	29,1	37,7	36,9	27,4	19,2
Rudersdal Kommune	34,6	25,7	35,2	32,9	24,6	20,5
Rødovre Kommune	40,3	29,7	40,0	35,1	31,4	17,8
Silkeborg Kommune	27,6	21,6	30,6	25,1	18,3	14,1
Skanderborg Kommune	25,2	22,3	25,8	26,7	21,1	11,3
Skive Kommune	27,4	20,9	30,2	23,9	20,1	15,5
Slagelse Kommune	41,0	33,6	42,9	41,1	28,8	21,1
Solrød Kommune	39,5	31,7	44,9	33,8	29,3	14,3
Sorø Kommune	40,4	32,3	43,5	37,6	27,8	26,5
Stevns Kommune	32,8	22,5	32,6	27,4	22,7	18,1
Struer Kommune	24,9	17,5	28,2	18,9	20,4	8,3
Svendborg Kommune	30,0	23,0	32,0	28,0	22,2	14,3
Syddjurs Kommune	27,9	20,6	32,0	26,0	16,9	10,6

Kommune	Mænd	Kvinder	80-84 år	85-89 år	90-94 år	95+ år
Sønderborg Kommune	38,4	31,2	41,2	37,7	26,6	18,9
Thisted Kommune	32,6	23,7	36,6	28,8	21,8	13,3
Tønder Kommune	36,6	23,8	37,8	31,1	23,2	10,8
Tårnby Kommune	43,2	33,1	42,9	37,0	37,5	19,7
Vallensbæk Kommune	49,7	31,1	38,3	49,5	33,9	23,8
Varde Kommune	33,5	28,7	35,9	33,0	27,9	16,6
Vejle Kommune	30,8	21,7	30,6	28,8	20,3	18,5
Vejle Kommune	31,0	23,6	33,3	27,9	22,6	13,7
Vesthimmerlands Kommune	32,4	26,6	36,8	31,2	24,4	11,2
Viborg Kommune	29,1	23,6	31,0	29,3	21,5	11,1
Vordingborg Kommune	39,5	27,4	37,7	33,3	26,6	25,0
Ærø Kommune	42,5	24,3	45,1	32,0	27,3	11,1
Aabenraa Kommune	39,7	30,6	35,6	41,2	29,5	23,0
Aalborg Kommune	34,8	27,2	37,5	31,8	24,9	18,3
Aarhus Kommune	28,7	20,8	30,4	25,5	19,7	12,1
Lands gennemsnit	35,8	27,1	37,3	32,6	25,5	18,4

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Tabel 8: Andelen af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemodtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejhjemsbeboere, 2018-2022

Tabel 8			
Andelen af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for hjemmeplejemodtagere, modtagere af hjemmesygepleje, samt plejhjemsbeboere, 2018-2022			
Kommune	Hjemmepleje	Hjemmesygepleje	Plejhjem
Albertslund Kommune	44,9	25,7	15,7
Allerød Kommune	36,0	16,3	14,4
Assens Kommune	42,3	12,2	11,2
Ballerup Kommune	38,8	23,7	13,0
Billund Kommune	38,8	15,5	14,4
Bornholms Kommune	48,3	27,7	21,7
Brøndby Kommune	36,7	17,9	15,9
Brønderslev Kommune	30,1	11,8	12,4
Dragør Kommune	43,6	25,3	29,5
Egedal Kommune			14,3
Esbjerg Kommune			17,4
Favrskov Kommune			8,9
Faxe Kommune	42,7	22,4	17,6
Fredensborg Kommune	37,3	21,4	14,4
Fredericia Kommune	46,6	12,6	15,6
Frederiksberg Kommune	38,6	19,0	19,0
Frederikshavn Kommune			12,5
Frederikssund Kommune	44,2	24,1	22,9
Furesø Kommune	35,3	11,8	13,6
Faaborg-Midtfyn Kommune	33,2	8,7	8,7
Gentofte Kommune	40,9	17,8	18,7
Gladsaxe Kommune	43,3	17,3	18,6
Glostrup Kommune			17,9
Greve Kommune	35,1	4,8	15,1
Gribskov Kommune			16,7
Guldborgsund Kommune	36,7	16,3	17,9
Haderslev Kommune	41,3	13,4	14,0
Halsnæs Kommune	42,4	8,0	14,3
Hedensted Kommune	31,0	15,7	9,5
Helsingør Kommune	40,7	7,8	15,1
Herlev Kommune	33,5	8,1	19,4
Herning Kommune	32,8	15,6	8,5
Hillerød Kommune	46,1	7,2	15,4
Hjørring Kommune	40,3	21,9	15,8
Holbæk Kommune	40,0	28,0	10,3

Kommune	Hjemmepleje	Hjemmesygepleje	Plejehjem
Holstebro Kommune	30,4	7,1	12,0
Horsens Kommune			11,8
Hvidovre Kommune	44,5	19,4	18,0
Høje-Taastrup Kommune	35,3	17,0	16,1
Hørsholm Kommune			13,7
Ikast-Brande Kommune	31,1	13,5	8,7
Ishøj Kommune			15,8
Jammerbugt Kommune	37,6	13,9	16,6
Kalundborg Kommune	42,2	16,5	12,0
Kerteminde Kommune	23,6	11,6	10,4
Kolding Kommune	39,1	19,6	12,8
Københavns Kommune	45,8	13,4	19,8
Køge Kommune			14,0
Langeland Kommune	33,3	7,0	15,9
Lejre Kommune	31,4	7,4	14,2
Lemvig Kommune	21,4	13,2	7,3
Lolland Kommune	41,5	10,4	19,5
Lyngby-Taarbæk Kommune			15,9
Mariagerfjord Kommune			15,7
Middelfart Kommune	35,5	5,0	8,7
Morsø Kommune			14,6
Norddjurs Kommune	22,5	10,7	8,6
Nordfyns Kommune	27,0	11,5	11,1
Nyborg Kommune	29,5	5,8	9,0
Næstved Kommune	41,1	14,7	22,8
Odder Kommune	27,3	5,0	3,8
Odense Kommune			10,7
Odsherred Kommune			14,4
Randers Kommune	26,6	13,0	11,9
Rebild Kommune	44,5	14,5	16,4
Ringkøbing-Skjern Kommune	24,1	11,2	8,4
Ringsted Kommune			14,5
Roskilde Kommune	36,0	17,1	16,0
Rudersdal Kommune	37,8	15,2	13,0
Rødovre Kommune	35,5	16,3	14,4
Silkeborg Kommune	29,7	13,8	10,1
Skanderborg Kommune	32,7	13,2	10,4
Skive Kommune	28,7	6,5	10,2
Slagelse Kommune	40,1	26,7	16,8
Solrød Kommune	39,4	18,8	12,4
Sorø Kommune	42,5	11,1	16,3
Stevns Kommune	26,5	12,6	9,2
Struer Kommune	31,9	9,1	9,6

Kommune	Hjemmepleje	Hjemmesygepleje	Plejehjem
Svendborg Kommune	27,6	5,0	13,0
Syddjurs Kommune	24,3	13,3	10,1
Sønderborg Kommune	31,3	22,0	16,3
Thisted Kommune	31,7	18,8	12,1
Tønder Kommune	35,6	11,5	11,4
Tårnby Kommune	52,6	26,0	18,1
Vallensbæk Kommune	40,7	30,2	19,1
Varde Kommune	39,8	12,0	14,0
Vejen Kommune	27,1	13,9	12,4
Vejle Kommune			10,5
Vesthimmerlands Kommune	42,9	18,8	14,0
Viborg Kommune	33,4	11,7	9,2
Vordingborg Kommune			15,8
Ærø Kommune	45,8	14,0	15,5
Aabenraa Kommune	37,1	22,1	14,2
Aalborg Kommune	40,9	20,5	15,5
Aarhus Kommune	34,3		8,8
Lands gennemsnit	36,9	15,6	14,0

Anm.: Andelene for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der er en tom celle på kommuneniveau skyldes det enten diskretionshensyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for kommunen. Der er lavet opgørelser for hjemmepleje og hjemmesygepleje for 77 kommuner.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Tabel 9: Andelen af sygehusophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehusophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022

Tabel 9				
Andelen af sygehusophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehusophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022				
Kommune	Alle	Kræft	Hjertesygdomme	Sygdomme i åndedrætsorganer
Albertslund Kommune	16,6			27,6
Allerød Kommune	27,4	20,7	33,3	48,3
Assens Kommune	21,9			47,6
Ballerup Kommune	19,6	11,9	17,1	39,1
Billund Kommune	11,4			40,7
Bornholms Kommune	20,6	15,8		48,9
Brøndby Kommune	21,0	18,8		40,0
Brønderslev Kommune	16,8			44,4
Dragør Kommune	19,8			28,0
Egedal Kommune	18,0	21,1		43,8
Esbjerg Kommune	10,8	5,6	7,0	26,7
Favrskov Kommune	20,8			57,6
Faxe Kommune	24,5	26,3		46,0
Fredensborg Kommune	22,5	13,6		43,6
Fredericia Kommune	15,6	9,5		33,8
Frederiksberg Kommune	18,8	13,5	17,6	34,5
Frederikshavn Kommune	16,3	22,4	21,5	32,1
Frederikssund Kommune	23,5	13,3		43,7
Furesø Kommune	18,8	14,9		40,7
Faaborg-Midtfyn Kommune	24,2	18,8	12,1	51,7
Gentofte Kommune	23,8	12,5	12,7	46,2
Gladsaxe Kommune	22,6	15,9	11,8	43,9
Glostrup Kommune	22,4		22,2	38,2
Greve Kommune	19,3			47,9
Gribskov Kommune	18,4	25,0		31,4
Guldborgsund Kommune	19,9	26,5	11,8	30,9
Haderslev Kommune	15,4	15,1	9,5	22,4
Halsnæs Kommune	25,1	22,9		35,7
Hedensted Kommune	16,4			31,7
Helsingør Kommune	25,3	26,3	15,6	51,7
Herlev Kommune	20,0			42,6
Herring Kommune	13,7			34,9
Hillerød Kommune	25,9	27,5	18,8	40,6
Hjørring Kommune	19,3	23,9	10,0	31,9

Kommune	Alle	Kræft	Hjertesygdomme	Sygdomme i åndedrætsorganer
Holbæk Kommune	23,3	17,8	13,0	41,3
Holstebro Kommune	15,3	20,6		37,5
Horsens Kommune	15,0	14,3		39,1
Hvidovre Kommune	21,4	18,1	14,0	41,0
Høje-Taastrup Kommune	14,0			30,6
Hørsholm Kommune	19,1	18,4		42,1
Ikast-Brande Kommune	16,3			28,9
Ishøj Kommune	14,6			50,0
Jammerbugt Kommune	11,5			30,0
Kalundborg Kommune	20,3	14,5	10,3	41,5
Kerteminde Kommune	23,3	30,8	20,7	45,0
Kolding Kommune	15,4	7,1	11,8	31,1
Københavns Kommune	21,1	18,4	14,2	37,3
Køge Kommune	23,8	21,7		50,0
Langeland Kommune	26,6			41,7
Lejre Kommune	24,4			40,0
Lemvig Kommune	7,4			
Lolland Kommune	20,4	22,0		38,7
Lyngby-Taarbæk Kommune	18,8	17,6		45,3
Mariagerfjord Kommune	9,4	15,7		13,6
Middelfart Kommune	9,0			23,6
Morsø Kommune	19,3			50,0
Norddjurs Kommune	15,5			48,6
Nordfyns Kommune	14,7			33,3
Nyborg Kommune	21,7			48,8
Næstved Kommune	26,1	26,5	19,6	45,5
Odder Kommune	9,8			35,0
Odense Kommune	21,3	16,2	17,3	41,0
Odsherred Kommune	20,4	24,3		31,5
Randers Kommune	21,6	17,2	11,7	46,7
Rebild Kommune	11,4	22,6		16,3
Ringkøbing-Skjern Kommune	11,3			38,5
Ringsted Kommune	19,0			32,1
Roskilde Kommune	20,1	19,2	14,3	38,6
Rudersdal Kommune	20,8	21,9		54,8
Rødovre Kommune	16,8	18,2		31,5
Silkeborg Kommune	13,6	16,0		29,3
Skanderborg Kommune	20,4	25,0		47,4
Skive Kommune	14,2			30,2
Slagelse Kommune	24,9	27,4	17,6	41,5
Solrød Kommune	18,7			50,0
Sorø Kommune	21,4	30,0	21,2	31,4
Stevns Kommune	23,6			47,5

Kommune	Alle	Kræft	Hjertesygdomme	Sygdomme i åndedrætsorganer
Struer Kommune	15,5			36,4
Svendborg Kommune	27,2	28,3	13,8	56,1
Syddjurs Kommune	13,4			29,5
Sønderborg Kommune	14,6	15,0	9,1	34,9
Thisted Kommune	19,2	18,4		32,0
Tønder Kommune	17,7	19,5		39,3
Tårnby Kommune	19,9		15,6	28,6
Vallensbæk Kommune	18,1			
Varde Kommune	11,1	16,4		22,2
Vejen Kommune	13,4	13,3		26,4
Vejle Kommune	11,6	5,9		26,0
Vesthimmerlands Kommune	10,0	17,4		16,1
Viborg Kommune	15,9	16,2	9,3	30,8
Vordingborg Kommune	21,9	26,2	12,3	45,5
Ærø Kommune	23,3			
Aabenraa Kommune	20,4	26,1	10,9	35,6
Aalborg Kommune	10,2	6,3	5,1	22,3
Aarhus Kommune	16,8	18,1	10,4	39,2
Lands gennemsnit	18,5	16,3	10,8	37,1

Anm.: Opgørelsen er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehusophold knyttet til ældre død i perioden marts 2019-2022. Hvis der er en tom celle for kommunen indenfor en given dødsårsag skyldes det diskretionshensyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.



Tabel 10: Andelen af 80+ årige, der døde på sygehuset, opgjort for de enkelte år 2018-2022 og for perioden samlet

Tabel 10						
Andelen af 80+ årige, der døde på sygehuset, opgjort for de enkelte år 2018-2022 og for perioden samlet						
Kommune	2018	2019	2020	2021	2022	2018-2022
Albertslund Kommune	27,5	41,0	37,4	43,3	36,5	37,0
Allerød Kommune	36,1	40,2	23,7	29,9	29,1	31,4
Assens Kommune	29,7	28,4	24,6	36,8	33,3	30,8
Ballerup Kommune	34,5	31,9	35,5	29,6	31,8	31,8
Billund Kommune	25,7	33,9	29,7	33,5	27,1	29,5
Bornholms Kommune	45,8	41,8	42,3	40,1	50,7	44,2
Brøndby Kommune	46,5	29,6	35,2	33,5	28,6	33,9
Brønderslev Kommune	28,5	30,1	23,9	27,0	28,9	27,4
Dragør Kommune	28,6	50,6	37,3	38,6	39,0	38,1
Egedal Kommune	38,8	41,5	36,0	32,1	44,8	36,3
Esbjerg Kommune	37,8	36,7	36,4	37,5	38,8	37,1
Favrskov Kommune	30,2	28,7	28,7	20,2	20,5	25,5
Faxe Kommune	23,0	29,5	37,0	32,7	31,8	31,0
Fredensborg Kommune	36,3	32,4	26,2	36,5	36,8	33,9
Fredericia Kommune	29,1	32,8	34,6	36,5	31,2	32,5
Frederiksberg Kommune	34,1	31,2	32,7	30,5	32,4	33,7
Frederikshavn Kommune	28,5	28,4	25,0	28,8	33,3	28,9
Frederikssund Kommune	35,1	40,2	37,7	40,2	37,9	37,7
Furesø Kommune	32,7	32,5	24,4	33,1	28,1	29,9
Faaborg-Midtfyn Kommune	27,2	25,2	27,3	26,8	25,7	26,6
Gentofte Kommune	32,2	32,8	35,2	29,7	32,1	33,7
Gladsaxe Kommune	37,3	37,5	35,3	32,4	31,7	35,9
Glostrup Kommune	32,8	40,5	30,8	40,0	34,1	36,0
Greve Kommune	39,3	32,3	29,9	32,8	36,4	32,4
Gribskov Kommune	38,8	35,9	39,9	34,1	34,0	35,6
Guldborgsund Kommune	35,0	34,0	34,6	33,0	37,6	34,7
Haderslev Kommune	36,5	33,0	34,2	34,1	36,2	34,5
Halsnæs Kommune	37,0	34,3	37,7	26,3	35,3	33,8
Hedensted Kommune	26,4	25,8	23,7	25,4	24,3	24,6
Helsingør Kommune	36,2	31,9	35,6	35,8	32,2	33,9
Herlev Kommune	37,2	30,0	30,3	31,5	29,5	32,5
Herning Kommune	23,0	24,2	23,7	26,4	22,0	23,8
Hillerød Kommune	37,6	28,1	37,0	35,5	37,6	34,8
Hjørring Kommune	32,8	31,0	30,2	32,7	36,0	32,9
Holbæk Kommune	44,5	40,5	37,4	37,0	34,1	38,2
Holstebro Kommune	27,3	18,7	27,1	22,4	24,2	23,3

<b>Kommune</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2018-2022</b>
Horsens Kommune	25,3	24,5	24,2	27,4	25,9	25,7
Hvidovre Kommune	37,6	37,5	37,8	32,5	39,2	36,9
Høje-Taastrup Kommune	39,2	41,5	38,7	32,2	29,7	35,2
Hørsholm Kommune	32,4	29,3	28,7	27,1	31,8	30,4
Ikast-Brande Kommune	20,7	21,6	21,3	26,1	22,0	22,3
Ishøj Kommune	38,5	46,7	36,5	37,9	49,3	40,9
Jammerbugt Kommune	33,0	32,1	33,0	33,3	35,3	33,1
Kalundborg Kommune	31,8	39,3	40,9	33,8	36,0	35,6
Kerteminde Kommune	32,8	22,6	21,6	24,7	24,9	24,8
Kolding Kommune	32,3	31,7	30,9	31,5	32,3	31,6
Københavns Kommune	37,8	35,4	35,2	34,9	33,4	36,2
Køge Kommune	40,6	34,2	32,5	33,8	33,3	34,0
Langeland Kommune	26,2	29,8	28,0	25,0	30,6	28,3
Lejre Kommune	30,3	34,9	34,5	34,3	32,9	33,2
Lemvig Kommune	23,6	12,4	17,9	23,1	19,0	19,0
Lolland Kommune	38,6	38,1	34,9	36,1	32,6	35,9
Lyngby-Taarbæk Kommune	33,1	32,1	32,1	35,2	27,4	33,6
Mariagerfjord Kommune	34,2	31,3	33,5	34,4	31,5	32,8
Middelfart Kommune	26,4	29,0	28,4	26,4	28,8	27,9
Morsø Kommune	30,9	31,6	28,2	28,7	24,7	29,1
Norddjurs Kommune	28,9	18,9	18,1	19,4	17,3	20,4
Nordfyns Kommune	23,7	23,6	24,0	24,5	29,4	24,9
Nyborg Kommune	27,9	24,9	26,5	26,7	30,6	27,6
Næstved Kommune	37,1	36,4	36,7	33,8	36,9	36,0
Odder Kommune	18,3	26,0	27,1	20,4	19,3	22,2
Odense Kommune	31,5	32,9	30,2	27,0	27,2	29,8
Odsherred Kommune	35,4	36,4	29,0	31,5	35,6	33,0
Randers Kommune	28,1	26,2	20,4	18,5	26,1	24,0
Rebild Kommune	34,3	28,7	36,9	26,9	32,1	32,0
Ringkøbing-Skjern Kommune	23,4	23,6	20,3	17,6	22,2	21,5
Ringsted Kommune	36,9	31,9	32,6	35,0	32,7	33,7
Roskilde Kommune	38,8	34,1	32,3	30,5	31,1	33,1
Rudersdal Kommune	29,5	28,2	29,4	32,3	27,2	30,2
Rødovre Kommune	45,2	31,3	29,7	27,9	34,3	34,0
Silkeborg Kommune	24,0	21,4	22,1	24,9	28,2	23,9
Skanderborg Kommune	20,0	25,4	28,8	21,6	22,2	23,3
Skive Kommune	32,0	20,0	18,7	24,0	24,7	23,7
Slagelse Kommune	36,8	34,9	35,0	38,0	39,4	36,5
Solrød Kommune	36,1	33,3	39,5	31,1	37,2	34,3
Sorø Kommune	36,3	34,2	39,3	29,1	38,5	36,4
Stevns Kommune	33,9	30,0	23,1	21,8	27,0	26,8
Struer Kommune	18,7	19,0	20,5	24,6	19,7	20,6
Svendborg Kommune	30,6	27,4	27,7	20,5	24,6	26,2

Kommune	2018	2019	2020	2021	2022	2018-2022
Syddjurs Kommune	29,4	21,8	21,8	27,3	20,3	23,8
Sønderborg Kommune	35,1	35,3	32,1	31,8	37,5	34,1
Thisted Kommune	27,7	31,0	28,9	21,8	28,9	27,6
Tønder Kommune	28,1	31,5	27,7	30,5	27,3	29,5
Tårnby Kommune	35,8	33,2	35,4	39,9	41,5	37,5
Vallensbæk Kommune	40,4	35,7	50,6	31,6	38,2	38,0
Varde Kommune	31,8	33,2	28,9	33,0	27,8	30,7
Vejen Kommune	26,1	25,2	26,6	24,3	28,5	25,8
Vejle Kommune	28,9	26,6	27,1	25,8	26,1	26,8
Vesthimmerlands Kommune	29,3	32,8	23,3	31,4	29,3	29,1
Viborg Kommune	25,7	26,7	28,6	21,3	28,3	25,9
Vordingborg Kommune	32,6	37,1	33,1	28,1	32,8	32,3
Ærø Kommune	36,8	28,3	28,8	29,8	35,9	32,7
Aabenraa Kommune	38,2	40,2	30,0	30,3	33,2	34,6
Aalborg Kommune	29,4	31,0	29,0	31,6	31,2	30,5
Aarhus Kommune	22,6	23,4	23,7	25,6	24,5	24,0
Lands gennemsnit	32,1	31,0	30,3	30,0	30,8	30,9

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

# Bilag 6: Sundhedsklyngespecifikke nøgletal

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



Indenrigs- og  
Sundhedsministeriets

**BENCHMARKINGENHED**

Publikationen kan hentes på hjemmesiden for  
Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarkingenhed:  
[www.benchmark.dk](http://www.benchmark.dk)

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

## Indhold

1 Læsevejledning.....	3
2 Alders- og kønsstandardiserede resultater.....	6
3 Opgørelser af faktiske tal .....	11

# 1 Læsevejledning

Dette bilag indeholder 12 tabeller med sundhedsklyngespecifikke nøgletal relateret til Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarkingenheds analyse "Dødsfald blandt ældre – hvor mange ældre ender med at dø på sygehuset?". De 12 tabeller er lavet for alle sundhedsklynger (oplysningerne for de tre kommuner Fanø, Læsø og Samsø indgår ikke i datagrundlaget på grund af et lavt antal observationer). Generelt er tallene i dette bilag afgrænset på samme måde som i hovedrapporten. I Bilag 7: Metode er afgrænsninger og definitioner beskrevet nærmere. I tabel 1-5 findes de køns- og aldersstandardiserede nøgletal over hvor ældre dør henne (fx sygehus, eget hjem, plejehjem m.m.), samt hvor stor en andel, der dør på sygehuset opgjort for på tværs af dødsårsager, alder, køn og kommunale indsats, samt for de enkelte år i perioden 2018-2022.

I tabel 6-8 og 11-12 vises de faktiske tal (ikke køns- og aldersstandardiserede), der ligger til grund for de standardiserede tal i tabel 1-5.

I tabel 9-10 er fokus på, hvad der kendetegner det sidste sygehusophold for de, der dør på sygehuset. Her vises, hvor stor en andel af de ældre, der dør på sygehuset, der dør på udvalgte specialer, samt hvor stor en andel af de sidste sygehusophold, der kan betegnes som sygehusophold med udvalgte diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv.

Ligesom i hovedrapporten er resultaterne i dette bilag opgjort samlet for årene 2018-2022. Ved at samle data for flere år bliver nøgletallene for hver enkel sundhedsklynge baseret på flere dødsfald, hvilket giver mere robuste resultater, hvor eventuelle udsving og tilfældigheder mellem år, udjævnes. Fordi praksis og resultater kan ændre sig fra år til år, kan det også være interessant for den enkelte sundhedsklynge at se sine egne opgørelser for de enkelte år. Derfor kan man i tabel 5 og 12 finde henholdsvis den alders- og kønsstandardiserede og den ikke-standardiserede andel af ældre der døde på sygehuset for de enkelte år, men vær opmærksom på at tallene for hvert år er baseret på færre observationer og dermed er behæftet med mere usikkerhed.

Tal baseret på mindre end 5 individer vises ikke i tabellerne af diskretionshensyn. Derfor er nogle felter i tabellerne tomme.

Bemærk at opgørelserne i tabel 9 og 10 baserer sig på LPR3-data for marts 2019-2022, samt at andelen der døde på sygehuset for henholdsvis modtagere af hjemmepleje og hjemmesygepleje i tabel 4 og 11 er baseret på data fra 2020-2022.

## **Tabel 1: 80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne, køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**

Her vises 80+ årige afgået ved døden i 2018-2022, fordelt efter hvor de døde henne (fx sygehus, plejehjem, eget hjem osv.) på sundhedsklyngeniveau. Andelen er alders- og kønsstandardiserede.

## **Tabel 2: Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**

I tabellen vises andelen af de 80+ årige, der døde på sygehuset for dødsårsagerne *kræft*, *hjertesygdomme* og *sygdomme i åndedrætsorganer* samt den samlede andel på tværs af alle dødsårsager. Andelen vises for den enkelte sundhedsklynge og på landsplan. Andelen på sundhedsklyngeniveau er alders- og kønsstandardiserede.

**Tabel 3: Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

I tabel 3 vises andelen af de 80+ årige, der døde på sygehuset opgjort for forskellige aldersgrupper og på tværs af køn på sundhedsklyngeniveau og på landsplan. Andelene for aldersgrupperne er kønsstandardiserede, og andelene for køn er aldersstandardiserede.

**Tabel 4: Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige, der døde på sygehuset opgjort for modtagere af hjemmepleje og hjemmesygepleje, samt plejehjemsbeboere 2018-2022**

I tabel 4 vises andelen af 80+ årige, der døde på sygehuset opgjort for henholdsvis modtagere af hjemmepleje og hjemmesygepleje, samt plejehjemsbeboere. Andelene for modtagere af hjemmepleje og hjemmesygepleje er baseret på dødsfald blandt ældre i 2020-2022, da der grundet systemskifte er udfordringer med disse data i en del kommuner i 2018-2019. Resultaterne er baseret på data fra de 77 kommuner, hvor data lever op til kvalitetskravene benyttet i analysen (læs mere i Bilag 7: Metode). Andelene er alders- og kønsstandardiserede.

**Tabel 5: Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for de enkelte år 2018-2022 og hele perioden samlet**

I tabellen vises andelen af de 80+ årige, der døde på sygehuset i de enkelte år 2018-2022 og for hele perioden samlet. Andelene er alders- og kønsstandardiserede. Andelene vises på sundhedsklyngeniveau og på landsplan.

Når man sammenligner andelen, der døde på sygehuset, på tværs af de fem år, bør man være opmærksom på, at disse andele er baseret på færre observationer, og dermed er behæftet med større usikkerhed end andelen for de fem år samlet. Hvis man ser på ændringer i andelen, der døde på sygehuset over tid, anbefales det, at man nøjes med at forholde sig til den mere overordnede trend henover årene i stedet for ændringen fra et specifikt år til det næste.

**Tabel 6: 80+ årige afgang ved døden fordelt efter, hvor de døde henne, 2018-2022**

I denne tabel kan du tilgå resultaterne i tabel 1 ikke-standardiserede. Det er altså de faktiske andelen af 80+ årige, der døde på henholdsvis sygehuset, plejehjem, eget hjem osv. på sundhedsklyngeniveau og på landsplan.

**Tabel 7: Andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**

I denne tabel kan man tilgå de ikke-standardiserede resultater i tabel 2. Dvs. i tabellen vises den faktiske andel af de 80+ årige, der døde på sygehuset opgjort for dødsårsagerne *kræft*, *hjertesygdomme* og *sygdomme i åndedrætsorganer* samt den samlede andel på tværs af alle dødsårsager. Andelene vises for den enkelte sundhedsklynge og på landsplan.

**Tabel 8: Andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

I tabel 8 vises de ikke-standardiserede resultater i tabel 3. Tabellen viser altså den faktiske andel af ældre der døde på sygehuset på tværs af køn og aldersgrupper. Andelene er opgjort på sundhedsklyngeniveau og på landsplan.

**Tabel 9: Sygehusophold ved dødsfald på sygehus fordelt på sygehusspecialer, 2019-2022**

I tabel 9 dødsfald blandt ældre på sygehuset fordelt på de enkelte sygehusspecialer. Resultaterne er vist på sundhedsklyngeniveau og på landsplan. Tabellen viser de faktiske tal.



**Tabel 10: Andelen af sygehusophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehuset, hvor der er tale om sygehusophold med udvalgte diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**

I denne tabel viser vi andelen af sygehusophold – ved død på sygehuset – hvor der er tale om et sygehusophold med diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. Andelen vises for alle sygehusophold samlet og opgjort for dødsårsagerne *kræft*, *hjertesygdomme*, og *sygdomme i åndedrætsorganer*. Disse tal er beregnet for døde i perioden marts 2019-2022, da opgørelsen er lavet på LPR3-data. Tabellen viser de faktiske tal.

**Tabel 11: Andelen af de 80+ årige, der døde på sygehuset, opgjort for modtagere af hjemmehjælp og hjemmesygepleje, samt plejehjemsboere 2018-2022**

Denne tabel viser de ikke-standardiserede tal, der er tilgængelige i tabel 4. Der gælder derfor de samme forbehold som beskrevet i læsevejledningen for tabel 4. Andelene vises for den enkelte sundhedsklynge og på landsplansniveau.

**Tabel 12: Andelen af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for de enkelte år 2018-2022 og hele perioden samlet**

I tabellen vises den faktiske andel af de 80+ årige, der døde på sygehuset i de enkelte år 2018-2022 og for hele perioden samlet. De alders- og kønsstandardiserede andele kan findes i tabel 5. Andelene vises på sundhedsklyngeniveau og på landsplan.

Når man sammenligner andelen, der døde på sygehuset, på tværs af de fem år, bør man være opmærksom på, at disse andele er baseret på færre observationer, og dermed er behæftet med større usikkerhed end andelen for de fem år samlet. Hvis man ser på ændringer i andelen, der døde på sygehuset over tid, anbefales det, at man nøjes med at forholde sig til den mere overordnede trend henover årene i stedet for ændringen fra et specifikt år til det næste.

## 2 Alders- og kønsstandardiserede resultater

**Tabel 1**

**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne, køns- og aldersstandardiseret, 2018-2022**

Klynge	Sygehus	Plejehjem	Eget hjem (ikke plejehjem)	Hospice	Andet	Uoplyst
Bornholm (Hovedstaden)	44,2	27,2	21,9		4,7	
Fynsklyngen (Syddanmark)	28,1	34,8	25,4	1,3	9,5	1,0
Gødstrupklyngen (Midtjylland)	22,3	46,3	18,6	1,6	9,5	1,7
Horsensklyngen (Midtjylland)	24,5	38,3	27,4	1,6	7,3	0,9
Klynge Byen (Hovedstaden)	34,2	35,8	13,2	1,4	13,2	2,3
Klynge Midt (Hovedstaden)	33,1	33,7	17,1	2,4	11,8	2,0
Klynge Midt (Nordjylland)	31,0	39,5	17,7	1,8	8,7	1,4
Klynge Nord (Hovedstaden)	34,1	30,8	19,0	1,3	12,1	2,7
Klynge Nord (Nordjylland)	30,1	34,5	21,7	1,4	8,5	3,8
Klynge Syd (Hovedstaden)	37,0	30,6	17,6	1,5	11,1	2,2
Klynge Syd (Nordjylland)	31,2	40,6	17,0	0,2	8,1	3,0
Klynge Vest (Nordjylland)	28,2	41,4	17,4	0,2	10,5	2,5
Klyngen Holbæk (Sjælland)	35,6	28,9	24,1	1,3	8,7	1,4
Klyngen Nykøbing F. (Sjælland)	34,4	28,0	23,4	2,6	9,4	2,1
Klyngen Næstved/Slagelse (Sjælland)	36,0	27,7	25,9	1,3	7,0	2,2
Klyngen Roskilde/Køge (Sjælland)	32,4	32,7	21,5	1,8	8,9	2,7
Lillebæltklyngen (Syddanmark)	29,0	36,3	23,2	1,9	8,8	0,8
Midtklyngen (Midtjylland)	24,7	43,2	22,1	1,5	7,3	1,1
Randersklyngen (Midtjylland)	23,5	40,4	25,2	1,0	8,5	1,5
Sydvestjysk klynge (Syddanmark)	32,6	34,3	21,5	2,0	9,2	0,4
Sønderjysk klynge (Syddanmark)	33,4	30,0	26,7	0,9	8,6	0,4
Århusklynge (Midtjylland)	24,3	45,2	22,8	2,3	4,2	1,2
Lands gennemsnit	30,9	35,3	21,2	1,6	9,3	1,7

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Tabel 2

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**

Klynge	Alle	Kræft	Hjertesygdomme	Sygdomme i åndedrætsorganer
Bornholm (Hovedstaden)	44,2	52,1	34,6	69,4
Fynsklyngen (Syddanmark)	28,1	24,2	28,3	47,2
Gødstrupklyngen (Midtjylland)	22,3	16,9	19,2	39,3
Horsensklyngen (Midtjylland)	24,5	17,5	23,5	37,8
Klynge Byen (Hovedstaden)	34,2	34,7	30,1	55,8
Klynge Midt (Hovedstaden)	33,1	29,1	26,2	57,8
Klynge Midt (Nordjylland)	31,0	22,5	29,8	51,4
Klynge Nord (Hovedstaden)	34,1	31,6	31,1	60,8
Klynge Nord (Nordjylland)	30,1	21,4	32,6	50,6
Klynge Syd (Hovedstaden)	37,0	34,0	32,2	60,3
Klynge Syd (Nordjylland)	31,2	29,2	31,8	54,3
Klynge Vest (Nordjylland)	28,2	28,2	25,0	42,9
Klyngen Holbæk (Sjælland)	35,6	26,4	36,0	58,6
Klyngen Nykøbing F. (Sjælland)	34,4	25,8	29,9	58,3
Klyngen Næstved/Slagelse (Sjælland)	36,0	27,4	34,5	58,2
Klyngen Roskilde/Køge (Sjælland)	32,4	27,0	32,4	56,9
Lillebæltklyngen (Syddanmark)	29,0	26,2	25,0	50,9
Midtklyngen (Midtjylland)	24,7	20,1	23,9	40,4
Randersklyngen (Midtjylland)	23,5	15,3	22,4	42,3
Sydvestjysk klynge (Syddanmark)	32,6	27,7	30,3	52,0
Sønderjysk klynge (Syddanmark)	33,4	32,3	29,5	51,6
Århusklynge (Midtjylland)	24,3	22,2	25,5	38,9
Lands gennemsnit	30,9	26,3	28,5	51,9

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Tabel 3**
**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022**

Klynge	Mænd	Kvinder	80-84 år	85-89 år	90-94 år	95+ år
Bornholm (Hovedstaden)	49,8	39,9	56,2	44,0	36,7	28,0
Fynsklyngen (Syddanmark)	32,9	24,5	34,5	29,3	23,0	17,2
Gødstrupklyngen (Midtjylland)	26,9	18,8	29,4	21,9	18,4	11,4
Horsensklyngen (Midtjylland)	28,1	21,8	30,6	26,9	18,5	12,6
Klynge Byen (Hovedstaden)	40,8	29,3	40,6	36,1	28,7	22,8
Klynge Midt (Hovedstaden)	38,9	28,7	38,5	35,2	29,3	20,3
Klynge Midt (Nordjylland)	35,2	27,7	37,8	32,4	25,0	19,1
Klynge Nord (Hovedstaden)	39,3	30,2	41,2	36,4	28,4	18,9
Klynge Nord (Nordjylland)	35,3	26,1	37,3	33,1	21,6	18,8
Klynge Syd (Hovedstaden)	42,8	32,6	43,5	39,1	31,8	22,3
Klynge Syd (Nordjylland)	35,4	28,1	37,4	34,8	25,6	14,8
Klynge Vest (Nordjylland)	33,4	24,2	38,6	28,2	21,6	14,4
Klyngen Holbæk (Sjælland)	41,2	31,4	42,2	37,4	29,7	22,7
Klyngen Nykøbing F. (Sjælland)	40,2	30,0	40,9	33,4	30,9	25,4
Klyngen Næstved/Slagelse (Sjælland)	41,9	31,5	42,8	38,1	29,5	23,2
Klyngen Roskilde/Køge (Sjælland)	37,4	28,6	39,3	33,9	26,3	19,1
Lillebæltklyngen (Syddanmark)	33,4	25,6	34,4	30,7	24,0	18,7
Midtklyngen (Midtjylland)	28,1	22,1	30,6	26,4	19,8	13,2
Randersklyngen (Midtjylland)	27,9	20,1	28,9	26,2	17,6	12,3
Sydvestjysk klynge (Syddanmark)	37,1	29,2	37,9	35,1	27,6	19,8
Sønderjysk klynge (Syddanmark)	38,3	29,7	39,0	37,5	27,0	18,4
Århusklynge (Midtjylland)	28,7	20,9	30,5	25,7	19,7	12,3
Lands gennemsnit	35,8	27,1	37,3	32,6	25,5	18,4

Anm.: Andelene opgjort for mænd og kvinder er aldersstandardiserede, og andelene opgjort på aldersgrupper er standardiserede i forhold til køn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Tabel 4**

**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset, opgjort for modtagere af hjemmepleje, hjemmesygepleje og plejehjemsbeboere, 2018-2022**

Klynge	Hjemmepleje	Hjemmesygepleje	Plejehjem
Bornholm (Hovedstaden)	49,3	28,0	21,9
Fynsklyngen (Syddanmark)	32,2	8,2	11,0
Gødstrupklyngen (Midtjylland)	28,7	12,2	9,1
Horsensklyngen (Midtjylland)	30,8	12,4	9,9
Klynge Byen (Hovedstaden)	41,9	16,5	19,5
Klynge Midt (Hovedstaden)	38,6	16,7	16,4
Klynge Midt (Nordjylland)	40,0	19,5	15,6
Klynge Nord (Hovedstaden)	41,0	14,7	15,9
Klynge Nord (Nordjylland)	36,4	18,4	13,8
Klynge Syd (Hovedstaden)	43,7	20,1	18,7
Klynge Syd (Nordjylland)	42,5	17,2	15,2
Klynge Vest (Nordjylland)	31,8	18,8	12,9
Klyngen Holbæk (Sjælland)	39,2	20,1	12,4
Klyngen Nykøbing F. (Sjælland)	38,7	12,9	17,7
Klyngen Næstved/Slagelse (Sjælland)	41,1	21,0	18,6
Klyngen Roskilde/Køge (Sjælland)	35,7	14,8	14,8
Lillebæltklyngen (Syddanmark)	37,8	13,4	11,9
Midtklyngen (Midtjylland)	30,7	11,1	9,6
Randersklyngen (Midtjylland)	25,1	12,6	10,2
Sydvestjysk klynge (Syddanmark)	34,9	13,5	15,1
Sønderjysk klynge (Syddanmark)	35,9	17,7	14,2
Århusklynge (Midtjylland)	34,6		8,7
Lands gennemsnit	36,9	15,6	14,0

Anm.: Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der er en tom celle skyldes det enten diskretionshensyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for sundhedsklyngen. Der er lavet opgørelser for hjemmepleje og hjemmesygepleje for 77 kommuner.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

**Tabel 5**
**Køns- og aldersstandardiseret andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for de enkelte år 2018-2022 og for perioden samlet**

Klynge	2018	2019	2020	2021	2022	2018-2022
Bornholm (Hovedstaden)	46,4	42,3	42,0	40,7	50,4	44,2
Fynsklyngen (Syddanmark)	29,5	28,8	27,7	26,9	27,9	28,1
Gødstrupklyngen (Midtjylland)	23,3	21,0	22,5	23,0	22,0	22,3
Horsensklyngen (Midtjylland)	24,0	25,3	25,5	24,6	23,5	24,5
Klynge Byen (Hovedstaden)	36,2	34,2	34,6	33,2	32,9	34,2
Klynge Midt (Hovedstaden)	35,3	33,3	32,8	32,1	32,1	33,1
Klynge Midt (Nordjylland)	30,2	31,0	29,5	32,3	31,7	31,0
Klynge Nord (Hovedstaden)	36,1	33,2	33,7	33,4	34,6	34,1
Klynge Nord (Nordjylland)	30,2	30,0	26,8	29,9	33,3	30,1
Klynge Syd (Hovedstaden)	39,3	37,3	36,4	35,4	36,6	37,0
Klynge Syd (Nordjylland)	32,7	30,9	30,5	31,0	31,1	31,2
Klynge Vest (Nordjylland)	29,0	30,9	28,9	24,2	28,0	28,2
Klyngen Holbæk (Sjælland)	36,4	38,3	35,3	34,4	34,3	35,6
Klyngen Nykøbing F. (Sjælland)	35,2	36,2	34,1	32,3	34,5	34,4
Klyngen Næstved/Slagelse (Sjælland)	37,0	34,9	36,0	34,7	37,1	36,0
Klyngen Roskilde/Køge (Sjælland)	35,7	32,2	31,4	30,7	31,8	32,4
Lillebæltklyngen (Syddanmark)	28,5	29,3	29,1	29,0	29,1	29,0
Midtklyngen (Midtjylland)	26,4	22,9	23,7	23,0	27,2	24,7
Randersklyngen (Midtjylland)	28,8	24,1	21,8	20,8	22,1	23,5
Sydvestjysk klynge (Syddanmark)	32,2	33,0	31,8	33,2	32,8	32,6
Sønderjysk klynge (Syddanmark)	34,5	35,4	31,2	31,7	34,3	33,4
Århusklynge (Midtjylland)	22,7	23,3	24,1	26,2	25,7	24,3
Lands gennemsnit	32,1	31,0	30,3	30,0	30,8	30,9

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

### 3 Opgørelser af faktiske tal

**Tabel 6**

**80+ årige afgået ved døden fordelt efter, hvor de døde henne, 2018-2022**

Klynge	Sygehus	Plejehjem	Eget hjem (ikke plejehjem)	Hospice	Andet	Uoplyst
Bornholm (Hovedstaden)	44,2	27,1	21,9		4,7	
Fynsklyngen (Syddanmark)	28,1	34,8	25,4	1,3	9,5	1,0
Gødstrupklyngen (Midtjylland)	22,4	46,1	18,7	1,6	9,5	1,7
Horsensklyngen (Midtjylland)	24,5	38,2	27,4	1,6	7,3	0,9
Klynge Byen (Hovedstaden)	33,0	37,3	12,8	1,3	13,3	2,3
Klynge Midt (Hovedstaden)	32,5	34,7	16,8	2,3	11,8	2,0
Klynge Midt (Nordjylland)	31,0	39,4	17,7	1,8	8,7	1,4
Klynge Nord (Hovedstaden)	34,5	30,2	19,1	1,4	12,1	2,7
Klynge Nord (Nordjylland)	30,1	34,5	21,8	1,4	8,5	3,8
Klynge Syd (Hovedstaden)	37,0	30,6	17,5	1,6	11,1	2,2
Klynge Syd (Nordjylland)	31,3	40,4	17,1	0,2	8,1	3,0
Klynge Vest (Nordjylland)	28,0	41,6	17,3	0,2	10,5	2,5
Klyngen Holbæk (Sjælland)	36,1	28,3	24,2	1,3	8,7	1,4
Klyngen Nykøbing F. (Sjælland)	34,6	27,7	23,4	2,7	9,5	2,1
Klyngen Næstved/Slagelse (Sjælland)	36,0	27,6	25,9	1,3	6,9	2,2
Klyngen Roskilde/Køge (Sjælland)	32,9	31,9	21,7	1,9	9,0	2,7
Lillebæltklyngen (Syddanmark)	29,1	36,1	23,3	1,9	8,8	0,8
Midtklyngen (Midtjylland)	24,9	42,8	22,3	1,5	7,4	1,1
Randersklyngen (Midtjylland)	23,6	40,2	25,3	1,0	8,6	1,5
Sydvestjysk klynge (Syddanmark)	32,9	33,9	21,6	2,1	9,2	0,4
Sønderjysk klynge (Syddanmark)	33,5	29,8	26,7	0,9	8,6	0,4
Århusklynge (Midtjylland)	24,0	45,7	22,6	2,3	4,2	1,2
Lands gennemsnit	30,9	35,3	21,2	1,6	9,3	1,7

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Tabel 7**
**Andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for udvalgte dødsårsager, 2018-2022**

Klynge	Alle	Kræft	Hjertesygdomme	Sygdomme i åndedrætsorganer
Bornholm (Hovedstaden)	44,2	52,3	33,7	69,9
Fynsklyngen (Syddanmark)	28,1	24,2	28,3	47,1
Gødstrupklyngen (Midtjylland)	22,4	16,9	19,0	39,3
Horsensklyngen (Midtjylland)	24,5	17,5	23,2	37,7
Klynge Byen (Hovedstaden)	33,0	33,9	29,7	53,8
Klynge Midt (Hovedstaden)	32,5	28,9	25,5	57,4
Klynge Midt (Nordjylland)	31,0	22,4	30,1	51,5
Klynge Nord (Hovedstaden)	34,5	31,8	31,6	60,9
Klynge Nord (Nordjylland)	30,1	21,2	32,6	50,4
Klynge Syd (Hovedstaden)	37,0	33,9	32,3	60,3
Klynge Syd (Nordjylland)	31,3	29,6	31,2	55,4
Klynge Vest (Nordjylland)	28,0	28,0	24,9	43,3
Klyngen Holbæk (Sjælland)	36,1	26,5	36,3	59,0
Klyngen Nykøbing F. (Sjælland)	34,6	26,1	30,1	58,4
Klyngen Næstved/Slagelse (Sjælland)	36,0	27,4	34,9	58,1
Klyngen Roskilde/Køge (Sjælland)	32,9	27,3	33,5	57,0
Lillebæltklyngen (Syddanmark)	29,1	26,2	25,1	51,2
Midtklyngen (Midtjylland)	24,9	20,2	23,9	40,4
Randersklyngen (Midtjylland)	23,6	15,2	22,4	42,9
Sydvestjysk klynge (Syddanmark)	32,9	27,8	30,7	52,4
Sønderjysk klynge (Syddanmark)	33,5	32,3	29,5	51,6
Århusklynge (Midtjylland)	24,0	22,2	24,9	38,5
Lands gennemsnit	30,9	26,3	28,5	51,9

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.



Tabel 8

## Andel af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for køn og alder, 2018-2022

Klynge	Mænd	Kvinder	80-84 år	85-89 år	90-94 år	95+ år
Bornholm (Hovedstaden)	49,9	39,8	56,3	44,0	36,4	28,0
Fynsklyngen (Syddanmark)	32,9	24,4	34,6	29,3	23,1	17,3
Gødstrupklyngen (Midtjylland)	26,9	18,9	29,4	22,1	18,6	11,6
Horsensklyngen (Midtjylland)	28,2	21,7	30,6	26,9	18,5	12,6
Klynge Byen (Hovedstaden)	40,7	28,8	40,3	35,3	28,0	22,1
Klynge Midt (Hovedstaden)	38,7	28,3	38,3	35,1	29,1	20,2
Klynge Midt (Nordjylland)	35,1	27,8	37,8	32,4	25,2	19,1
Klynge Nord (Hovedstaden)	39,6	30,4	41,2	36,5	28,3	19,0
Klynge Nord (Nordjylland)	35,0	26,1	37,3	33,2	21,9	19,1
Klynge Syd (Hovedstaden)	42,9	33,0	43,3	38,9	31,4	22,2
Klynge Syd (Nordjylland)	35,3	28,1	37,4	34,9	25,8	14,7
Klynge Vest (Nordjylland)	33,3	24,1	38,4	28,3	21,3	14,2
Klyngen Holbæk (Sjælland)	41,3	31,6	42,4	37,6	29,8	23,1
Klyngen Nykøbing F. (Sjælland)	40,3	30,1	41,1	33,3	30,8	25,5
Klyngen Næstved/Slagelse (Sjælland)	42,0	31,6	42,7	38,1	29,4	23,7
Klyngen Roskilde/Køge (Sjælland)	37,5	29,2	39,4	33,9	26,7	18,7
Lillebæltklyngen (Syddanmark)	33,4	25,6	34,5	30,9	24,2	18,7
Midtklyngen (Midtjylland)	28,1	22,3	30,6	26,4	20,1	13,3
Randersklyngen (Midtjylland)	27,8	20,2	28,9	26,3	17,7	12,7
Sydvestjysk klynge (Syddanmark)	37,1	29,3	37,9	35,4	27,9	19,8
Sønderjysk klynge (Syddanmark)	38,4	29,8	39,0	37,6	26,9	18,3
Århusklynge (Midtjylland)	28,7	20,8	30,4	25,5	19,7	12,1
Lands gennemsnit	35,8	27,1	37,3	32,6	25,5	18,4

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Tabel 9**
**Sygehusophold ved dødsfald på sygehus fordelt på sygehusspecialer, 2019-2022**

Klynge	Intern medicin	Kardiologi	Lungesygdomme	Geriatrici
Bornholm (Hovedstaden)	75,2	1,7	-	-
Fynsklyngen (Syddanmark)	20,6	6,2	4,0	22,4
Gødstrupklyngen (Midtjylland)	56,8	12,2	-	-
Horsensklyngen (Midtjylland)	66,6	2,7	-	1,1
Klynge Byen (Hovedstaden)	41,9	2,1	1,4	9,6
Klynge Midt (Hovedstaden)	18,6	8,7	3,9	
Klynge Midt (Nordjylland)	9,8	5,5	12,9	7,4
Klynge Nord (Hovedstaden)	0,6	17,7	29,8	-
Klynge Nord (Nordjylland)	5,5	7,4	13,9	22,2
Klynge Syd (Hovedstaden)	17,4	14,4	15,2	4,9
Klynge Syd (Nordjylland)	15,0	7,7	11,0	2,1
Klynge Vest (Nordjylland)	59,3	6,8	-	-
Klyngen Holbæk (Sjælland)	10,0	18,0	7,3	11,0
Klyngen Nykøbing F. (Sjælland)	72,8	2,4	0,5	-
Klyngen Næstved/Slagelse (Sjælland)	2,5	15,5	23,3	18,4
Klyngen Roskilde/Køge (Sjælland)	42,0	11,6	2,0	3,1
Lillebæltklyngen (Syddanmark)	42,1	12,0	1,5	-
Midtklyngen (Midtjylland)	49,0	14,1	-	-
Randersklyngen (Midtjylland)	64,7	3,2	-	1,6
Sydvestjysk klynge (Syddanmark)	6,4	17,0	15,0	2,1
Sønderjysk klynge (Syddanmark)	10,7	8,3	22,7	15,0
Århusklynge (Midtjylland)	1,2	9,9	8,1	25,5
Lands gennemsnit	26,4	10,0	9,2	7,4

Anm.: Opgørelsen er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehusophold knyttet til ældre der døde i perioden marts 2019-2022. Hvis der er en tom celle for sundhedsklyngen indenfor et givent speciale skyldes det diskretionshensyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

**Tabel 10**

**Andelen af sygehuseophold ved dødsfald blandt 80+ årige på sygehus, hvor der er tale om sygehuseophold med udvalgte diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. opgjort for udvalgte dødsårsager, 2019-2022**

Klynge	Alle	Kræft	Hjerte-sygdomme	Sygdomme i åndedræts-organer
Bornholm (Hovedstaden)	20,6	15,8	-	48,9
Fynsklyngen (Syddanmark)	21,4	16,9	14,0	43,1
Gødstrupklyngen (Midtjylland)	13,6	11,0	4,5	34,0
Horsensklyngen (Midtjylland)	16,0	15,2	6,1	38,7
Klynge Byen (Hovedstaden)	20,3	15,9	15,6	68,5
Klynge Midt (Hovedstaden)	20,4	15,8	9,7	44,1
Klynge Midt (Nordjylland)	10,4	6,6	6,4	23,6
Klynge Nord (Hovedstaden)	23,4	21,3	14,7	42,6
Klynge Nord (Nordjylland)	17,5	20,7	15,6	34,5
Klynge Syd (Hovedstaden)	19,5	16,3	13,4	35,1
Klynge Syd (Nordjylland)	10,1	18,0	-	15,2
Klynge Vest (Nordjylland)	19,2	16,3	9,2	39,3
Klyngen Holbæk (Sjælland)	21,9	18,4	10,9	39,1
Klyngen Nykøbing F. (Sjælland)	20,6	25,1	11,0	37,5
Klyngen Næstved/Slagelse (Sjælland)	24,2	26,1	18,1	40,8
Klyngen Roskilde/Køge (Sjælland)	21,6	19,5	11,6	45,3
Lillebæltklyngen (Syddanmark)	13,1	7,8	5,7	29,4
Midtklyngen (Midtjylland)	14,7	14,6	8,2	30,1
Randersklyngen (Midtjylland)	18,8	13,3	8,5	45,1
Sydvestjysk klynge (Syddanmark)	11,3	9,4	6,2	27,1
Sønderjysk klynge (Syddanmark)	16,6	17,9	9,2	32,3
Århusklynge (Midtjylland)	16,8	18,1	10,4	39,2
Lands gennemsnit	18,5	16,3	10,8	37,1

Anm.: Opgørelsen er lavet pba. af oplysninger i LPR3, og dækker derfor over sygehuseophold knyttet til ældre der døde i perioden marts 2019-2022. Hvis der er en tom celle for sundhedsklyngen skyldes det diskretionshensyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

**Tabel 11**

**Andelen af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for modtagere af hjemmepleje, hjemmesygepleje og plejehjemsbeboere, 2018-2022**

Klynge	Hjemmepleje	Hjemmesygepleje	Plejehjem
Bornholm (Hovedstaden)	48,3	27,7	21,7
Fynsklyngen (Syddanmark)	32,0	8,1	10,9
Gødstrupklyngen (Midtjylland)	28,6	12,3	9,2
Horsensklyngen (Midtjylland)	30,9	12,7	10,0
Klynge Byen (Hovedstaden)	41,4	15,9	18,9
Klynge Midt (Hovedstaden)	38,4	16,4	16,0
Klynge Midt (Nordjylland)	40,1	19,6	15,7
Klynge Nord (Hovedstaden)	41,5	14,7	16,0
Klynge Nord (Nordjylland)	36,6	18,3	13,7
Klynge Syd (Hovedstaden)	43,8	20,0	18,6
Klynge Syd (Nordjylland)	43,6	17,7	15,2
Klynge Vest (Nordjylland)	31,7	18,8	13,0
Klyngen Holbæk (Sjælland)	39,4	20,3	12,4
Klyngen Nykøbing F. (Sjælland)	38,7	12,9	17,7
Klyngen Næstved/Slagelse (Sjælland)	40,8	20,8	18,7
Klyngen Roskilde/Køge (Sjælland)	35,8	14,9	14,9
Lillebæltklyngen (Syddanmark)	37,8	13,6	12,0
Midtklyngen (Midtjylland)	30,9	11,3	9,7
Randersklyngen (Midtjylland)	25,0	12,6	10,3
Sydvestjysk klynge (Syddanmark)	34,8	13,6	15,2
Sønderjysk klynge (Syddanmark)	35,7	17,7	14,2
Århusklynge (Midtjylland)	34,3	-	8,8
Lands gennemsnit	36,9	15,6	14,0

Anm.: Andelen for hjemmepleje og hjemmesygepleje er opgjort pba. data for 2020-2022, da data for 2018-2019 er udfordret for en betydelig del af kommunerne. Hvis der er en tom celle skyldes det enten diskretionshensyn, eller at data ikke er vurderet komplet nok i perioden til at lave opgørelser for sundhedsklyngen. Der er lavet opgørelser for hjemmepleje og hjemmesygepleje for 77 kommuner. Hvis der er en tom celle for sundhedsklyngen skyldes det diskretionshensyn.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

**Tabel 12**
**Andelen af de 80+ årige der døde på sygehuset opgjort for de enkelte år 2018-2022 og for perioden samlet**

Klynge	2018	2019	2020	2021	2022	2018-2022
Bornholm (Hovedstaden)	45,8	41,8	42,3	40,1	50,7	44,2
Fynsklyngen (Syddanmark)	29,5	28,7	27,7	26,8	27,9	28,1
Gødstrupklyngen (Midtjylland)	23,3	21,0	22,6	23,2	22,0	22,4
Horsensklyngen (Midtjylland)	23,5	25,2	25,5	24,8	23,7	24,5
Klynge Byen (Hovedstaden)	34,7	33,1	33,4	32,5	31,4	33,0
Klynge Midt (Hovedstaden)	34,9	32,7	32,2	31,6	31,1	32,5
Klynge Midt (Nordjylland)	30,0	31,2	29,7	31,9	31,9	31,0
Klynge Nord (Hovedstaden)	36,2	33,7	34,3	33,7	34,6	34,5
Klynge Nord (Nordjylland)	30,2	29,8	26,8	29,9	33,3	30,1
Klynge Syd (Hovedstaden)	39,6	37,2	36,3	35,4	36,5	37,0
Klynge Syd (Nordjylland)	32,4	31,2	30,5	31,6	30,8	31,3
Klynge Vest (Nordjylland)	28,9	31,3	28,7	24,3	27,3	28,0
Klyngen Holbæk (Sjælland)	36,9	38,6	36,1	34,5	34,8	36,1
Klyngen Nykøbing F. (Sjælland)	35,4	36,3	34,3	32,5	34,7	34,6
Klyngen Næstved/Slagelse (Sjælland)	36,9	34,9	35,9	34,9	37,5	36,0
Klyngen Roskilde/Køge (Sjælland)	36,3	32,7	32,1	31,1	32,6	32,9
Lillebæltklyngen (Syddanmark)	28,7	29,4	29,3	29,2	29,0	29,1
Midtklyngen (Midtjylland)	26,7	23,2	23,9	23,2	27,4	24,9
Randersklyngen (Midtjylland)	28,9	24,1	21,7	20,6	22,4	23,6
Sydvestjysk klynge (Syddanmark)	32,5	33,5	32,1	33,4	32,8	32,9
Sønderjysk klynge (Syddanmark)	34,8	35,5	31,3	31,7	34,4	33,5
Århusklynge (Midtjylland)	22,6	23,4	23,7	25,6	24,5	24,0
Lands gennemsnit	32,1	31,0	30,3	30,0	30,8	30,9

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

## Bilag 7: Metode

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



Indenrigs- og  
Sundhedsministeriets

**BENCHMARKINGENHED**

Publikationen kan hentes på hjemmesiden for  
Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarkingenhed:  
[www.benchmark.dk](http://www.benchmark.dk)

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

## Indhold

1 Datagrundlag og afgrænsninger .....	3
1.1 Afgrænsninger .....	4
1.2 Kommunale indsatser .....	6
2 Køns- og aldersstandardisering.....	7
3 Sygehusophold med udvalgte diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv.....	8



# 1 Datagrundlag og afgrænsninger

I denne analyse har vi undersøgt, hvor ældre dør henne. Vores primære datasæt er *Dødsårsagsregistret*, som er tilgængeligt hos Danmarks Statistik. I analysen benyttes dog også oplysninger fra andre registre.

I tabel 1.1 er der et samlet overblik over de datakilder, der benyttes i analysen og de informationer, der er hentet derfra.

**Tabel 1.1**

## Anvendte datakilder og informationer hentet i registrene

Kilde	Variable
DODSAASG - DST	Dødsdato, dødssted/findested, dødsårsag
LPR_F – Sundhedsdatastyrelsen	Aktionsdiagnose, akut/planlagt sygehuskontakt, specialiserede palliativ behandling, Charlsons komorbiditetsindeks (CCI)
BEF – DST	Alder, køn, civilstand, bopælskommune og -region
LMDB – DST	Terminalt tilskud, Charlsons komorbiditetsindeks (CCI)
AEFV – DST	Hjemmepleje (visiteret tid)
AEHJSP – DST	Hjemmesygepleje
PLH – Sundhedsdatastyrelsen	Plekehjemsboere (baseret på adresser for plejehjem, plejecentre og friplejeboliger i Danmark, samt CPR-registret)
RUKS – Sundhedsdatastyrelsen	Charlsons komorbiditetsindeks (CCI)
Data om ansættelsesforhold – KRL	Sygeplejersker, SOSU-assistenten og SOSU-hjælpere, samt ufaglært SOSU-personale på det kommunale ældreområde (opgøres i antal årsværk)

## Vi ser på, hvor ældre dør, og hvor stor en andel, der dør på sygehuset samlet for fem år

Som nævnt er et af analysens formål at sammenligne andelen af ældre der dør på sygehuset på tværs af kommuner, regioner og sundhedsklynger. Vi har valgt vi at se på dødsfald blandt ældre (80+ årige) samlet over 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 dødsfald blandt ældre i de fem år.

Ved at samle data fra flere år bliver andelen i hver enkelt kommune 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 på en u hensigtsmæssig måde. Udover at mindske usikkerheden i opgørelsen, når vi ser på hovedindikatoren på tværs af landet, så gør det også opgørelser indenfor forskellige segmenter (fx dødsårsager, alder, køn m.m.) mere robust både på kommune-, regions- og sundhedsklyngniveau, men også på landsplan. Derudover kan en opgørelse på et enkelt år være påvirket af særlige begivenheder i det år (fx en særlig hård influenzaepidemi, COVID-19 og lignende)

Fordi praksis og resultater kan ændre sig fra år til år, kan det trods alt 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 region, kommune 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 de enkelte år er opgjøret for færre observationer.

## 1.1 Afgrænsninger

Nedenfor beskrives de vigtigste afgrænsninger, vi har benyttet i analysen.

### Afgrænsning af dødssted

Som udgangspunkt bruger vi dødssted (*c\_dodssted*) i Dødsårsagsregistret til afgrænsning af, hvor de ældre dør. Hvis denne ikke er udfyldt suppleres med indberettet findested (*c\_findested*). Nedenfor beskriver vi, hvordan vi afgrænser dødssted. Vi lægger os i store træk op af Sundhedsstyrelsens afgrænsning, men afviger enkelte steder:

- *Død på plejehjem/eget hjem*: Når andelen af ældre, der døde på plejehjem/eget hjem, opgøres, tages der udgangspunkt i, hvorvidt der i indberetningen af dødssted (variablen *c\_dodssted*) er krydset af i "død på bopælsadressen". Hvis det er tilfældet, så afgrænses der i forhold til, hvorvidt der i det "præcise dødssted" (variablen *c\_praecis\_dodssted*) er krydset af i *plejehjem* eller *eget hjem*. I nogle tilfælde er der i forhold til dødssted ikke valgt et dødssted. Her ses der så på findestedet (variablen *c\_findested*). Tilsvarende ses der her på, om personen er fundet død på bopælsadressen. Hvis dette er tilfældet kan man under det præcise findested (variablen *c\_praecis\_findested*), vælge om, personen er fundet død i *eget hjem* eller *plejehjem*.

Det betyder, at afdøde, hvor det præcise dødssted eller findested er *eget hjem*, som udgangspunkt grupperes til død i *eget hjem* i Sundhedsdatastyrelsens opgørelser, mens afdøde, hvis præcise dødssted eller findested er *plejehjem* grupperes til død på *plejehjem*.

En samkøring med CPR-registeret (gennem Plejehjemsdata) viser, at der er en andel af de ældre, som bor på plejehjem, der ifølge Dødsårsagsregistret dør i *eget hjem* og ikke på *plejehjem*. Dette kan skyldes, at plejehjemmet er borgerens hjem, og der derfor kan opstå tvivl om, hvilket af de to dødssteder, der skal registreres. Derfor er der i opgørelsen af dødssted i denne analyse suppleret med oplysninger fra Plejehjemsdata, således at borgere, hvor det registrerede dødssted er *eget hjem*, men hvor afdøde på dødstidspunktet havde folkeregisteradresse på et plejehjem, vil fremgå med dødssted *plejehjem*. Dermed fremgår der et større antal ældre, der døde på plejehjem i denne opgørelse end i opgørelser, der udelukkende er baseret på Dødsårsagsregisteret.

- *Død på sygehus/hospice*: Når der i Sundhedsdatastyrelsen laves opgørelser i forhold til, hvem der dør på sygehus henholdsvis hospice, tages der udgangspunkt i, hvorvidt der i forhold til dødssted i indberetningen er afgrænset til, at personen er "død på sygehus/hospice". Hvis dette er tilfældet, så benytter man oplysninger fra dødsattesterne – som ikke er en del af den version af Dødsårsagsregistret, som på nuværende tidspunkt er tilgængeligt hos Danmarks Statistik – til at differentiere imellem de, der døde på sygehuset, og de der døde på et hospice.

Da vi ikke har haft mulighed for at differentiere mellem hospice og sygehus på denne måde, har vi benyttet information fra Dødsårsagsregistret om, hvorvidt den attestudfyldende læge har funktion som hospicelæge for at kunne skille død på hospice ud fra død på sygehus, når dette er tilfældet.

Sundhedsdatastyrelsen har hjulpet med at undersøge overensstemmelsen i forhold til, i hvor høj grad det gælder, at der, hvor den attestudfyldende læge er en hospicelæge, ka-

tegoriseres dødsstedet også som hospice i registreringen i dødsattesten. Dette gælder i næsten 100 pct. af tilfældene. Der er dog ikke fuld overensstemmelse den modsatte vej: For en mindre del af de dødsfald, hvor Sundhedsdatastyrelsen pba. registreringen i dødsattesten kategoriserer dødsstedet som *hospice*, er det ikke en hospicelæge, der er den attestudfyldende læge. Det betyder, at i afgrænsningen af dødssted i denne analyse er der årligt nogle dødsfald, som kategoriseres som dødsfald på sygehus, der er sket på et hospice ifølge Sundhedsdatastyrelsens opgørelse.

Vurderingen er dog, at der er tale om et begrænset antal, da det for alle aldersgrupper (dødsfald i hele befolkningen), drejer sig om omkring 200-300 dødsfald årligt. Vi ved desuden, at personer i højere grad dør på hospice i de yngre aldersgrupper end i de ældre, hvorfor differencen antages at være endnu mindre i de ældre aldersgrupper, og derfor ikke ser ud til at påvirke andelen, der dør på sygehuset, væsentligt. En opgørelse af den kommunale variation i antallet af dødsfald på hospice for hele befolkningen, hvor resultaterne i forhold til andelen, der døde på sygehuset, beregnet med udgangspunkt i metoden benyttet i denne analyse og opgørelserne, der er tilgængelige på Sundhedsdatastyrelsens hjemmeside, viser ikke tegn på, at der er en geografisk bias.

Endelig er det vigtigt at bemærke, at i dødssted *Andet* indgår både "død på kendt adresse" og "død på ukendt adresse". Det er dog langt de fleste, der her er "død på kendt adresse". I "død på kendt adresse" vil også indgå dødsfald på midlertidige pladser eller akutpladser i kommunerne. Det har desværre ikke været muligt at opgøre, hvor stor en del af dødsfaldene under *Andet*, der finder sted på en kommunal plads.

### **Afgrænsning af dødsårsag**

I denne opgørelse ser vi også på den tilgrundliggende dødsårsag til dødsfaldet. Dødsårsagerne i Dødsårsagsregistret er opdelt i to overordnede diagnosegrupperinger – A- og B-listen. A-listen er de overordnede grupper, mens B-listen består af undergrupper til A-listen.

Vi arbejder med to forskellige opdelinger af dødsårsager, hvor der i den første indgår lidt flere dødsårsager end i den anden. Det skyldes, at vi på landsplan, når vi ser på de overordnede tendenser, kan tillade os at opdele på lidt flere dødsårsager end efterfølgende.

Nedenfor i tabel 1.2 vises de grupperinger, der benyttes i hovedrapporten, samt bilagene.

**Tabel 1.2**

**Afgrænsning af dødsårsager i hovedrapporten**

Figur 4.4-4.6	Tabel 4.1 + figur 4.13 + figur 5.3-5.5 + bilag 1-6
<i>Kræft: A-02 (DC00-DC97)</i>	<i>Kræft: A-02 (DC00-DC97)</i>
<i>Hjertesygdomme: A-08 (DI00-25, DI27, DI30-51)</i>	<i>Hjertesygdomme: A-08 (DI00-25, DI27, DI30-51)</i>
<i>Demens inkl. Alzheimers B-043, B-052 (DF01, DF03, DG30, (DF00))</i>	<i>Demens inkl. Alzheimers B-043, B-052 (DF01, DF03, DG30, (DF00))</i>
<i>Sygdomme i åndedrætsorganer: A-10 (DJ00-99)</i>	<i>Sygdomme i åndedrætsorganer: A-10 (DJ00-99)</i>
<i>Andre kredsløbssygdomme: A-09 (DI26, DI28, DI60-DI99)</i>	<i>Andre kredsløbssygdomme: A-09 (DI26, DI28, DI60-DI99)</i>
<i>Alderdomssvækkelse: B-086 (DR54)</i>	<i>Alderdomssvækkelse: B-086 (DR54)</i>
<i>Infektiøse sygdomme: A-01 (DA-00-B99)</i>	
<i>Sygdomme i fordøjelsesorganer: A-11 (DK00-22, DK29-66, DK71-72, DK75-92)</i>	
<i>Ulykker: A-19 (DV01-X59, DY40-69, DY70-86, DY88)</i>	<i>Øvrige dødsårsager: Resterende dødsårsager</i>
<i>Andet: Resterende dødsårsager</i>	

Anm.: Afgrænsning, der starter med "A-", tager udgangspunkt i A-listen i Dødsårsagsregistret, mens afgrænsninger der starter med "B-" tager udgangspunkt i afgrænsninger i B-listen. Oplysninger i parentes er de tilsvarende ICD10-koder.

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen

**Afgrænsning af specialiseret palliativ behandling**

I analysen har vi set på, hvor stor en andel af de ældre, der døde på sygehuset, der havde modtaget specialiseret palliativ behandling i sygehusregi. Det handler om, hvorvidt den ældre har modtaget behandling af en specialiseret palliativ afdeling. Vi identificerer den palliative behandling med udgangspunkt i, om den ældre enten havde haft kontakt/ophold på en specialiseret palliativ afdeling (inkl. udekontakter og virtuel behandling) eller havde modtaget behandling fra en specialiseret palliativ afdeling under ophold på en anden afdeling.

Vi har – med hjælp fra Dansk Palliativ Database – identificeret patienter, der har modtaget palliativ behandling ud fra, hvorvidt de har haft ophold på/modtaget ydelser af en specialiseret palliativ afdeling. De specialiserede palliative afdelinger er identificeret via SOR-koder i LPR3-data i perioden marts 2019-2022. Analysen og omhandler derfor de ældre, der døde i perioden 1.juni 2019 til og med 31.december 2022.

**1.2 Kommunale indsatser**

Når vi i tabel 4.1 i hovedrapporten samt bilag 2, 3, 5 og 6 ser på, hvor stor en andel af ældre, der dør på sygehuset blandt modtagere af hjemmesygepleje og hjemmepleje, så ser vi på, om den ældre modtog hjemmesygepleje senest 10 dage inden død og hjemmepleje indenfor de sidste to måneder inden død. Når vi har haft fokus på andelen blandt hjemmeplejemodtagere, har vi set på de, der har fået visiteret hjemmepleje én af de sidste to måneder af livet. Denne afgrænsning benyttes, fordi hjemmepleje ofte indberettes som et øjebliksbillede for den givne måned, og hvis en person dør først på måneden, kan man ikke nødvendigvis se, at den ældre har modtaget hjemmepleje i døds måneden, hvis data viser, hvem der er visiteret til hjemmepleje senere på måneden.

Når vi ser på data for hjemmepleje og hjemmesygepleje har vi taget udgangspunkt i valideringskriterier benyttet i Sundhedsdatastyrelsen (indberetningskonsistens og konsistens over måneder<sup>1</sup>). Dog stiller vi et lidt strengere krav til konsistens over måneder i denne analyse. Sundhedsdatastyrelsen tillader ét fald/én stigning i antallet af kommunens kontakter fra måned til måned på mere end 40 pct. Det gør vi ikke i denne analyse, dels fordi vi ser på, hvorvidt den enkelte afdøde ældre har kontakt med hjemmepleje/hjemmesygepleje inden for en relativ kort periode frem mod død. Og dels fordi vi gerne vil lave opgørelser på kommuneniveau. Se også tabel 1.3 i forhold til de benyttede kriterier.

**Tabel 1.3**

**Kriterier til data for hjemmepleje og hjemmesygepleje**

Kriterier	Forklaring
<b>Indberetningskonsistens</b>	Kommuner skal have indberettet for alle årets 12 måneder.
<b>Konsistens over måneder</b>	Kommuner må ikke have et fald eller en stigning på mere end 40 pct. i antallet af kommunens kontakter pr. måned om året

Beregningerne for hjemmepleje og hjemmesygepleje er baseret på data for 2020-2022 for at sikre, at nok kommuner indgår i beregningerne. Med udgangspunkt i kriterierne benyttet ovenfor indgår 77 kommuner i beregningen af, hvor stor en andel af ældre, der modtager hjemmepleje henholdsvis hjemmesygepleje, der dør på sygehuset. Det gælder både i opgørelsen i tabel 4.1 i hovedrapporten, men data for disse kommuner indgår heller ikke i opgørelser for hjemmepleje og hjemmesygepleje i bilagene.

Når vi ser på hjemmesygepleje og hjemmepleje, så indgår der *ikke* data for følgende kommuner (udover for Fanø, Læsø og Samsø, som ikke indgår i analysen):

Egedal, Esbjerg, Favrskov, Frederikshavn, Glostrup, Gribskov, Horsens, Hørsholm, Ishøj, Køge, Lyngby-Taarbæk, Mariagerfjord, Morsø, Odense, Odsherred, Ringsted, Vejle og Vordingborg.

Når vi ser på plejehjemsbeboere, så er kriteriet, at den ældre skal have adresse på plejehjemmet på dødstidspunktet.

## 2 Køns- og aldersstandardisering

I analysen sammenligner vi andelen af ældre, der dør på sygehuset, på tværs af regioner, kommuner og sundhedsklynger. Regioner, kommuner og sundhedsklyngers 80+ årige adskiller sig i sammensætningen af køn og alder, og køn- og alderssammensætning kan have implikationer i forhold til, hvor stor andelen, der dør på sygehuset er. For eksempel dør de yngste aldersgrupper blandt de 80+ årige oftere på sygehuset end de allerældste, og tilsvarende dør mænd oftere på sygehuset end kvinder. For at sikre en mere fair sammenligning mellem regioner m.m., har vi valgt at standardisere tallene for køn og alder ved direkte standardisering. Dvs. vi sammenligner kommuner, regioner og sundhedsklyngers resultater, hvor vi tager højde for ældre køn og alder.

Ved direkte standardisering anvender vi en direkte standardiseret rate, som er et vægtet gennemsnit af køns- og aldersspecifikke rater, hvor vægtene er baseret på en standardfordeling. Ved stan-

<sup>1</sup> "Dokumentation – kommunale sundheds- og ældredata", Sundhedsdatastyrelsen (2022)

dardiseringen benyttes alders- og kønsfordelingen af de 80+ årige afgang ved døden på landsplan i 2018-2022. Konkret angiver de standardiserede resultater, hvor stor en andel af de afdøde ældre i kommunen, der døde på et sygehus, hvis kommunens resultater for forskellige borgergrupper (opdelt på alder og køn) oversættes til en standardbefolkning (landsplansbefolkningen) med hensyn til antal borgere i forskellige køn- og aldersgrupper.

Når vi ser på andelen der døde på sygehuset indenfor de enkelte dødsårsager (figur 5.3-5.5 i hovedrapporten, samt bilag 1-6) benyttes alders- og kønsfordelingen i 2018-2022 på landsplan indenfor den specifikke dødsårsag osv.

Når vi i bilag 4.6 viser andelen af ældre, der døde på sygehuset i de enkelte år (2018-2022), viser vi både de alders- og kønsstandardiserede resultater og de ikke-standardiserede resultater for regioner og sundhedsklynger. Det er dog ikke muligt at alder- og kønsstandardisere andelen på kommuneniveau pga. at der relativt få observationer på kommuneniveau i de enkelte år.

### 3 Sygehusophold med udvalgte diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv.

I analysen i afsnit 4.1 ser vi på forekomsten af sygehusophold med udvalgte diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv. blandt de sidste sygehusophold for de ældre, der ender med at dø på sygehuset. Da der ikke findes en afgrænsning af, for hvilke diagnoser man i særlig grad kan overveje, om indlæggelse er det rigtige valg for det ældre menneske i den allersidste del af livet og tæt på døden, har vi taget udgangspunkt i de forebyggelige diagnoser benyttet i opgørelsen af akutte forebyggelige sygehusophold i Sundhedsdatastyrelsen, hvor en stor del af diagnoserne er sammenfaldende med diagnoser, som også ofte ses for ældre i den sidste tid, og hvor det kan være hensigtsmæssigt at overveje, om den ældre egentlig ville være bedre tjent med at modtage behandling i hjemmet med mulighed for at dø hjemme. I denne analyse refererer vi til sygehusopholdene som *sygehusophold med udvalgte diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv.*

De forebyggelige sygehusophold (i rapporten kaldet *sygehusophold med udvalgte diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv.*) er dannet ved at koble tidsmæssigt sammenhængende fysiske fremmøder på sygehusene sammen, hvor der er højst 4 timer mellem to fremmøder, og hvor opholdet kan betegnes som akut, varer minimum 4 timer og indenfor 48 timer har en forebyggelig aktionsdiagnose. Se også boks 1.1 for de enkelte diagnoser.

## Boks 1.1

### Sygehusophold med udvalgte diagnoser som lungebetændelse, dehydrering mv.

I hovedrapportens kapitel 4 ser vi på udvalgte sygehusophold, hvor det kan være uhensigtsmæssigt for det ældre skrøbelige menneske i slutningen af livet at blive indlagt på sygehuset i stedet for at modtage behandling i hjemmet. 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. Vi har derfor i opgørelsen af de sygehusophold med udvalgte diagnoser taget udgangspunkt i de forebyggelige sygehusophold.

Forebyggelige akutte sygehusophold er sygehusophold blandt ældre, hvor aktionsdiagnosen hører til en af følgende diagnosegrupper: dehydrering, forstoppelse, lungebetændelse m.m. (nedre luftvejssygdom), blærebetændelse, gastroenteritis (mave-tarm-infektion), knoglebrud, ernæringsbetinget anæmi (blodmangel), sociale og plejemæssige forhold og/eller tryksår. Diagnosen skal optræde i sygehusopholdet inden for 48 timer fra opholdets starttidspunkt.

De forebyggelige diagnoser er defineret ved følgende ICD-10 diagnosekoder:

Dehydrering: DE869

Forstoppelse: DK590

Lungebetændelse m.m. (nedre luftvejssygdom): DJ12, DJ13, DJ14, DJ15, DJ18, DJ20, DJ21, DJ22, DJ40, DJ41, DJ42, DJ43, DJ44, DJ45, DJ46, DJ47

Blærebetændelse: DN30 (undtaget DN303 og DN304)

Gastroenteritis (mave-tarm-infektion): DA09

Knoglebrud: DS02, DS12, DS22, DS32, DS42, DS52, DS62, DS72, DS82, DS92

Ernæringsbetinget anæmi (blodmangel): DD50, DD51, DD52, DD53

Sociale og plejemæssige forhold: DZ59, DZ74, DZ75

Tryksår: DL89

I opgørelsen af de sygehusophold med udvalgte diagnoser indgår diagnosen *knoglebrud* ikke. Det gør vi ikke, dels fordi en person, der oplever knoglebrud, i langt de fleste tilfælde har brug for behandling i sygehusregi, og dels fordi knoglebrud ofte udgør en relativ stor del af opgørelser af forebyggelige sygehusophold.

Kilde: "Beskrivelse af indikatorer – De nationale mål", Sundhedsministeriet (2021)