

Dødssted og dødsårsager blandt voksne i Danmark – i perioden 2012-2020



Dødssted og dødsårsager blandt voksne i Danmark – i perioden 2012-2020

Forfattere: Lene Jarlbæk, Tina Broby Mikkelsen, Rikke Syrak Hansen og Ane Bonnerup Vind

Copyright © 2024

REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation

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

REHPA, rapport

Oktober 2024, 2. udgave

ISBN: 978-87-93356-86-3 (online)

Forsidegrafik: REHPA

REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation

Vestergade 17

5800 Nyborg

21 81 10 11

rehpa@rsyd.dk

www.rehpa.dk

Rapporten har været til internt og eksternt review. Udarbejdelsen af og baggrunden for rapporten fremgår af forordet.

2. udgave indeholder rettelse af paneler i Figur 6.1.1.

Rapporten kan downloades fra www.rehpa.dk

Indhold

Forord	5
Resumé	6
Summary	9
Ordforklaringer	12
Indledning	13
Formål, målgruppe og baggrund	13
Datagrundlag og metode	15
Registrering af dødssted og dødsårsager i Dødsårsagsregisteret	15
Registrering af dødssted og dødsårsager i rapporten.....	17
Dødssted (og håndtering af missing for dødssted)	17
Dødsårsag.....	19
Om populationen	20
Beboere på plejehjem	21
Øvrige afgrænsninger og variable	21
Perioder	21
Alder.....	21
Regioner og sundhedsklynger	21
Kontakt med specialiserede palliative enheder inden død.....	21
Læsevejledning til resultatafsnittet.....	22
Appendiks.....	23
Resultater	24
1. Naturlig død i oversigt – dødssted og dødsårsager	24
1.1 Dødssted	24
1.2 Dødssted og dødsårsager	30
2. Regioner og sundhedsklynger - dødssted og dødsårsager	34
2.1 Dødssted	35
2.1.1 Dødssted - regioner	35
2.1.2 Dødssted - sundhedsklynger.....	37
2.2 Dødssted og dødsårsager	39
2.2.1 Dødssted og dødsårsager - regioner.....	39
3. Alder - dødssted og dødsårsager	42
3.1 Dødssted	43
3.2 Dødssted og dødsårsager	44
4. Køn - dødssted og dødsårsager	51
4.1 Dødssted	51
4.2 Dødssted og dødsårsager	52

5. Plejehjemskohorten.....	55
5.1. Dødssted	56
5.1.1 Dødssted - regionerne	57
5.2. Dødssted og dødsårsager	59
6. Kontakt med specialiserede palliative enheder	61
6.1 Dødssted	61
6.2 Dødssted og dødsårsager	64
Diskussion.....	67
Dødssted	67
Dødssted i relation til dødsårsager.....	67
Plejehjem	68
Palliation forud for død	69
Datakvalitet.....	70
Konklusion	72
Referenceliste	73

Forord

REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation følger udviklingen af den palliative indsats i Danmark tæt og gennemfører gentagne kortlægninger af området.

I 2015 udgav REHPA rapporten *Dødssted og dødsårsager i Danmark 2007-2011*, hvor data blev opgjort for de pågældende år, og i 2017 udkom rapporten *Dødssted i Danmark 2012 – 2014, relateret til dødsårsager, alder, køn, regioner og kommuner*. Rapporten her følger op på disse publikationer. Derudover beskriver rapporten udviklingen i årene 2012 til 2020, typisk opdelt på perioderne 2012-2014, 2015-2017 og 2018-2020.

Rapporten beskriver forhold i Danmark vedrørende dødssted og relationer mellem dødssted, dødsårsager, alder, køn, kontakt med specialiseret palliativ enhed samt geografi. Der ses både på disse forhold i hele den voksne befolkning og specifikt blandt de med bopælsadresse på plejehjem.

Kendskab til disse forhold er væsentlige, når behandling og pleje af mennesker, der skal dø, planlægges. Det gælder både i forhold til kapaciteten i de enkelte kommuner og regioner og i forhold til de sundhedsprofessionelles kompetencer. Målgruppen for rapporten er derfor beslutningstagere, politikere, forskere og andre i offentligheden, som beskæftiger sig med sundhedsvæsenet og med omsorg for døende.

Rapporten er udarbejdet af overlæge og lektor Lene Jarlbæk, datamanager Tina Broby Mikkelsen, forskningsassistent Rikke Syrak Hansen og videncenterchef Ane Bonnerup Vind – alle ansat ved REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation.

Tak til lektor Kirstine Benthien og professor og forskningsleder Mette Raunkjær for internt review.

Også tak til klinisk professor, ledende overlæge, ph.d. Søren Paaske Joensen – Dansk Center for Sundhedstjenesteforskning og Klinisk Institut, Aalborg Universitet og Aalborg Universitetshospital og overlæge, professor Ann-Dorthe Olsen Zwisler – Rigshospitalet og Institut for Klinisk Medicin Københavns Universitet for eksternt review.

Ane Bonnerup Vind

Videncenterchef

REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation

Resumé

Baggrund og formål

Rapporten belyser dødssted og dødsårsager for dødsfald sket af naturlige årsager i Danmark i relation til regioner, sundhedsklynger, alder, køn, bopæl på plejehjem og kontakt med specialiserede palliative enheder forud for død i perioden 2012-2020. Målgruppen for rapporten er fagpersoner, forskere, beslutningstagere, politikere og andre i offentligheden, som beskæftiger sig med sundhedsvæsenet, palliation og omsorg for døende.

Resultater

Cirka halvdelen af de, som dør af naturlige årsager, dør 'hjemme'¹. Den andel ligger stabilt hen over perioden 2012-2020. Andelen af dødsfald på hospital falder fra 46 % til 40 %, og hvis dødsfald på hospice ikke medregnes, så udgør dødsfald på hospital ca. 35 % af alle dødsfald i Danmark i periodens slutning. Faldet i andelen af dødsfald på hospital sker samtidig med, at andelen af dødsfald andre steder stiger. Dødsfald andre steder kan ikke beskrives nærmere i de data, som ligger til grund for rapporten her.

De 6 hyppigste dødsårsager, baseret på Dødsårsagsregisterets inddeling, er; kræft, hjertesygdom, respirationsvejs sygdomme, karsygdom, neurologiske lidelser og psykiatriske lidelser. Disse årsager udgør 80 % af dødsfaldene. Dødsfald forårsaget af kræft, respirationsvejs sygdomme og karsygdomme sker oftere på hospitalet end 'hjemme'. Omvendt, sker dødsfald forårsaget af hjertesygdomme, neurologiske og psykiske lidelser oftere 'hjemme'.

Regionale forskelle

Den faldende andel af dødsfald på hospital genfindes i alle regioner. Imidlertid varierer fordelingen af dødssted i mellem regionerne, hvor Region Sjælland og Region Hovedstaden har de højeste andele af dødsfald på hospital. I regionernes respektive klynger fordeler dødssted sig ret ens.

Fordelingen af dødsårsager er ens for de fem regioner, dog med variationer i forhold til fordelingen af dødssted blandt udvalgte dødsårsager som kræft, sygdomme i respirationsvejene og hjerte- og karsygdomme.

Alder

Blandt de ældste (85+) dør 60 % 'hjemme', og 30 % dør på hospital. Dødssted fordeler sig ligeligt mellem 'hjemme' og hospital blandt dødsfald i den næstældste aldersgruppe, mens de yngre aldersgrupper oftere dør på hospital end 'hjemme'. I de fleste aldersgrupper ses en faldende tendens i forhold til død på hospital over tid.

Blandt de ældste udgør hjertesygdomme den største andel af dødsårsager, mens kræft udgør den markant største andel af dødsårsager i alle øvrige alderskategorier. Flere end halvdelen af de, som

¹ Død 'hjemme' angiver, at tal og andele for dødsfald på bopælsadressen er konstrueret ud fra Dødsårsagsregisterets registrering af død på bopælsadressen, suppleret med de registreringer af dødsfald hvor der er missing data for dødssted. Se metodeafsnittet for uddybning.

dør på grund af psykiske lidelser, hører til i den ældste aldersgruppe. For neurologiske lidelser sker størstedelen af dødsfaldene i de to ældste aldersgrupper. Det hænger formodentlig sammen med, at demens indgår i begge grupper. Relationen mellem dødssted og alder varierer for de forskellige dødsårsager.

Køn

Flere kvinder end mænd dør 'hjemme'. Ændringer i dødssted hen over perioden ses hos begge køn. Dødsårsagerne fordeler sig lidt forskelligt mellem de to køn. Lidt flere mænd end kvinder dør af kræft og hjertesygdomme. Lidt flere kvinder end mænd dør af psykiske lidelser. Blandt dødsfald forårsaget af kræft fordeler dødssted sig ens blandt mænd og kvinder. For de øvrige dødsårsager er det et generelt billede, at kvinder har højere andele af død 'hjemme' sammenlignet med mænd.

Beboere på plejehjem

Cirka 80 % af de dødsfald, som sker blandt beboere på plejehjem i Danmark, sker 'hjemme', mens 16 % sker på hospital. Fordelingen af dødssted varierer mellem regionerne, hvor Region Sjælland og Region Hovedstaden har de højeste andele af dødsfald på hospital.

Psykiske lidelser, hjertesygdomme og neurologiske lidelser er de hyppigst forekommende dødsårsager blandt beboere på plejehjem. Blandt de, som dør på hospital, så udgør sygdomme i respirationsvejene den hyppigste dødsårsag.

Kontakt med specialiserede palliative enheder

Størstedelen af dødsfaldene sker uden forudgående kontakt med specialiserede palliative enheder (SPE) (81 %). Med udgangspunkt i de dødsfald, hvor der forinden har været kontakt med SPE, er fordelingen i forhold til den sidste kontakt med SPE inden død således, at 12 % har kontakt med et specialiseret palliativt team/afdeling (TA), og 7 % har kontakt med hospice. Efter seneste kontakt med et hospice, så dør 68 % på hospice, 15 % dør 'hjemme', 2 % på hospital og 15 % andre steder. Efter seneste kontakt med et palliativt team eller en palliativ hospitalsafdeling, så dør 48 % hjemme, 44 % på hospital og 8 % andre steder. Blandt dødsfald uden forudgående kontakt med SPE, så dør 53 % hjemme, 41 % på hospital og 6 % andre steder.

Kræft er langt den hyppigste dødsårsag blandt dødsfald, som sker efter kontakt med SPE. Andre årsager end kræft udgør 19 % af de dødsfald, der forinden har været i kontakt med et palliativt team eller afdeling, mens de udgør 8 % af de dødsfald, som forinden har været i kontakt med hospice.

Konklusion

Halvdelen af dødsfald på grund af naturlig død i Danmark, sker 'hjemme'. Andelene af dødsfald på hospitalet er faldet, i samme omfang som andelen af dødsfald andre steder er steget. Disse overordnede ændringer går igen både i regionerne og i forhold til alder og køn.

Rapporten viser fordelingen af dødssted og dødsårsager blandt plejehjemsbeboere, og blandt de, som har haft kontakt med en specialiseret palliativ enhed forud for død. Det er data, som ikke tidligere har været umiddelbart tilgængelige.

REHPA

Rapportens resultater kan fungere som et opslagsværk i forhold til forskellige interesser vedrørende dødssted og/eller diagnoser, og som oplæg eller supplement til diskussion af sundhedsvæsenets organisering, kapacitet og de professionelles kompetencer.

Summary

Background and aim

This report shows place of death and cause of death in Denmark, in relation to regions, health clusters, age, sex, nursing home residence, and contact with specialized palliative units prior to death during the period. The target groups for the report are health care professionals, researchers, decision makers, politicians and other in the public with interest in the health care system, palliative care and end of life care.

Results

Around half of those, who die from natural causes, die at home. This proportion is stable over the period, 2012 to 2020. The proportion of deaths in hospital is reduced from 46 % to 40 %, and if deaths in hospices are excluded from death in hospital, then around 35 % of deaths in Denmark happen in the hospital at the end of the period studied. The decline in death in hospital happens in parallel with a rise in the proportion of those, who died in other places. Deaths in other places cannot be described in more detail based on the data provided from the Death Cause Register in Denmark.

The 6 most frequent causes of death, based on categorizations in The Cause of Death Register, were; cancer, diseases in the heart, the respiratory system, the vascular system, neurological and psychiatric diseases. These causes comprise 80 % of all deaths. Deaths caused by cancer or diseases in the respiratory system or vascular system happen more frequently in hospital compared to home. While, deaths caused by heart disease, neurological disease or psychiatric disease more frequently happen at home compared to hospital.

Regional differences

The declining proportion of deaths in hospital is seen in all five regions. However, the proportion of place of death differs between regions, where Region Zealand and the Capital Region have the highest proportion of deaths in hospital. Despite differences between the regions, the proportion in place of death is almost equally distributed in the health care clusters in each of the single regions.

The proportion of causes of death are similar among the regions. For some causes of death, like cancer, diseases in the airways, heart and vascular system, the proportion of place of death can vary between the regions.

Age

Among the eldest (85+), 60 % die at home and 30 % die in hospital. In the second eldest group, place of death is almost equally distributed between home and hospital, while in the younger age groups more people die in hospital. In most age groups, there appear to be a decline in the proportion of death in hospital over time.

Death caused by diseases in the heart is the most frequent cause of death among the eldest, while cancer is significantly the largest cause of death in all the other age groups. More than half of those, who die from psychiatric diseases, belong to the oldest age group. For neurological diseases, the majority of deaths are in the two oldest age groups. This is likely to be explained by the fact that dementia is included as a cause of death in both of the main categories. Relations between place of death and age vary for different causes of death.

Sex

More women than men die at home. Changes in place of death over the period are seen among both sexes. The causes of death vary between the two sexes. A little more men die from cancer and heart diseases compared to women. Slightly more women than men die from psychiatric diseases. Place of death is equally distributed between sexes among those, who die from cancer. For the other causes of death, the picture is that women have higher proportions of death at home compared to men.

Nursing home residents

Around 80 % of the deaths among nursing home residents happen at home, while 16 % happen in the hospitals. The distribution of place of death vary between the regions, where Region Zealand and the Capital Region have the highest proportions of death in hospitals.

Psychiatric diseases, heart and neurological diseases are the most frequent causes of death in nursing homes. Diseases in the airways are the most frequent cause of death among nursing home residents, who die in the hospitals.

Contact with specialized palliative care units

Most of the deaths in Denmark happen without prior contact with specialized palliative care units (SPU) (81 %). With reference to the latest contact with SPU prior to death, 12 % had contact with a specialized palliative care team or a palliative care unit in hospital, and 7 % had contact with a hospice. After contact with hospice, 68 % die in hospice, 15 % die at home, 2 % die in hospital and 15 % die in other places. After contact with a palliative team or hospital unit, 48% die at home, 44% in hospital and 8% in other places. Among those without prior contact with SPU, 53% die at home, 41 % die in the hospitals and 6 % die in other places.

Cancer is by far the most frequent cause of death, among those who had contact with SPU prior to death. Other causes than cancer comprise 19 % among those, who had contact with a palliative team or hospital unit prior to death, while 8 % among those who had been in contact with a hospice died from other causes than cancer.

Conclusion

Half of all deaths from natural causes in Denmark happens at home. The proportion of death in hospital has declined over the period in parallel with an increase of deaths happening in other places. These changes are also seen when place of death is investigated according to regions, age and sex.

The report also includes the distribution of place of death and causes of death among nursing home residents, and among those, who had been in contact with a specialized palliative care unit prior to death. These data have not previously been directly available.

The report's results can be used as reference in relation interests regarding place of death and/or different diseases, and as background knowledge in the discussion of the organization of the health care system, its capacity and health care professionals' competencies.

Ordforklaringer

Dokumentation for Dødsårsagsregisterets (DAR) variable kan ses på følgende link (1).

Naturlig død: Dødsfald, enten som følge af kendt sygdom, eller symptom fra ikke-erkendt sygdom.

Ikke naturlig død: Dødsfald som følge af eksempelvis ulykker, selvmord, drab eller vold.

Dødssted:

- **'Hjemme'** - er et estimat, som i rapporten anvendes for dødsfald, hvor dødssted er registreret i DAR enten som; bopælsadressen (dvs. hjemme), fundet død på bopælsadressen, eller missing (**missing** betyder, at dødssted ikke er registreret i DAR).
- **Hospital** – dødsfald, som sker på hospitalet.
- **Hospice** – dødsfald, som sker på hospice. I de data fra DAR, som danner basis for rapportens resultater, er dødsfald på hospice ikke adskilt fra dødsfald på hospital. Det betyder, at **dødsfald på hospice indgår i variabelen hospital, som dødssted**, i denne rapport.

Ved at koble DAR-data med Landspatientregisterets data (LPR2) har det været muligt at identificere dødsfald, der er sket under indlæggelse på et hospice for en begrænset periode. De data vises i Kapitel 6

- **Andre steder** rummer dødsfald sket på kendt adresse og ukendt adresse:
 - **Død på kendt adresse:** Dødsfald, som sker på kendt adresse, som ikke er bopælsadressen.
 - **Død på ukendt adresse:** Dødsfald, som sker på ukendt adresse.

Fundet død: Er dødsfald, hvor dødstidspunktet ikke er kendt. Dødssted er anført i DAR for personer, som er fundet døde.

Dødsårsager: Dødsårsager i rapporten følger DARs kategorisering i de overordnede grupper, som findes i Dødsårsagsregistrets liste A og liste B.

Indledning

Formål, målgruppe og baggrund

Formålet med denne rapport er at belyse dødssteder og dødsårsager i Danmark i relation til regioner, sundhedsklynger, alder, køn, bopæl på plejehjem og kontakt med specialiserede palliative enheder forud for død. Desuden belyser rapporten en eventuel udvikling over en periode på ni år – fra 2012-2020.

Viden om disse forhold er væsentlig, når behandling og pleje ved livets afslutning skal planlægges både i forhold organisering, kapacitet og de sundhedsprofessionelles kompetencer.

Rapporten fokuserer på naturlig død. Det vil sige dødsfald, der sker som følge af kendt sygdom eller symptomer fra ikke-erkendt sygdom. Naturlig død udgør 95 % af alle dødsfald i Danmark i perioden 2012-2020, og sundhedsvæsenets planlægning og organisation af behandlings- og plejeindsatser retter sig overordnet mod mennesker, der lider af sygdomme eller symptomer fra sygdom.

Rapportens resultater kan visse steder fremstå ret teknisk beskrevet og fremstillet. Imidlertid har vi fundet det væsentligt, at forskellige aspekter af dødssted og dødsårsager vises i én rapport, fordi disse aspekter kan ønskes belyst samtidig i specifikke sammenhænge.

Målgruppen for rapporten er bred, fordi den henvender sig til alle, der beskæftiger sig med sygdomme og sundhedsvæsenets indsatser forud for livets afslutning. Især henvender den sig til to overordnede grupper; myndigheder og beslutningstagere samt fagpersoner, forskere og klinikere.

Kroniske, ikke-smitsomme sygdomme, heriblandt hjertesygdom, apopleksi, kræft, diabetes og kroniske lungesygdomme forårsager cirka 3/4 af alle dødsfald på verdensplan (2). Hovedparten af rapportens opgørelse af relationer mellem dødssted og dødsårsager i Danmark, kan ligeledes tilskrives forskellige livstruende og kroniske sygdomme. Dermed kan rapporten bidrage med viden om den population, som kan have behov for palliativ indsats på såvel basalt som specialiseret niveau. Med reference til *White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: Part 1* (3) må det formodes, at langt de fleste, der dør som følge af et forløb med livstruende sygdom, vil have haft behov for lindring af fx fysiske, psykiske, sociale og eksistentielle/åndelige lidelser.

Sundhedsstyrelsen har i flere omgange udarbejdet anbefalinger for den palliative indsats og hvorledes indsatsen bør tilrettelægges, senest i 2017 (4). Sundhedsstyrelsen beskriver, at palliative indsatser bør varetages på det laveste effektive omsorgs- og behandlingsniveau, tilsvarende andre indsatser. Et overblik over fordelingen af dødssted i Danmark er relevant ud fra den antagelse, at de palliative indsatser i tiden forud for død, ofte vil være relevante at yde de steder hvor folk dør. I den sammenhæng vurderes det særligt relevant, at rapporten også belyser dødssted for mennesker med bopælsadresse på plejehjem.

I anbefalingerne for den palliative indsats fra Sundhedsstyrelsen anbefales det endvidere, at regioner, kommuner og almen praksis udarbejder fælles målsætninger for det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde om palliation i regi af sundhedsaftaler og praksisplaner.

Siden anbefalingernes offentliggørelse er der dannet en ny struktur i det danske sundhedsvæsen i form af sundhedsklynger (5). Derfor rummer rapporten opgørelser af dødssted på regions- sundhedsklynge- og kommuneniveau, der kan anvendes som planlægningsgrundlag i forhold til at kunne indgå de beskrevne aftaler.

Rapporten fokuserer primært på tre kategorier af dødssted; død hjemme, som rummer eget hjem og plejehjem samt død på hospital (hvor rapportens data fra Dødsårsagsregisteret også inkluderer dødsfald sket på hospice) og død andre steder. Præferencer i forhold til, hvorvidt man ønsker at dø hjemme eller et andet sted, varierer fra person til person, og de kan også ændre sig over tid i et sygdomsforløb. Viden om dødssted, for dødsfald der skyldes naturlige årsager, har betydning i forhold til at kunne belyse overensstemmelse mellem de udtrykte ønsker og de reelle forhold vedrørende dødssted.

I et arbejde af Jiang et al. publiceret i 2021 er forekomsten af hospitalsdød opgjort i 30 europæiske lande (6). Når der blev kontrolleret for diverse faktorer, viste resultaterne, at en stærk palliativ indsats, som blev understøttet finansielt af statslige midler, var associeret med færre dødsfald på hospitalerne. Adgang til palliation, der lever op til kriterierne for tilstrækkelig palliativ kapacitet, som de er beskrevet af European Association for Palliative Care (EAPC), omtales som en faktor, der fremmer død hjemme (6). I et systematisk review, hvor sammenhæng mellem palliativ indsats og dødssted blev undersøgt, blev der inkluderet 8 studier med i alt 1.556 patienter (7). Tre af disse studier viste signifikant positiv sammenhæng mellem palliativ indsats og hjemmedød. I den forbindelse, er det fundet relevant, at rapporten beskriver, hvordan dødssted fordeler sig blandt døde, der forinden har eller ikke har modtaget en specialiseret palliativ indsats.

Datagrundlag og metode

Denne rapport baserer sig på registerdata fra Dødsårsagsregisteret vedrørende det samlede antal dødsfald i Danmark i perioden fra 2012-2020 og er en opfølgning på tidligere udgivelser fra REHPA (8-10).

Dødsårsagsregisteret (DAR) indeholder data på personer med dansk cpr-nummer og fast bopæl i Danmark, som dør i Danmark. Danskere, der dør i udlandet, og udlændige, som midlertidigt opholder sig i Danmark, indgår ikke.

Datasættet fra DAR er koblet med følgende landsdækkende registre; Dødsårsagsregistret, CPR-registeret (dødsdato), Landspatientregisteret (LPR 2- og LPR 3-data vedrørende kontakt til specialiseret palliativ enhed før død) og Plejehjemsdata (PLH – bopæl på plejehjem).

- **Dødsårsagsregisteret:** Udover at danne populationen, som er udgangspunkt for alle rapportens analyser, giver registeret relevant information omkring dødsfaldet (tidspunkt, sted, årsag) samt køn, alder og region
- **Landspatientregisteret:** Kan give information om kontakter til sundhedsvæsenet. I denne rapport anvendes data fra LPR2 til at registrere, om afdøde har haft kontakt med specialiseret palliativ indsats indenfor 2 år forud for død.
- **CPR-registeret:** I denne rapport anvendes variabelen dødsdato, da der kan være nogle variationer mellem datoen i DAR og i CPR-registeret
- **Plejehjemsdata:** Bopælsadresse på plejehjem på tidspunkt for død

Registrering af dødssted og dødsårsager i Dødsårsagsregisteret

Dødsårsagsregisterets data stammer fra dødsattestens oplysninger (11).

Dødsattesten har to sider, som skal udfyldes (12) (Figur 1).

Figur 1 Dødsattestens side 1 og 2

Side 1a
Dødsattest
I henhold til afsnit XIII i sundhedsloven, j. LBK nr. 1188 af 24. september 2016

Personnummer (CPR nummer): (Ved dødfodt angives moderens CPR-nummer) Mand: Kvinde:

Fulde navn: Sygesikringsgruppe:

Vej: Nr/etage/side:

Postnr: By: Land:

Dødfødt: Fødselsdato: Klokkeslæt: Dreng: Pige:

Dødstidspunkt: Klokkeslæt:

Findetidspunkt: Klokkeslæt:

Død på sygehus/hospice (navn):

Afdeling:

Død på kendt adresse (vej): Nr etage/side:

Postnr: By: Plejehjem: Eget hjem:

Dødssted uden adresse:

Fundet død på kendt adresse (vej): Nr etage/side:

Postnr: By: Plejehjem: Eget hjem:

Findested uden adresse:

Attestfyldende læges funktion: Egen læge Vagtlæge Hospitalslæge Overlæge i Styrelsen for Patientsikkerhed

Ligsyn: Klokkeslæt: Hospicelæge

Dødstegn: Rigor: Livores: Cadaverositas: Maceratio: Andet:

Kontakt til politi: Ja: Nej:

Elektroniske implantater: Ja - og de() er fjernet: Ja - og de() er ikke fjernet: Nej: Ved ikke:

A. Undergeniale læge har syret liget af overenskomst og forefindet overenskomst dødsbeg. Bekræft, at der ikke foreligger tilkynsningsforhold, som omhandles i [] B. Undergeniale læge har syret liget af overenskomst og forefindet overenskomst dødsbeg. Bekræft, at der ikke foreligger tilkynsningsforhold, som omhandles i []

Side 2
Dødsattest
I henhold til afsnit XIII i sundhedsloven, j. LBK nr. 913 af 13. juli 2010

Personnummer (CPR nummer): (Ved dødfodt angives moderens CPR-nummer) Mand: Kvinde:

Fulde navn:

Dødsårsag: Naturlig død Ulykke Selvmord Drab/vold Uoplyst

Dødsårsag I: Det sygdoms-, misbrugs- og/eller skadesforløb, der førte til døden

A Den umiddelbare dødsårsag:

B Som var en følge af:

C Som var en følge af:

D Den tilgrundliggende dødsårsag:

Dødsårsag II: Andre stadig aktive sygdomme, misbrug eller skader, der kan have medvirket til døden

Medicin, i forbindelse med forgiftning, medicinbrutning og misbrug

Medicinsk præparat (handelsnavn): ATC:

Medicinsk præparat (handelsnavn): ATC:

Medicinsk præparat (handelsnavn): ATC:

Hændelsessted ved ikke-naturlig død: Transport- Bølg- Produktions- Handels- Skole og Sports- Føljetatse og Fri Hav- og Andet

Dødssted

Dødssted anføres på dødsattestens side 1 og kodes på følgende vis i DAR:

- 0: Død på sygehus eller hospice (i denne rapport benævnt - hospital)
- 1: Død på bopælsadressen (i denne rapport benævnt - 'hjemme')
- 2: Død på kendt adresse
- 3: Dødssted uden adresse
- -1: Ikke valgt (fordi afdøde er fundet død). For dødssted kodet som -1, anføres om vedkommende er fundet død på sygehus, bopælsadresse, kendt adresse eller findested uden adresse.

'Død på bopælsadressen' præciseres nærmere i variabelen; 'præcist dødssted', hvor det findes oplyst, om personen var død i plejebolig (0), i eget hjem (1) eller ikke valgt (-1).

Dødsårsag

På dødsattestens side 2 anføres dødsårsag. I DAR registreres forskellige dødsårsager, fx den umiddelbare dødsårsag og den tilgrundliggende dødsårsag (12).

I rapporten her anvendes DARs kategorisering af dødsårsag i DARs liste A (variabel-navn c_listeA) og liste B (variabel-navn c_listeB) (13) for den tilgrundliggende dødsårsag.

- Liste A rummer 24 overordnede kategorier for dødsårsager, hvoraf A19-A24 er andre årsager end naturlig død.
- Liste B rummer i alt 107 underdiagnoser til de 24 A-kategorier. Af listen fremgår det, at Alzheimers demens er registreret i A-listens kategori 'neurologiske lidelser', mens demens (excl. Alzheimers demens) er registreret i A-listens kategori 'psykiske lidelser'.

Registrering af dødssted og dødsårsager i rapporten

Dødssted (og håndtering af missing for dødssted)

Dødssted 'hjemme' rummer dødsfald på bopælsadressen, dødsfald, hvor afdøde er fundet død på bopælsadressen, og dødsfald hvor dødssted er missing i DAR.

De dødsattester, hvor dødssted ikke er registreret, er kodet som 'missing' i DAR. Især perioden 2012-2014 var præget af mange missing dødssted, svarende til 14 % af alle dødsattesterne (se Tabel 1).

I baggrundsdata for denne rapport, manglede i alt 29.542 dødsfald data for dødssted (missing), svarende til ca. 7 % af alle naturlige dødsfald. Det årlige antal 'missing' for dødssted i datasættet, og hvor stor en andel missing udgjorde af alle dødsfald, fordelte sig som vist i nedenstående tabel.

Tabel 1 Det årlige antal dødsfald med manglende oplysning om dødssted (missing dødssted)

Periode	Alle år		2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019		2020	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Missing dødssted	29.542	7	8.487	17	6.892	14	4.055	8	1.532	3	1.276	3	1.014	2	1.222	2	2.215	4	2.839	6

En nærmere analyse af dødsfald registreret som 'missing for dødssted' giver en klar indikation af, at langt hovedparten af 'missing' i rapportens baggrundsdata må repræsentere dødsfald, som er sket på bopælsadressen.

Det begrundes i følgende:

1. Fordelingen af alder, køn og dødsårsager for dødsfald, hvor dødssted var 'missing', er næsten identisk med fordelingen blandt de, som er registrerede som døde på bopælsadressen, og forskellig fra fordelingen blandt de, som er døde på hospital.
2. I de undersøgte perioder har der vist sig at være omvendt proportionalitet mellem de årlige andele af dødsfald på bopælsadressen og af 'missing'. Det samme var tilfældet i de foregående rapporter for henholdsvis 2012-2014 (10) og 2007-2011 (8).

Som konsekvens heraf dannes en konstrueret kategori for død hjemme i rapporten, som skrives som 'hjemme'. Betegnelsen 'hjemme' repræsenterer således summen af antal dødsfald, der er registreret som 'død på bopælsadressen', 'fundet død på bopælsadressen' og antal dødsfald, hvor dødssted er 'missing'.

Selvom 'missing for dødssted' antages at repræsentere dødsfald sket på bopælsadressen, betyder det ikke, at man tilsvarende kan antage, at døde i eget hjem og døde i plejebolig blandt 'missing for dødssted' har samme fordeling, som de dødsfald, hvor dødssted var registreret i dødsattesten som 'død på bopælsadressen'. Det betyder, at det ikke er muligt at præsentere præcise tal for fordelingen af dødsfald, der sker i eget hjem og dødsfald der sker i plejebolig. Fordelingen mellem døde i eget hjem og i plejebolig kan således kun udledes på baggrund af de dødsfald, hvor dødsattesten havde registreret dødssted som 'død på bopælsadressen'.

Dødsfald, hvor afdøde er registreret som død på kendt adresse, som ikke er bopælsadressen, eller dødsfald, der sker på ukendt adresse, er registreret i rapporten som dødsfald 'andre steder'.

Dødsfald, hvor afdøde er registreret som 'fundet død', er indregnet i de relevante kategorier for dødssted.

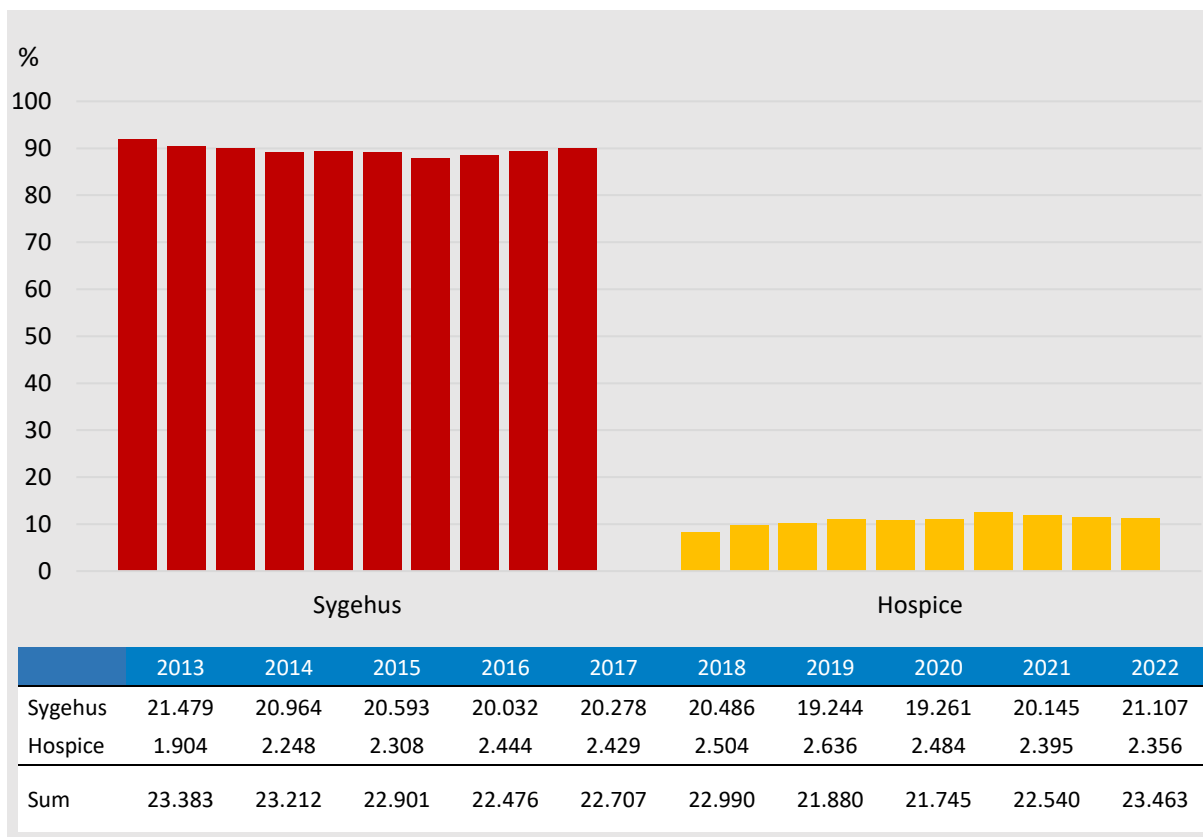
I appendiks er der vist tabeller og figurer, hvor DARs kategorier for dødssted fremgår.

I DAR adskilles dødssted på hospice ikke fra dødssted på hospital. Derfor indgår død på hospice som død på hospital i rapportens figurer og tabeller. Undtagelsen er afsnittet om kontakt med en specialiseret palliativ enhed forud for død, hvor kobling med LPR2-data har gjort det muligt at identificere om et dødsfald sker på hospitalet eller på et hospice.

Sundhedsdatastyrelsen (SDST) har i 2023 publiceret data, der viser de to dødssteder, hospital og hospice, adskilt (14). Heraf fremgår det, at antallet af danskere, som døde på hospice, har haft en gradvis stigning i perioden 2013-2019 (se Figur 2), og efterfølgende var der et mindre fald i antallet frem til 2022. SDST har ikke kommenteret på disse ændringer.

Baseret på SDST's data, kan det vises, at andelen af hospicedødsfald udgør ca. 10 % af de dødsfald, som i rapporten her er registreret med hospital som dødssted. Det er en andel, som ligger stabilt over perioden.

Figur 2 Årlig fordeling af dødsfald på sygehus og på hospice, baseret på Sundhedsdatastyrelsens tal



Note: Figuren er fremstillet på basis af tal fra Sundhedsdatastyrelsens tal pr. 22. september 2023. Hver af de røde og gule søjler repræsenterer et årstal i perioden 2013-2022.

Dødsårsag

De dødsårsager, som vises i rapporten her, er registreringer af 'den tilgrundliggende dødsårsag' (15).

Af hensyn til overskueligheden, viser rapporten overvejende opgørelser over dødssted for de 6 dødsårsager, som er hyppigst forekommende i den samlede population. Disse årsager er; kræft, sygdomme i respirationsvejene, hjertesygdomme, karsygdomme, psykiske lidelser og neurologiske lidelser (kategorier i DARs liste A). Disse dødsårsager udgør i alt 80 % af alle naturlige dødsfald. De resterende 20 % benævnes 'øvrige sygdomme'.

I Tabel 1.2.2 vises DARs liste B for de 6 hyppigste dødsårsager forårsaget af naturlig død, i en udgave, som er reduceret til 26 underdiagnoser.

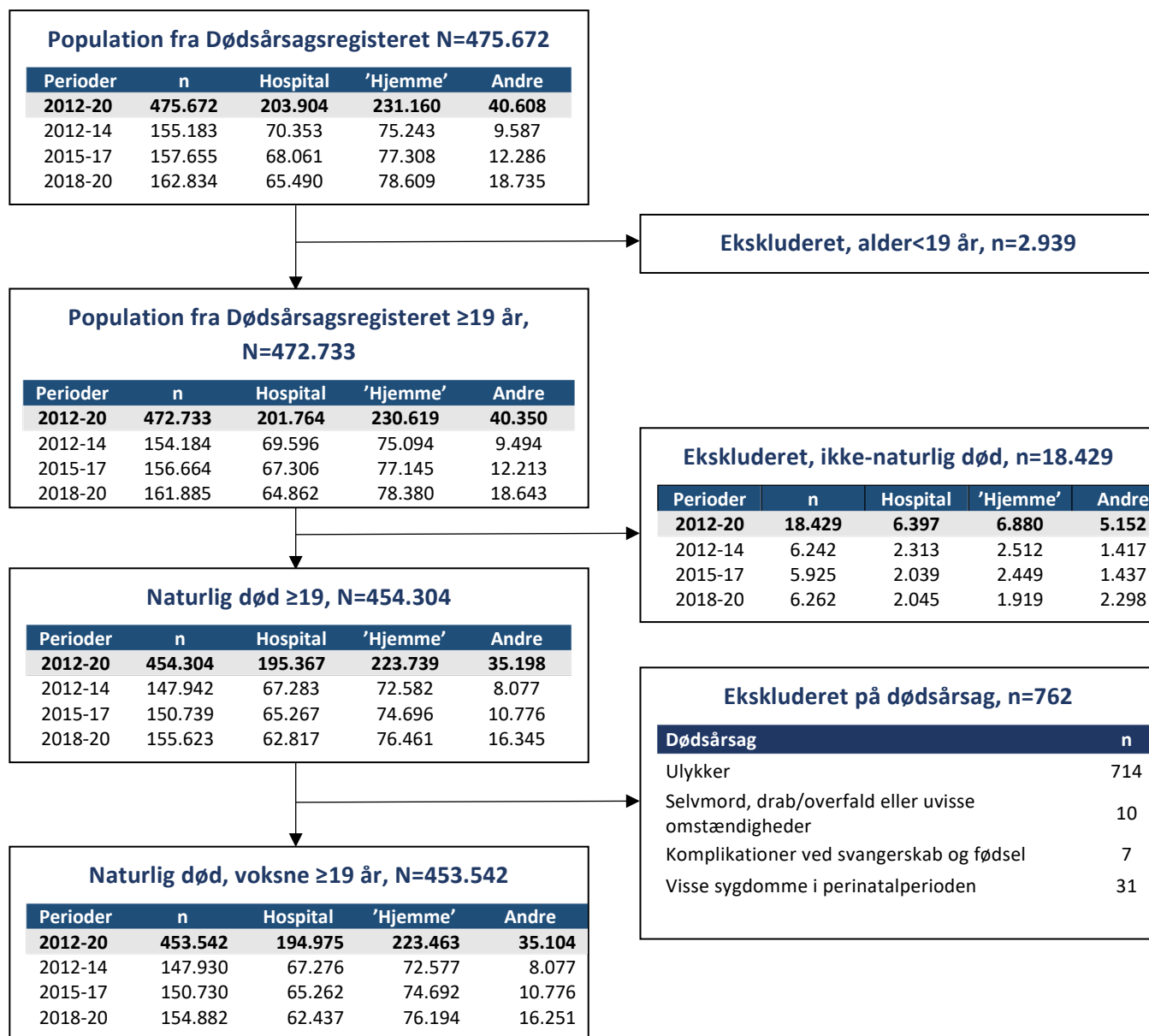
I Appendiks vises tabeller med alle de dødsårsager for naturlig død, som fremgår af DARs Liste A.

Om populationen

Basispopulationen er dannet ud fra alle dødsfald, som er registreret i Danmark i perioden fra 2012 til 2020 – begge år inkluderet. Rapporten vedrører dog alene dødsfald, som er registreret som 'naturlig død' på dødsattesten. Data vedrørende alle dødsfald fremgår af Appendiks. Populationen i rapporten er endvidere afgrænset til voksne ≥ 18 år. Populationen fra 0-18 år beskrives i selvstændig publikation (16).

Flowdiagrammet nedenfor viser, hvorledes antallene af dødsfald i de enkelte subpopulationer, som beskrives i rapporten, er skabt ud fra populationen af dødsfald i udtrækket fra Dødsårsagsregisteret fra perioden 2012-2020 inklusive.

Figur 3 Flowdiagram for populationen



Beboere på plejehjem

Rapporten viser resultater for dødssted og dødsårsager i en kohorte af personer, som havde bopælsadresse på et plejehjem på tidspunktet for deres død, i perioden 2015-2020. Kohorten er identificeret på baggrund af, at deres bopæl var et af de plejehjem, som var registreret i Sundhedsdatastyrelsens *Plejehjemsdata* (17). Afgrænsningen af perioden fra 2015-2020 inklusive er betinget af Sundhedsdatastyrelsens arbejde med at etablere *Plejehjemsoversigten*, hvor data først er validerede fra 2015 (18).

Øvrige afgrænsninger og variable

Perioder

Den 9-årige periode deles i rapporten i tre mindre perioder af 3 år, når formålet er at beskrive udvikling over tid. Det sker dels af hensyn til overskueligheden af figurerne samt datagrundlaget for kategoriseringer.

Alder

I rapportens analyser vedrørende relation mellem dødssted, dødsårsager og alder, opdeles data i følgende aldersgrupper: 85+ år, 75-84 år, 65-74 år, 55-64 år, 40-54 år og 19-39 år.

Regioner og sundhedsklynger

Alle analyser opgøres på nationalt niveau. Udvalgte analyser præsenteres endvidere på regionalt niveau og på sundhedsklyngniveau. Fordelingen af dødssted på kommunalt niveau vises i Appendiks.

I juli 2022 blev sundhedsklyngerne etableret omkring hvert af landets akuthospitaler for at skabe et godt fundament for samarbejde mellem hospital, kommuner og almen praksis (19). I rapporten er data vedrørende sundhedsklyngerne afgrænset til perioden 2018-2020, da det vurderes, at de nyeste data er mest relevante, hvis de skal indgå i en eventuel planlægning inden for klyngerne.

Kontakt med specialiserede palliative enheder inden død

For de data, som dækker perioden 2015-2017, beskrives dødssted og dødsårsager i forhold til, om der har været en forudgående kontakt med en specialiseret palliativ enhed (SPE) inden for 2 år forud for død. Forudgående kontakt med SPE registreres ved kobling med LPR2-data.

De specialiserede palliative enheder i Danmark er palliative teams, palliative hospitalsafdelinger og hospicer (4). Nogle få hospicer i Danmark har etableret egne udgående teams. Det er ikke muligt at identificere dem særskilt fra andre hospice-aktiviteter i LPR2. Det betyder, at alle former for kontakt med hospice forud for død registreres som **hospice**. Tilsvarende, så har det heller ikke været muligt at adskille kontakter med palliative teams fra kontakter med palliative afdelinger. Det betyder, at alle former for kontakt med et palliativt team, registreres som **palliativt team (TA)**, uanset om det er kontakter foregået i eget hjem, ambulante eller på et palliativt sengeafsnit på et

hospital. Nærmere detaljer vedrørende organiseringen af SPE i Danmark fremgår af *Kortlægningen af den specialiserede palliative indsats – 2019* (20).

Af hensyn til validiteten af data for kontakt med SPE er perioden afgrænset til 2015-2017, dels på grund af ændringer i antal og kapacitet i de specialiserede palliative enheder i hele perioden, og dels skiftet fra LPR2 til LPR3. De specialiserede palliative enheder er identificeret ud fra koderne i SOR-registeret (*Sundhedsvæsenets Organisations Register*) (21). Ved at koble DAR med LPR2, som indeholder SOR-koderne, er kontakter med SPE i perioden op til to år forud for død identificeret. Det har gjort det muligt at adskille dødsfald sket på hospice fra dødsfald sket på hospital. Dødsfald, som er sket på en palliativ hospitalsafdeling, er registreret med hospital som dødssted.

I rapportens afsnit om kontakt med SPE forud for død, opgøres dødssted og dødsårsager i relation til den senest registrerede kontakt med SPE inden død. Det betyder for eksempel, at patienter, som først har haft kontakt med et palliativt team og dernæst med hospice, vil være registreret med hospice som den sidste, forudgående kontakt med SPE inden død – eller hvis sidste kontakt med SPE er et palliativt team, så kan afdøde godt have været i kontakt med et hospice forinden.

Læsevejledning til resultatafsnittet

Afsnittet med resultater er delt i 6 kapitler, som alle vedrører resultater for naturlig død sket i Danmark blandt voksne ≥ 18 år.

- Kapitel 1: Resultater for naturlig død i Danmark i oversigt.
- Kapitel 2: Resultater for naturlig død i Danmark i relation til regioner og klynger
- Kapitel 3: Resultater for naturlig død i Danmark i relation til alder
- Kapitel 4: Resultater for naturlig død i Danmark i relation til køn
- Kapitel 5: Resultater for naturlig død i Danmark blandt personer som havde bopælsadresse på et plejehjem på tidspunktet for død
- Kapitel 6: Resultater for naturlig død i Danmark i relation til forudgående kontakt med en specialiseret palliativ enhed (SPE)

Hvert kapitel starter med en opsummering af kapitlets resultater vist i en boks. Nummereringen af figurer og tabeller relaterer sig til det kapitel, de optræder i.

Data præsenteres overvejende som figurer, hvor tilhørende tabeller kan ses i Appendiks.

Figurer, der illustrerer dødssted, har farvekoderne; blå for død 'hjemme', rød for død på hospital og grøn for død andre steder. Enkelte udtagelser kan forekomme fx i opdelingen af dødssted i forhold til køn, hvor blå repræsenterer mænd og rød kvinder.

Figurer, der illustrerer de tre tidsperioder, som data er delt op i, har farvekoderne; brun for 2012-2014, mørkegrå for 2015-2017 og lilla for 2018-2020.

Appendiks

Til rapporten er fremstillet et omfangsrigt appendiks (22), hvor tabeller og figurer underbygger rapportens fremstillinger.

- Første afsnit af appendikset indeholder figurer og tabeller, som også rummer årsager for dødsfald, der ikke skyldes naturlig død (fx ulykker og vold). Det afsnit er betegnet som *Afsnit 0* (Appendiks Tabel 0.1 og Tabel 0.2 osv.)
- De øvrige afsnits nummerering følger nummereringen i rapporten her. I de afsnit vises det tabelmateriale, som mange af rapportens figurer er lavet ud fra. Desuden er kapitlerne suppleret med både figurer og tabeller, som udelukkende vedrører dødsårsager. Disse tabeller og figurer rummer bogstaver i deres nummerering, så det fremgår, at de ikke vises i rapporten her.

Resultater

1. Naturlig død i oversigt – dødssted og dødsårsager

- De fleste dødsfald sker 'hjemme', og andelen ligger stabilt på ca. 50 % hen over de tre perioder; 2012-2014, 2015-2017 og 2018-2020.
- Knapt halvdelen af dødsfald registreret på bopælsadressen finder sted på plejehjem.
- Andelen af dødsfald, der sker på hospital, er faldet over tid, samtidig med at andelen af dødsfald, der sker andre steder, er steget.

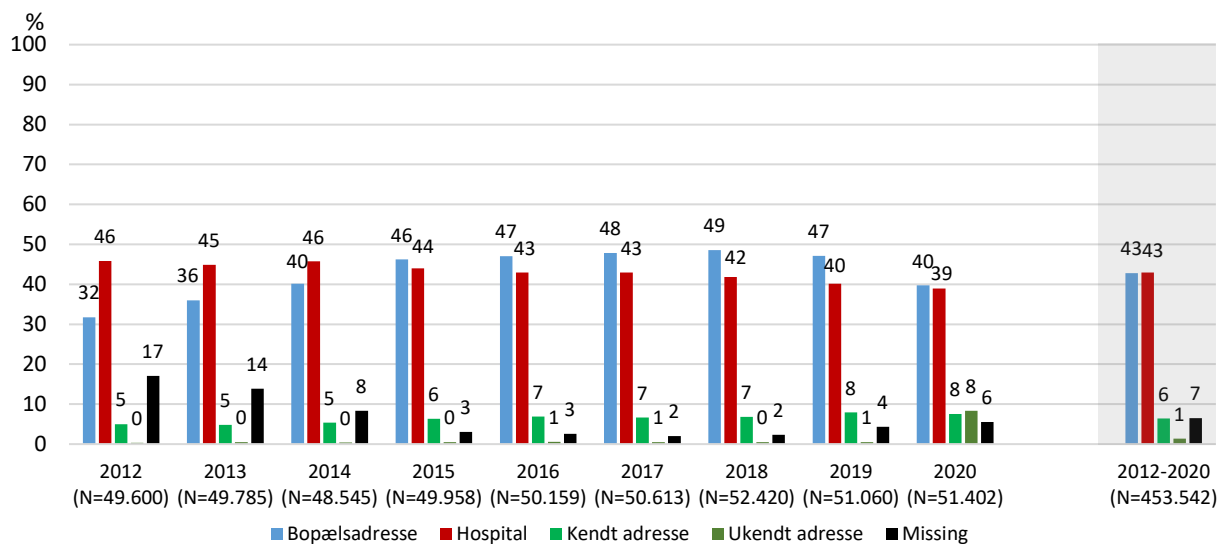
- De hyppigste dødsårsager er kræft, hjertesygdomme, respirationsvejssygdomme, karsygdomme, neurologiske lidelser og psykiatriske lidelser. De udgør til sammen 80 % af alle dødsårsager.
- Dødsårsagernes andele ligger ret stabilt hen over perioden, fraset et fald i andelen af hjerte-karsygdomme, som sammenlagt falder fra 26 % til 22 %.

- Blandt dødsfald 'hjemme' er dødsårsagen kræft for ca. 25 % og for hjertesygdomme ca. 17%.
- Blandt dødsfald på hospital er dødsårsagen kræft for knapt 40 % og for sygdomme i respirationsvejene ca. 15 %.
- Dødsfald forårsaget af hjertesygdomme, neurologiske og psykiske lidelser sker oftere 'hjemme' end på hospital mens dødsfald forårsaget af kræft, respirationsvejssygdomme og karsygdomme oftere sker på hospitalet end 'hjemme'.

1.1 Dødssted

I det følgende præsenteres dødssted knyttet til alle dødsfald registreret som naturlig død i Danmark i perioden 2012-2020.

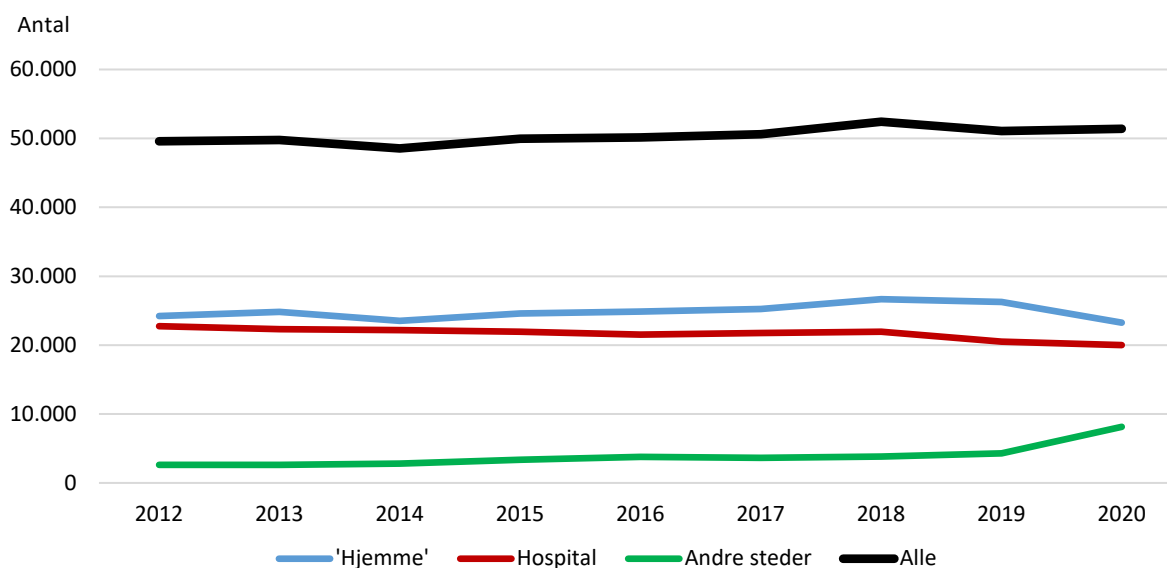
Figur 1.1.1 Årlig fordeling af dødssted, vist med DARs 5 kategorier for dødssted, i perioden 2012-2020



Figur 1.1.1 viser dødssted for de 5 variable for dødssted, som anføres i DAR på baggrund af dødsattesten. Andelen af dødsfald på bopælsadressen stiger betragteligt i periodens start (de blå søjler). Resultatet kan stemme overens med, at data for dødssted ikke blev færdigvalideret i den periode, og dermed er mange dødsfald hjemme formodentlig blevet (mis)klassificeret som 'missing' (er uddybet i afsnittet *Materialer og metode*).

Det bemærkes også i figuren, at andelen af dødsfald på ukendt adresse er en del større i 2020 sammenlignet med øvrige år.

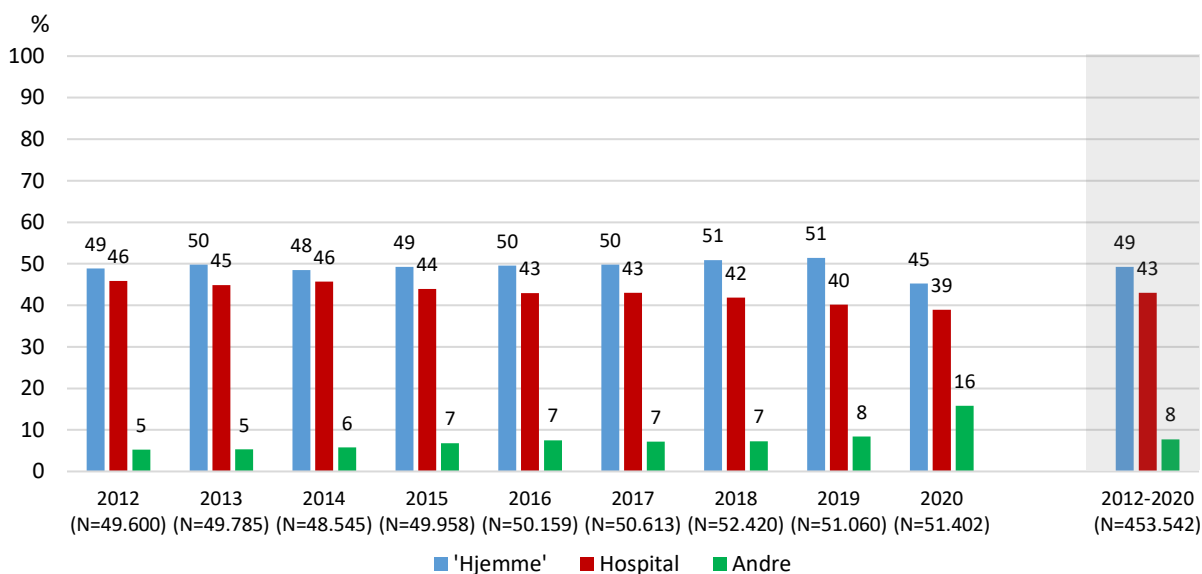
Figur 1.1.2 Årlige antal dødsfald fordelt på dødssted*, i perioden 2012-2020



Note: *Figurens tre dannede kategorier er lavet på basis af DARs fem kategorier for dødssted.

Figur 1.1.2 viser, at dødsfald på hospital falder i antal. Antallet af dødsfald på hospital ser ud til at falde samtidig med en tilsvarende stigning i antallet af dødsfald andre steder.

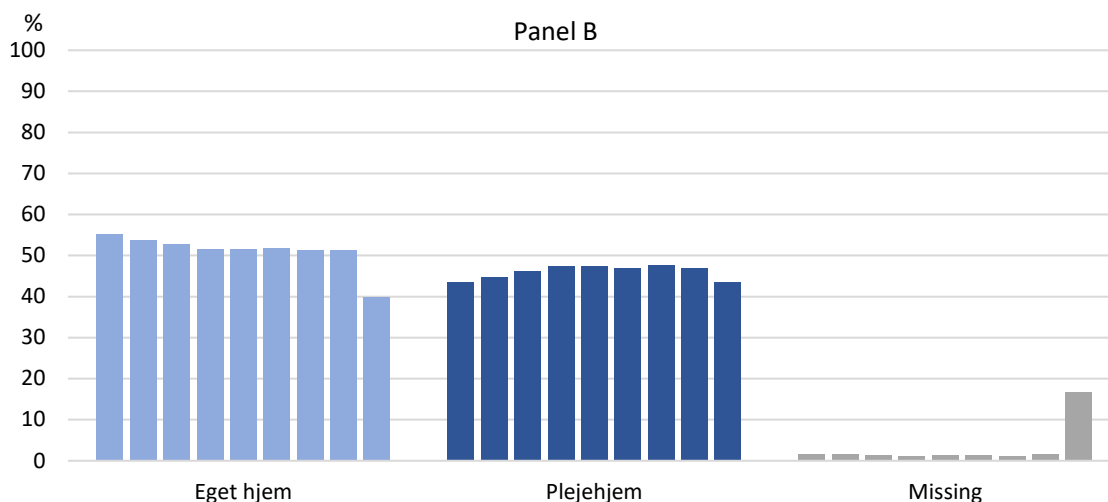
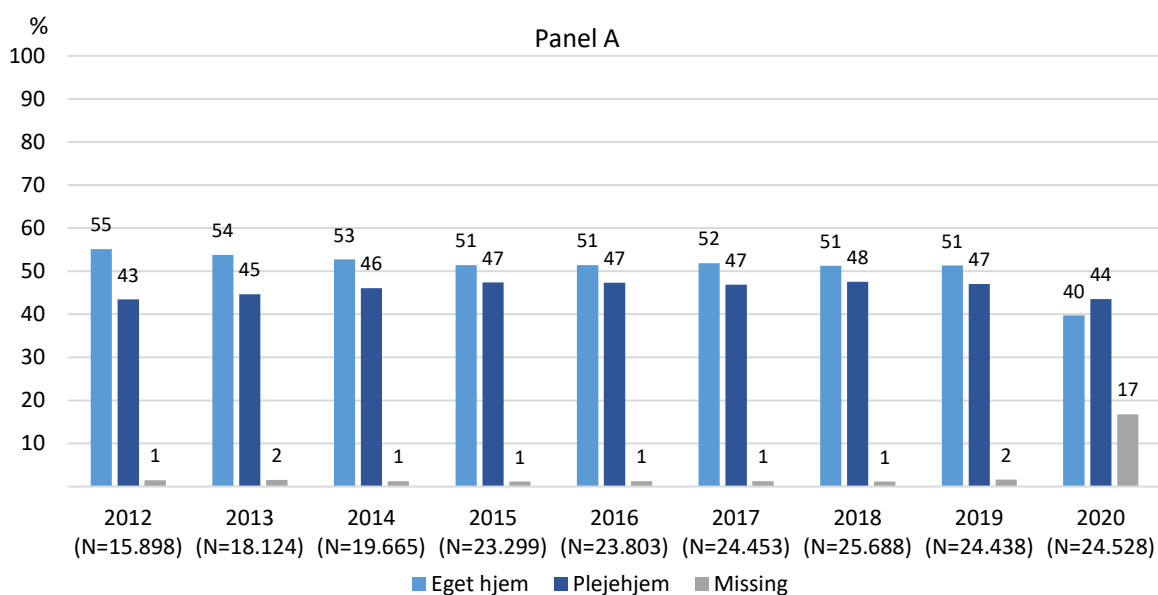
Figur 1.1.3 Årlig fordeling af dødssted, i perioden 2012-2020



Figur 1.1.3 viser et fald fra 46 % til 39 % i andelen af dødsfald sket på hospital. Faldet i død på hospital modsvares primært af en stigning i død andre steder (fra 6 % i 2012 til 9 % i 2019), en

stigning som primært må tilskrives død på kendt adresse, hvis man ser på Figur 1.1.1. I 2020 afviger andelen af død 'hjemme' fra andelen i de øvrige år. I Figur 1.1.1 ses det, at i 2020 var både andelen af 'missing' og 'død på 'ukendt adresse' højere end de foregående år. Det forklarer formodentlig den afvigelse.

Figur 1.1.4 Årlig fordeling af dødsfald i eget hjem eller plejehjem*, i perioden 2012-2020



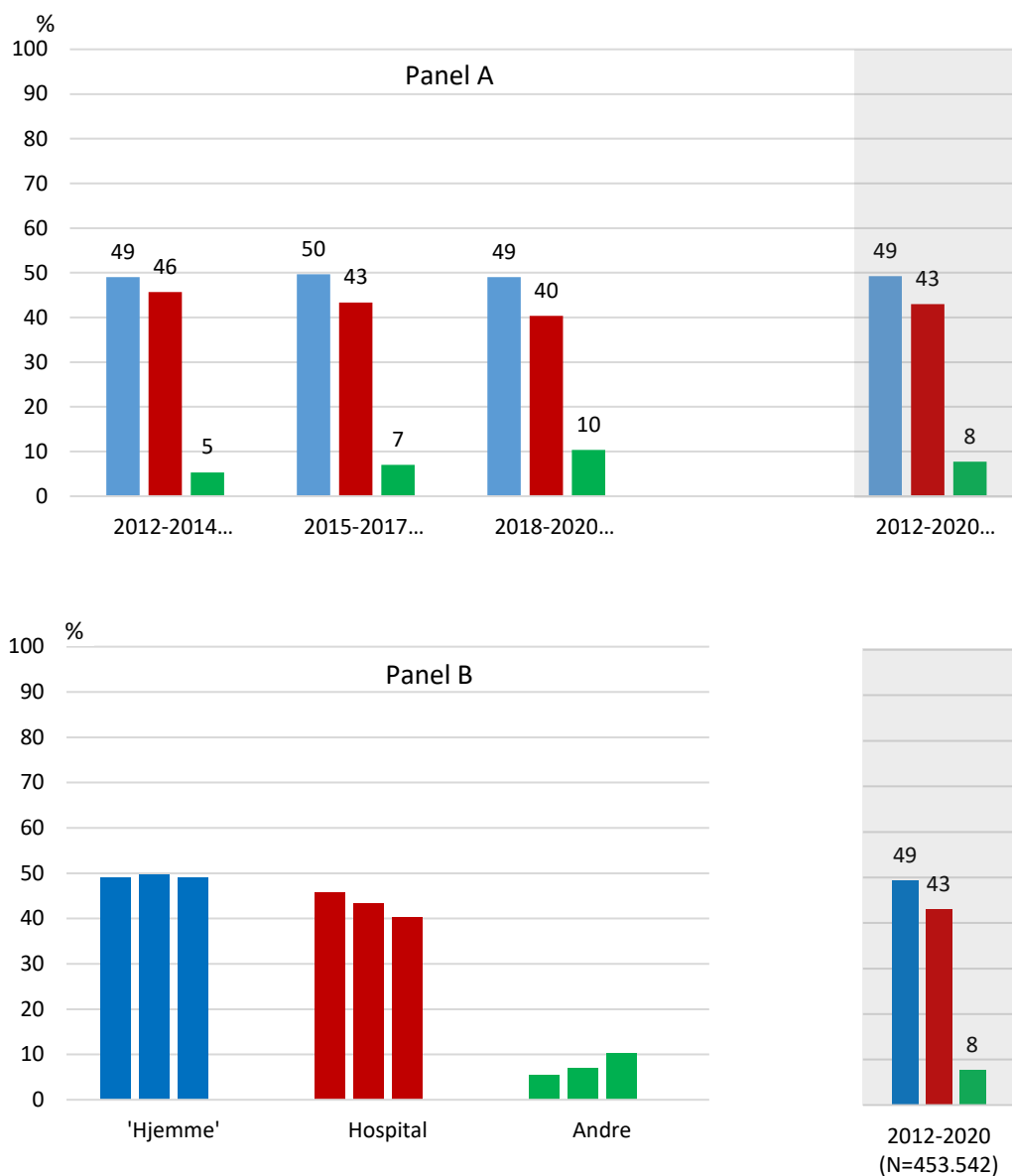
Note til Figur 1.1.4: Fordelingen mellem dødssted i eget hjem eller på plejehjem fremgår i DAR kun på baggrund af de dødttester, hvor der er påført, at dødsfaldet er sket på egen bopælsadresse. Antallet af disse fremgår af parenteserne i figuren.

Figur 1.1.4 viser, at andelen af dødsfald i eget hjem er lidt højere end andelen af dødsfald på plejehjem. Panel A og B viser de samme andele, men data i Panel B er arrangeret med henblik på at tydeliggøre ændringer over tid. Det ses, at der ikke er sket de store ændringer over tid.

Data fra 2012-2014 er behæftet med nogen usikkerhed på grund af mange 'missing for dødssted'. Fordelingen synes ret stabil hen over årene 2015-2019. Resultaterne for 2020 afviger fra de øvrige, hvilket muligvis kan skyldes manglende færdigvalidering af disse data i DAR på tidspunktet for dataudtrækket.

Et af rapportens mål har været at se på ændringer hen over den 9-årige periode, hvor de 9 år er delt i tre perioder på 3 år for at gøre eventuelle ændringer mere overskuelige og synlige.

Figur 1.1.5 Fordeling af dødssted i de tre perioder, samt hele perioden



Note til Figur 1.1.5: Hver kolonne i Panel B repræsenterer en tidsperiode.

Panel A og B i Figur 1.1.5 viser de samme andele, men arrangementet i Panel B gør det tydeligere, hvorledes andelen af dødsfald på hospital og andre steder henholdsvis falder og stiger, mens andelen af dødsfald hjemme ligger ret stabilt.

Tabeller for dødsårsager vises i Appendiks.

1.2 Dødssted og dødsårsager

Tabel 1.2.1 Dødsårsager i henhold til DARs liste A for hele perioden og fordelt på de tre perioder

Periode Dødsårsag	2012-2020 inkl.		2012-2014		2015-2017		2018-2020	
	Antal*	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Kræft	141.388	31	46.757	32	47.145	31	47.486	31
Hjertesygdomme	72.257	16	25.002	17	24.484	16	22.771	15
Respirationsvejssygdomme	54.529	12	17.661	12	18.378	12	18.490	12
Karsygdomme	39.772	9	13.821	9	13.430	9	12.521	8
Psykiske lidelser	31.245	7	9.673	7	10.716	7	10.856	7
Neurologiske lidelser	21.465	5	6.076	4	7.282	5	8.107	5
Fordøjelsessygdomme	19.742	4	6.748	5	6.290	4	6.704	4
Uspecificerede (inkl. alderdom)	16.859	4	5.294	4	5.483	4	6.082	4
Endokrine sygdomme	15.633	3	5.111	3	5.252	3	5.270	3
Ingen kendt medicinsk årsag	12.264	3	3.241	2	3.490	2	5.533	4
Infektionssygdomme	9.466	2	2.830	2	2.899	2	3.737	2
Sygdomme i urinveje/kønsorganer	7.974	2	2.456	2	2.577	2	2.941	2
Gigt- og bindevævssygdomme	3.280	0,7	1.121	0,8	1.115	0,7	1.044	0,7
Neoplasier (godartede)	2.985	0,7	929	0,6	966	0,6	1.090	0,7
Blod/lymfesygdomme	2.182	0,5	755	0,5	747	0,5	680	0,4
COVID-19	1.070	0,2	0	0,0	0	0,0	1.070	0,7
Medfødte misdannelser	877	0,2	284	0,2	278	0,2	315	0,2
Hudsygdomme	554	0,1	171	0,1	198	0,1	185	0,1
Total	453.542	100	147.930	100	150.730	100	154.882	100

Note: *Rangordnet efter antallene i hele perioden.

Tabel 1.2.1 viser næsten samme fordeling af dødsårsager hen over de tre perioder, dog ses der et mindre fald i både antal og andele af hjerte- og karsygdomme.

I det følgende ses på relationer mellem dødssted og dødsårsager for de seks hyppigste dødsårsager fra DARs liste A, som udgør 80 % af alle dødsårsager, mens de øvrige dødsårsager vises samlet i kategorien 'øvrige'. Desuden har vi valgt at vise hjerte- og karsygdomme ved siden af hinanden i rapporten, fordi de ofte omtales samlet. De vises som henholdsvis nummer 3 og nummer 4 i rækkefølgen, mens sygdomme i respirationsvejene vises som nummer 2.

Fordelingen af diagnoser fra DARs liste B i de forskellige kategorier fra liste A vises i Tabel 1.2.2 sammen med antallet af dødsfald inden for udvalgte kategorier af liste B for hele perioden.

Tabel 1.2.2 De seks hyppigste dødsårsager fra DARs liste A, vist med underkategorier fra DARs liste B

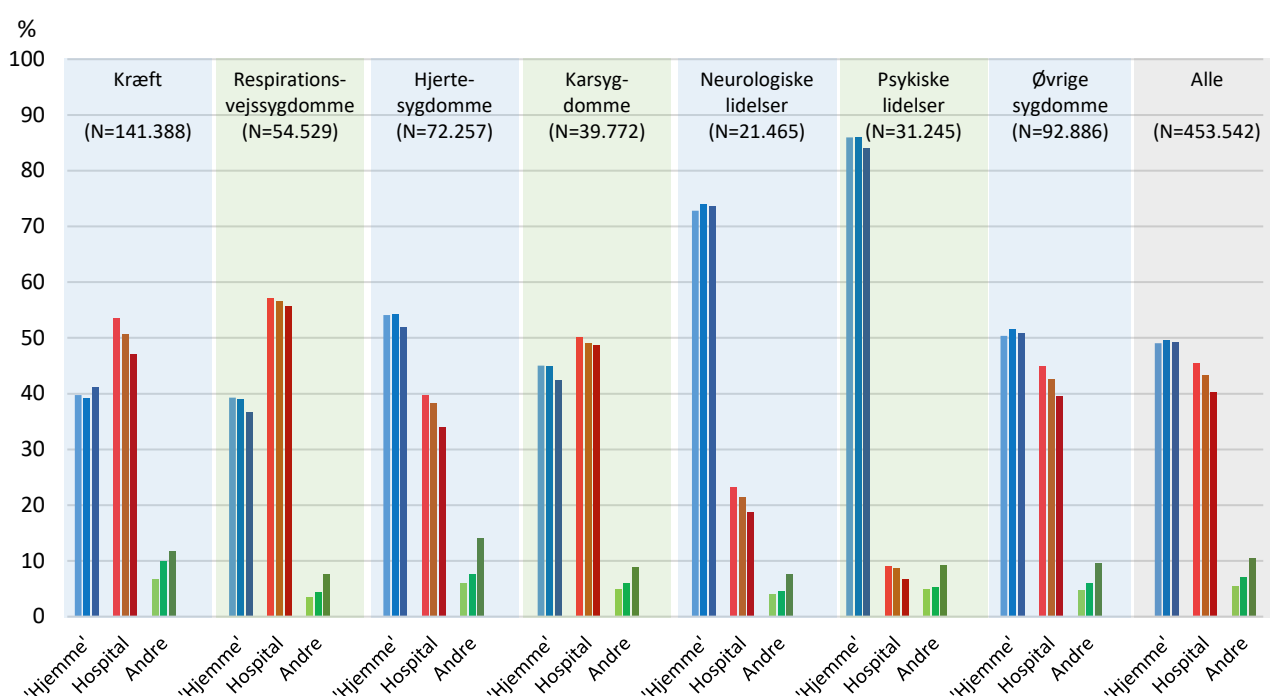
Dødsårsager, de seks hyppigste fra A-listen inkl. modificeret B-liste*	Antal dødsfald	% af alle dødsfald	% af kategorien i A-listen
Kræft	141.388	31	100
Lungekræft	33.653		24
Kræft i øvre mave-tarmkanal	21.060		15
Kræft i nedre mave-tarmkanal	16.388		12
Prostatakæft	11.080		8
Brystkræft	9.977		7
Hæmatologisk kræft	9.823		7
Kræft i urinveje	7.547		5
Kræft i kvindelige kønsorganer	5.654		4
Hoved-halskræft	4.334		3
Modermærkekæft	2.518		2
Andre kræftformer	19.354		14
Respirationsvejssygdomme	54.529	12	100
Kroniske sygdomme i nedre luftveje (KOL)	31.708		58
Lungebetændelse	15.817		29
Andre sygdomme i åndedrætsorganer	7.004		13
Hjertesygdomme	72.257	16	100
Iskæmiske hjertesygdomme	33.946		47
Andre hjertesygdomme	29.303		41
Blodtryksforhøjelse	9.008		12
Karsygdomme	39.772	9	100
Karsygdomme i hjerne (apoplexi)	29.426		74
Andre kredsløbssygdomme	10.346		26
Neurologiske lidelser	21.465	5	100
Alzheimers demenssygdom	10.855		51
Andre sygdomme i nervesystemet og sanseorganerne	6.373		30
Parkinsons sygdom	4.237		20
Psykiske lidelser	31.245	7	100
Demens (excl. Alzheimers demenssygdom)	24.283		78
Alkoholisk psykose/kronisk alkoholmisbrug	5.224		17
Andre psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser	1.738		6
Øvrige	92.886	20	100
Alle dødsfald - naturlige årsager	453.542		

Note: *DARs B-liste rummer flere under-diagnoser. Tabellen viser kategorier af B-listen for de seks hyppigste dødsårsager i A-listen.

Tabel 1.2.2 viser, at 51 % af dødsfald forårsaget af kræft skyldes henholdsvis lungekræft og kræft i mave-tarm kanalen. KOL udgør 58 % af dødsfald forårsaget af lungesygdomme. Iskæmiske hjertesygdomme udgør 47% af de dødsfald, der skyldes hjertesygdomme, og blandt karsygdomme skyldes 74 % af dødsfaldene apopleksi.

I DARs liste A er Alzheimers demens kategoriseret under neurologiske sygdomme, hvor tilstanden udgør 51 % af dødsfaldene i kategorien. Øvrige demenssygdomme er kategoriseret under 'psykiske lidelser', hvor de udgør 78 % af disse dødsfald.

Figur 1.2.1 Fordelingen af dødssted for de enkelte dødsårsager, hen over de tre tidsperioder



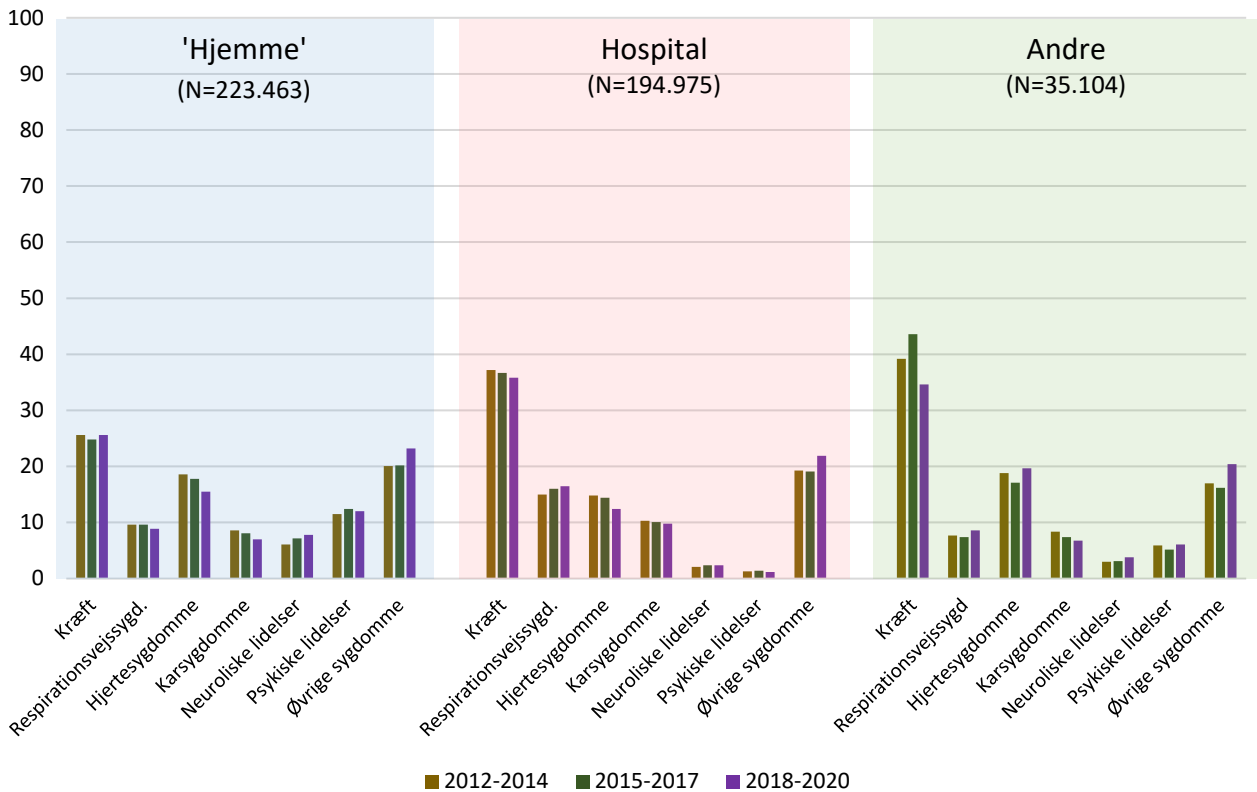
Note: De tre små søjler inden for hvert enkelt dødssted repræsenterer de tre tidsperioder 2012-2014, 2015-2017 og 2018-2020. Blå søjler markerer andele af dødsfald 'hjemme', røde søjler markerer dødsfald på hospital, og grønne søjler markerer dødsfald andre steder.

Figur 1.2.1 viser, hvordan dødssted fordeler sig i procent inden for de enkelte dødsårsager henover de tre tidsperioder. Som det fremgår af både figuren og Tabel 1.2.1, så varierer antallet af de enkelte dødsårsager en del, hvilket er vigtigt at være opmærksom på ved læsning af figuren.

Andelen af dødsfald på hospital er højere end andelen af dødsfald 'hjemme' for dødsårsager som kræft, sygdomme i respirationsvejene og karsygdomme (de røde søjler). Omvendt er andelen af dødsfald 'hjemme' højere end andelen af dødsfald på hospital på grund af hjertesygdomme, neurologiske lidelser og psykiske lidelser (de blå søjler) (se Tabel 1.2.2).

Figuren viser desuden ændringer i andele af dødssted, som sker hen over de tre perioder, for de enkelte dødsårsager. For eksempel kan det ses, at for både kræft og hjertesygdomme, så falder andelen af dødsfald, der sker på hospital (de røde kolonner), hen over de tre perioder. Det fald modsvarer af en stigende andel af dødsfald andre steder (de grønne kolonner).

Figur 1.2.2 Fordelingen af dødsårsager i relation til dødssted, hen over de tre tidsperioder



Figur 1.2.2 viser, hvorledes de enkelte dødsårsager fordeler sig inden for hver enkelt kategori af dødssted fordelt over de tre tidsperioder. Overordnet, hen over alle tre perioder, så er cirka 25 % af dødsfald, som sker 'hjemme', forårsaget af kræft, fulgt af hjertesygdomme, som udgør cirka 17 % af dødsfald 'hjemme'. Knapt 40 % de dødsfald, der sker på hospital, skyldes kræft og cirka 15 % skyldes sygdomme i respirationsvejene.

I forhold til ændringer over de tre tidsperioder, så viser figuren blandt dødsfald 'hjemme', at andelen af dødsfald på grund af hjertesygdomme er faldet fra 19 % til 16 %. Blandt dødsfald på hospital, faldt andelen af dødsfald, som var forårsaget af hjertesygdomme, fra 15 % til 12 % (de absolutte antal kan ses i Appendiks). Generelt ses kun små ændringer over tid for de enkelte dødsårsagers andele af et givent dødssted.

2. Regioner og sundhedsklynger - dødssted og dødsårsager

- Fordeling af dødssted varierer mellem regioner. Andelen af dødsfald 'hjemme' varierer fra 44 % til 56 %, og for dødsfald på hospital fra 36 % til 48 %.
- Andelen af dødsfald på hospital er faldet i alle regioner hen over de tre perioder.
- I Region Nordjylland og Region Midtjylland er andelen af dødsfald 'hjemme' steget.

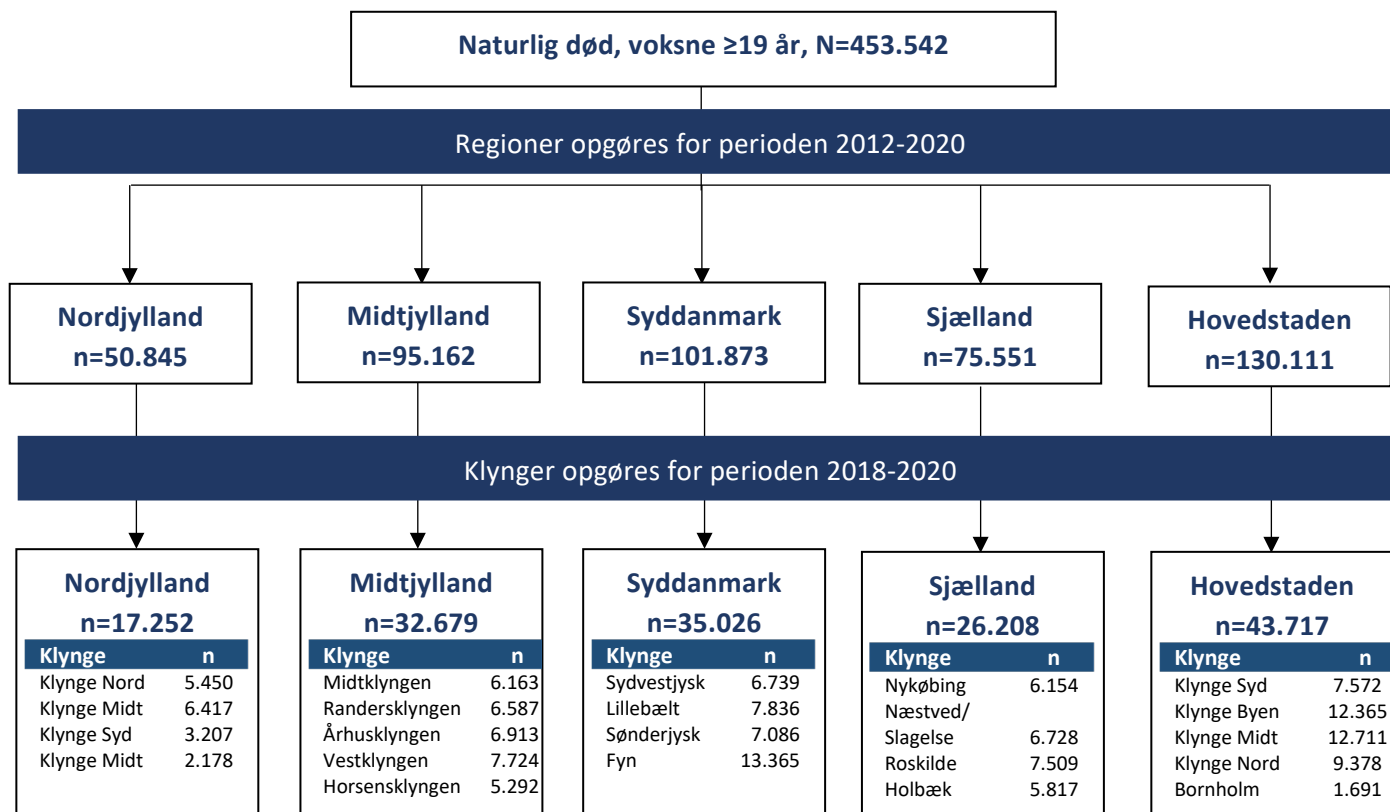
- Blandt de 3 vestlige regioner, ligger hver enkelt regions klynger ret ens i forhold til fordelingen af dødssted.
- I Region Sjælland skiller Klyngen-Holbæk sig ud fra regionens øvrige klynger, og i Region Hovedstaden er det samme tilfældet for Klynge Midt i forhold til fordelingen af dødssted.

- Fordelingen af dødssted blandt de 6 seks hyppigste dødsårsager varierer en hel del de enkelte regioner imellem.

For de enkelte regioner og deres tilhørende klynger kan det være af interesse at kende forhold omkring dødssted og dødsårsager og udviklingen over tid, for eksempel i forhold til planlægning af sundhedsydelser og som et bidrag til at vurdere sygdomsbyrden.

Data fra regionerne vedrører hele perioden 2012-2020. De data, som vedrører klyngerne, stammer fra perioden 2018-2020, fordi klyngerne er et relativt nyt, organisatorisk tiltag. Derfor anses data fra den periode for at være de mest relevante i forhold til viden om fordelingen af dødssted i klyngerne.

Figur 2.1 Flowdiagram over dødsfald i regionerne og i regionernes klynger



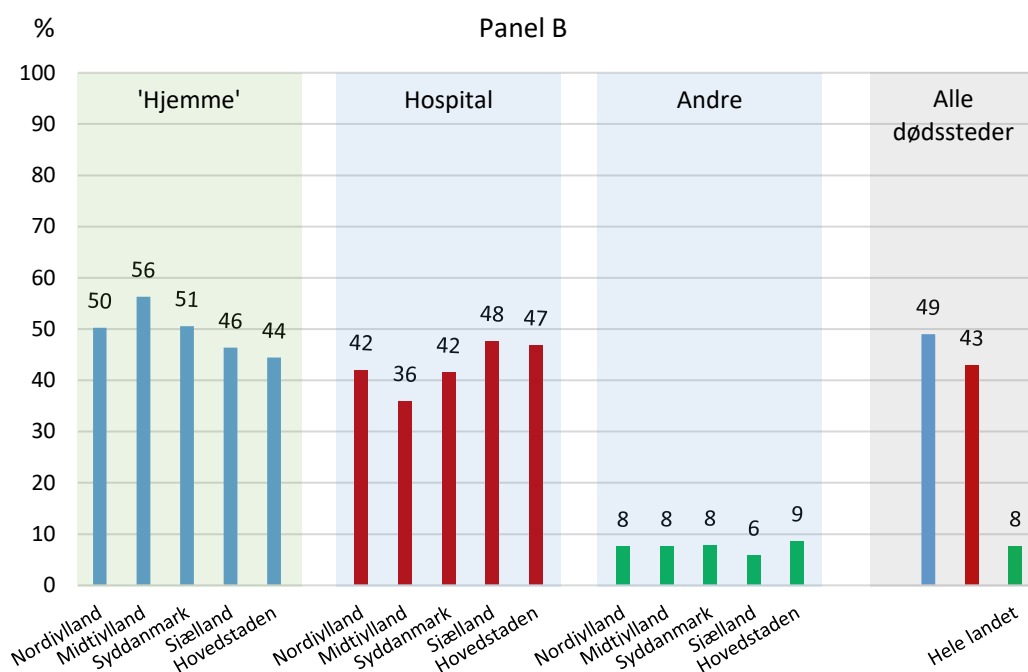
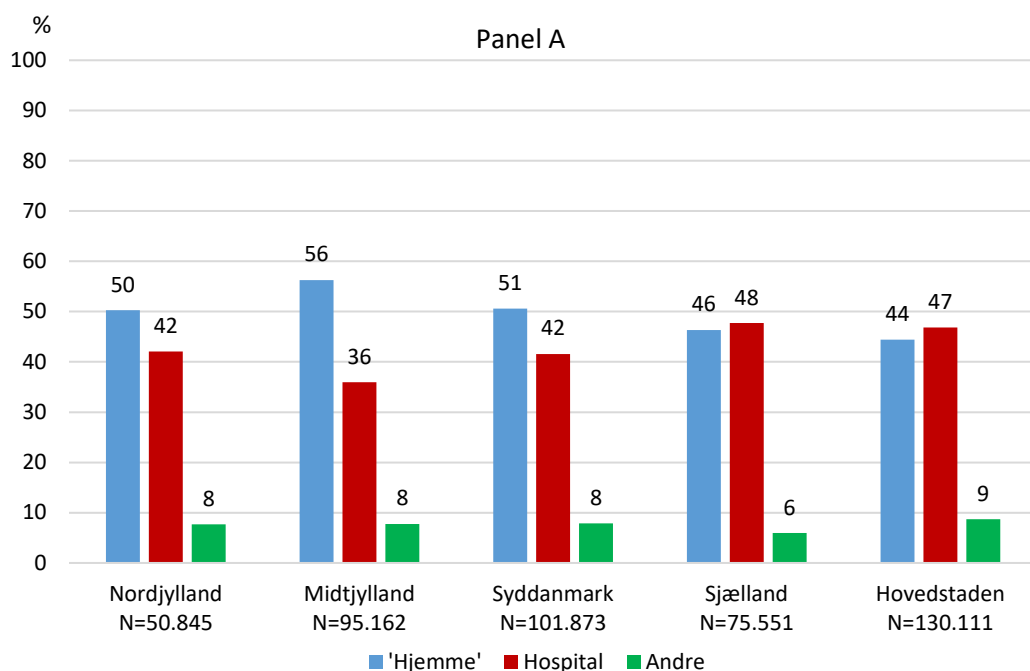
Figur 2.1 viser subpopulationer for de enkelte regioner for hele perioden 2012-2020, mens klyngernes subpopulationer vises for de enkelte regioner for perioden 2018-2020.

2.1 Dødssted

2.1.1 Dødssted - regioner

Nedenfor vises fordeling af dødssted i de fem regioner både samlet for hele perioden og delt ud på de tre perioder.

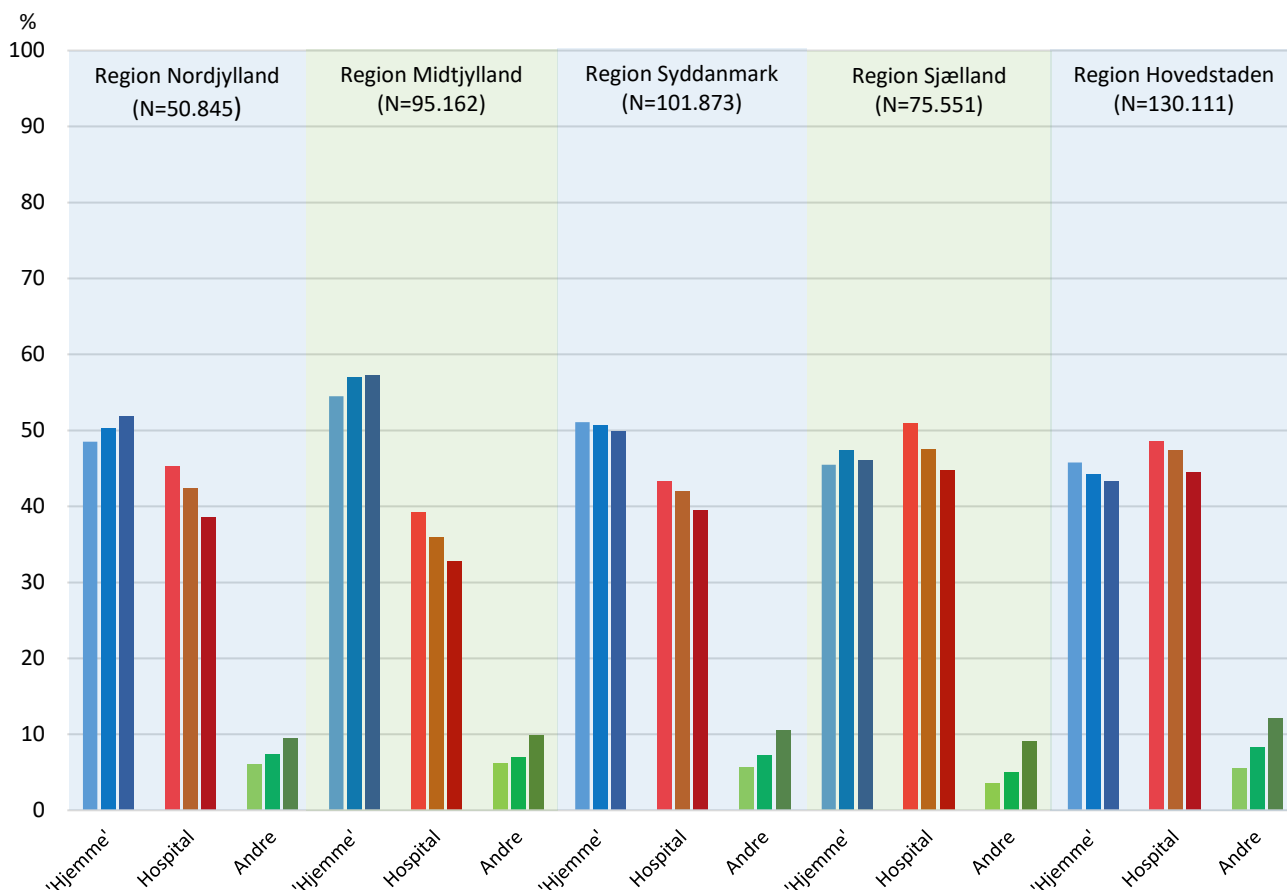
Figur 2.1.1.1 Fordeling af dødssted i de fem regioner, i perioden 2012-2020



Figur 2.1.1.1 viser fordelingen af dødssted i de enkelte regioner. Panel A viser fordelingen af dødssted inden for hver enkelt region, mens Panel B samler de enkelte regioners andele inden for hvert af de tre dødssteder. Andelen af dødsfald 'hjemme' varierer mellem regionerne fra 44 % til 56 %. Andelen af dødsfald på hospital varierer mellem regionerne fra 36 % til 48 %. I de to regioner i øst, er andelen af dødsfald på hospital lidt højere end andelen af dødsfald 'hjemme', mens det

omvendte gør sig gældende i de tre vestlige regioner. Region Midtjylland har den højeste andel af dødsfald 'hjemme' (56 %) og den laveste andel af dødsfald på hospital (36 %).

Figur 2.1.1.2 Fordeling af dødssted i de fem regioner i de tre perioder



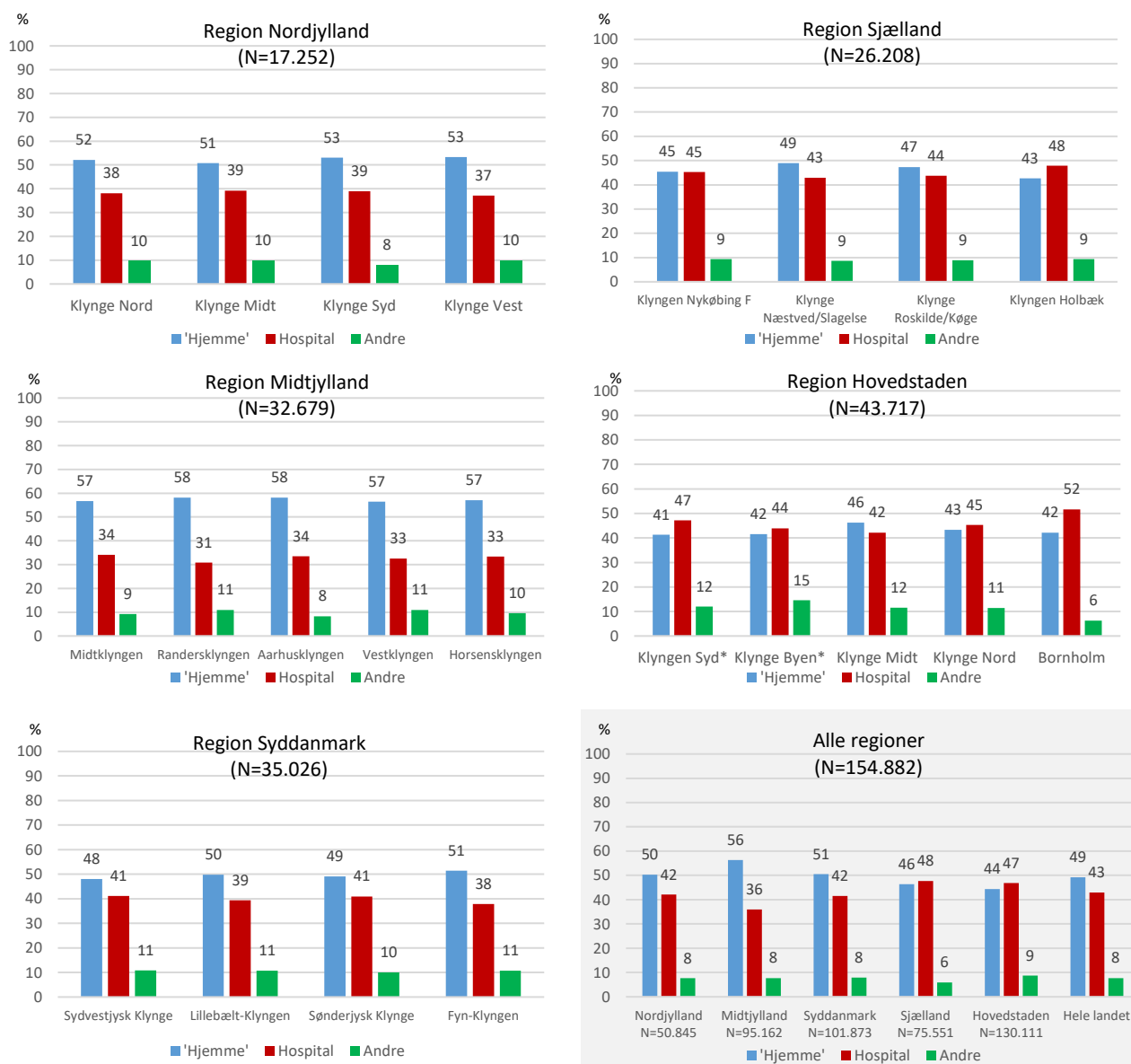
Note: Hver enkelt af de tre søjler inden for en farve repræsenterer en tidsperiode. Rækkefølgen er; 2012-2014, 2015-2017 og 2018-2020.

Figur 2.1.1.2 viser ændringer i dødssted hen over de tre perioder. I alle regioner falder andelen af dødsfald på hospital, hvilket i næsten alle regioner synes at modsvares af en stigning i andelen af dødsfald andre steder. Der ses en stigende tendens i andelen af dødssted 'hjemme' i Region Nordjylland og Region Midtjylland.

2.1.2 Dødssted - sundhedsklynger

Nedenfor vises data for dødssted blandt sundhedsklyngerne i de enkelte regioner.

Figur 2.1.2.1 Fordeling af dødssted i regionernes klynger, i perioden 2018-2020



Note: *Københavns Kommune er medtaget under 'Klynge Byen'

Figur 2.1.2.1 viser fordelingen af dødssted i klyngerne i de enkelte regioner. Da klynger er et relativt nyt fænomen, fokuseres på data fra perioden 2018-2020 og dermed ikke på udvikling over tid.

Inden for hver af de vestlige regioner varierer de enkelte klynger ikke meget i forhold til fordelingerne af dødssted. I klyngerne i Region Sjælland og Region Hovedstaden varierer det i forhold til om flest dør 'hjemme' eller på hospital.

Data for fordelingen af dødssted i kommunerne i de enkelte klynger vises i Tabel 2.1.2.2 i Appendiks.

Tabeller for dødsårsager vises i Appendiks.

2.2 Dødssted og dødsårsager

Opgørelserne vedrører de seks hyppigste dødsårsager (som udgør 80 % af det samlede antal dødsfald i Danmark), mens de resterende dødsårsager vises som kategorien 'øvrige'.

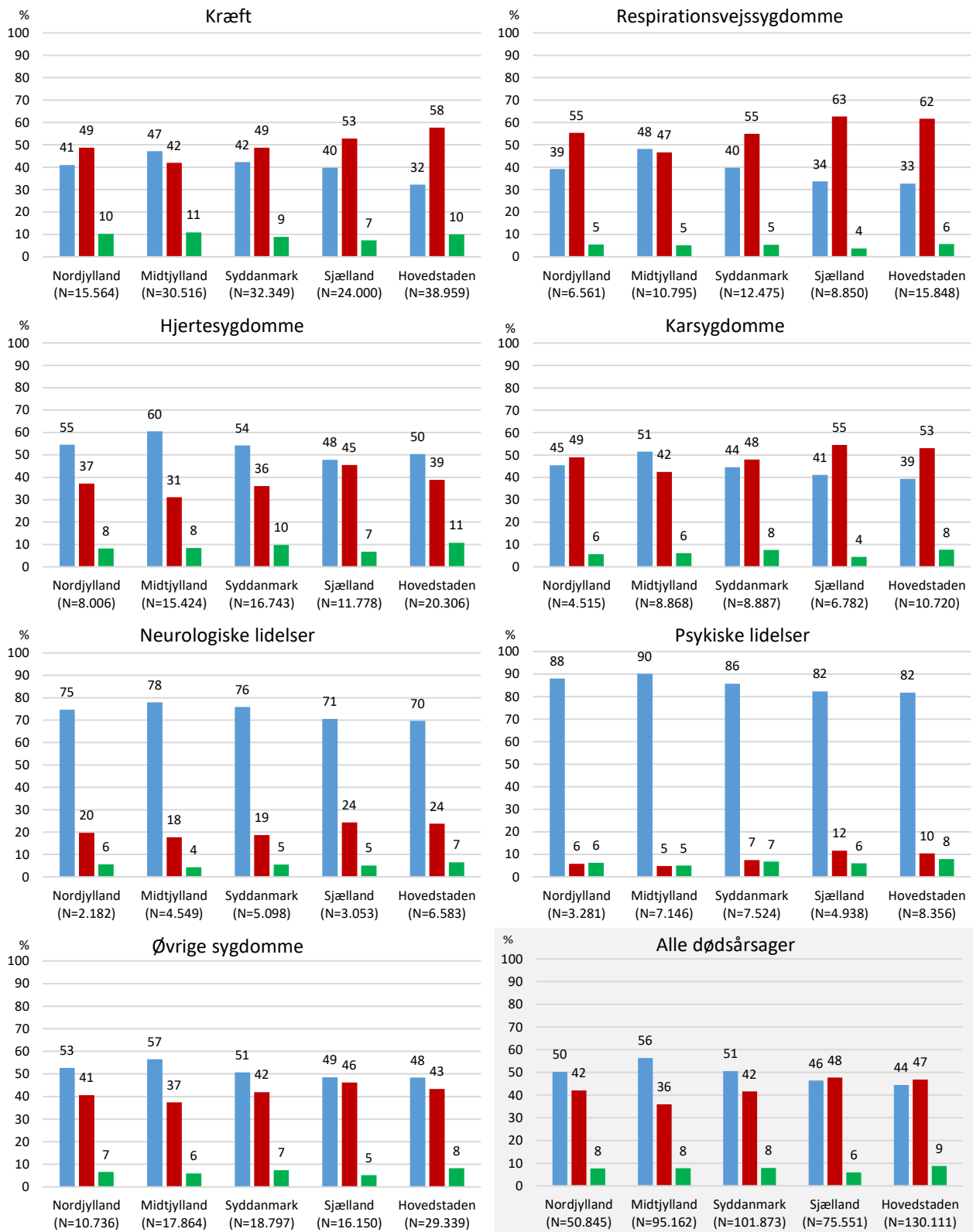
Data vedrørende fordelingen af dødsårsager, og data, der ligger til grund for figurerne, vises som tabeller i Appendiks.

2.2.1 Dødssted og dødsårsager - regioner

I det følgende ses på relationer mellem dødssted og dødsårsager fordelt på de fem regioner.

Figur 2.2.1.1 viser fordelingen af dødssted for de hyppigste dødsårsager i de enkelte regioner.

Figur 2.2.1.1 Dødssted og dødsårsager for de enkelte regioner, i perioden 2018-2020



Note til Figur 2.2.1.1: Dødssted 'hjemme' er markeret med blå, hospital er markeret med rød og andre steder er markeret med grøn

Region Midtjylland og Region Hovedstaden skiller sig ud fra de øvrige regioner i forhold til fordelingen af dødssted inden for kræft som dødsårsag. Blandt dødsårsager, som skyldes sygdomme i respirationsvejene og hjertesygdomme, har Region Midtjylland de højeste andele af dødsfald 'hjemme'. Region Sjælland og Region Hovedstaden har høje andele af dødsfald på hospital, blandt de som dør af sygdomme i respirationsvejene og karsygdomme.

Der ses regionale forskelle i forhold til fordelingen af dødssted i perioden 2012-2020. I alle regioner ses det, at dødssted for neurologiske og psykiske lidelser primært sker 'hjemme'. I begge kategorier af dødsårsager udgør demens store andele (se Tabel 1.2.2 med underkategorier fra DARs liste B).

3. Alder - dødssted og dødsårsager

- 36 % af dødsfaldene i Danmark finder sted i den ældste aldersgruppe (85+). I gruppen dør 60 % 'hjemme', mens 30 % dør på hospital.
- 30 % af dødsfaldene i Danmark finder sted i næstældste gruppe (75-84 år). I gruppen er dødssted fordelt ligeligt mellem død 'hjemme' og død på hospital.
- I de yngre aldersgrupper sker dødsfaldene oftest på hospital.
- Andelen af dødsfald, som registreres på hospital, viser en faldende tendens over tid i alle aldersgrupper bortset fra gruppen med de yngste (19-39 år).
- Relationer mellem dødssted og alder varierer for de forskellige dødsårsager. For de fleste dødsårsager gælder, at andelen af dødsfald på hospital stiger med yngre alderskategori.

Inden for de enkelte aldersgrupper kan det have betydning at kende fordelingen af dødssted både i forhold til sundhedsvæsenets organisation og i vurderingen af indsatser, der kan være behov for at iværksætte i tiden frem mod død.

De tabeller, som er basis for kapitlets figurer, kan ses i Appendiks.

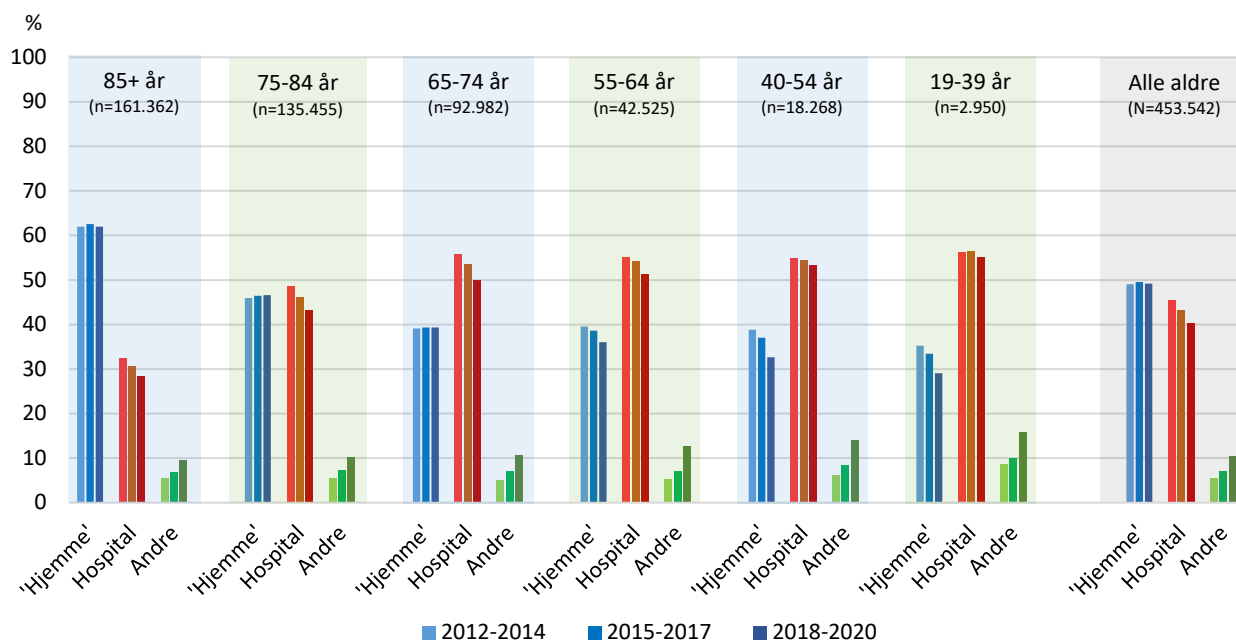
Tabel 3.1 Dødsfald i alderskategorier og perioder

Periode	2012-2020 inkl.		2012-2014		2015-2017		2018-2020	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
85+	161.362	36	51.374	35	54.067	36	55.921	36
75-84 år	135.455	30	43.453	29	43.882	29	48.120	31
65-74 år	92.982	21	30.301	20	31.399	21	31.282	20
55-64 år	42.525	9	15.029	10	14.220	9	13.276	9
40-54 år	18.268	4	6.732	5	6.199	4	5.337	3
19-39 år	2.950	1	1.041	1	963	1	946	1
Alle aldre	453.542	100	147.930	100	150.730	100	154.882	100

Tabel 3.1 viser fordelingen af dødsfald i de forskellige aldersgrupper i Danmark i hele perioden og fordelt på de tre perioder. 2 ud af 3 dødsfald sker blandt mennesker, som er 75 år eller derover. Både antal og andele af dødsfald blandt de yngste aldersgrupper er faldet hen over de tre perioder. Tilsvarende ses en lille stigning i antal og andele af dødsfald i de to ældste aldersgrupper.

3.1 Dødssted

Figur 3.1.1. Fordelingen af dødssted i de enkelte aldersgrupper i tre perioder



Note: Hver af de tre søjler inden for et dødssted repræsenterer en af de tre tidsperioder. Død 'hjemme' er markeret med blå, død på hospital er markeret med rød, og død andre steder er markeret med grøn.

Figur 3.1.1 viser, at blandt de 85+-årige sker de fleste dødsfald 'hjemme', mens dødsfald i alderskategorien 75-84 år er nogenlunde ligeligt fordelt mellem dødsfald 'hjemme' og på hospital. Dødsfald blandt de yngre alderskategorier er antalmæssigt langt mindre, og de har højere andele af dødsfald på hospital end dødsfald 'hjemme'.

I det sidste panel i Figur 3.1.1 ses den samlede fordeling af dødssted for alle dødsfald. Her er andelen af dødsfald 'hjemme' den højeste, hvilket skyldes, at alderskategorien 85+ udgør langt den største andel af dødsfald inden for naturlig død (36 %, se Tabel 3.1).

Blandt de ældre, som dør på hospital, viser Figur 3.1.1 et fald i andelen hen over de tre perioder, som modsvarer af en stigning i andelen af dødsfald andre steder. Omvendt er det for de to yngste aldersgrupper, hvor død på hospital er relativt stabilt, mens et fald i død 'hjemme' modsvarer af en stigning i død andre steder hen over de tre perioder.

Tabeller for dødsårsager vises i Appendiks.

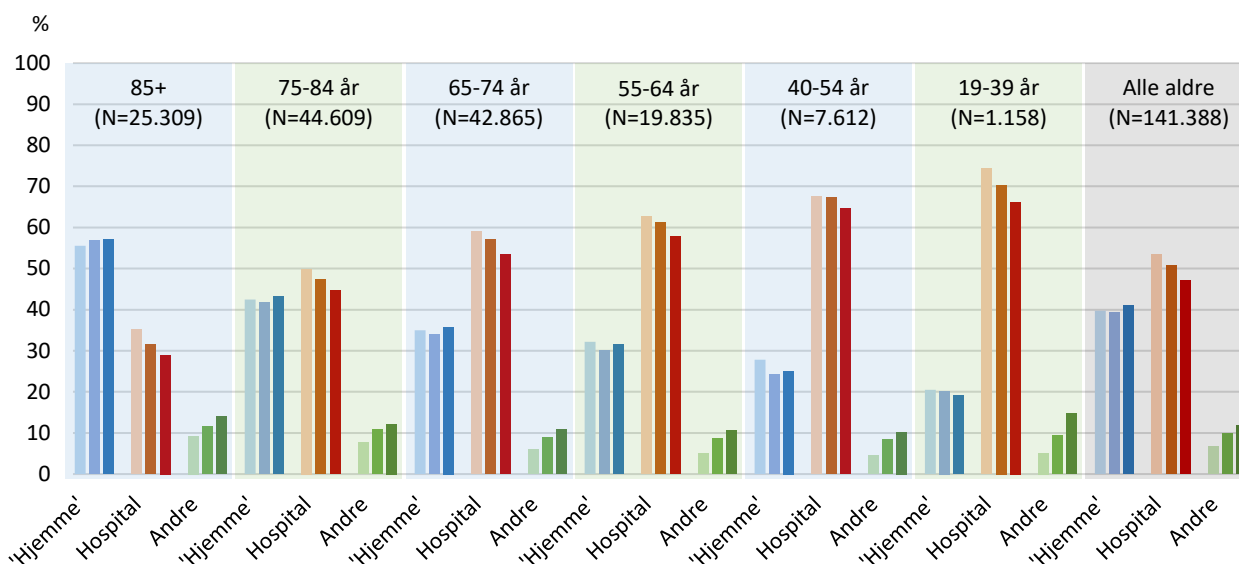
3.2 Dødssted og dødsårsager

I afsnittet vises relationen mellem dødssted og alderskategorier for hver af de 6 hyppigste dødsårsager.

I Figur 3.2.1 nedenfor refererer hvert enkelt panel til en dødsårsag. For hver dødsårsag vises fordelingen af dødssted inden for de enkelte alderskategorier. Samtidig vises udviklinger hen over de tre tidsperioder (således repræsenterer hver enkelt søjle i figuren en tidsperiode).

For alle dødsårsagerne gælder det, at jo yngre man er på tidspunktet for død, jo større andel dør på hospital.

Figur 3.2.1 Panel A: Kræft – dødssted fordelt på aldersgrupper i tre perioder



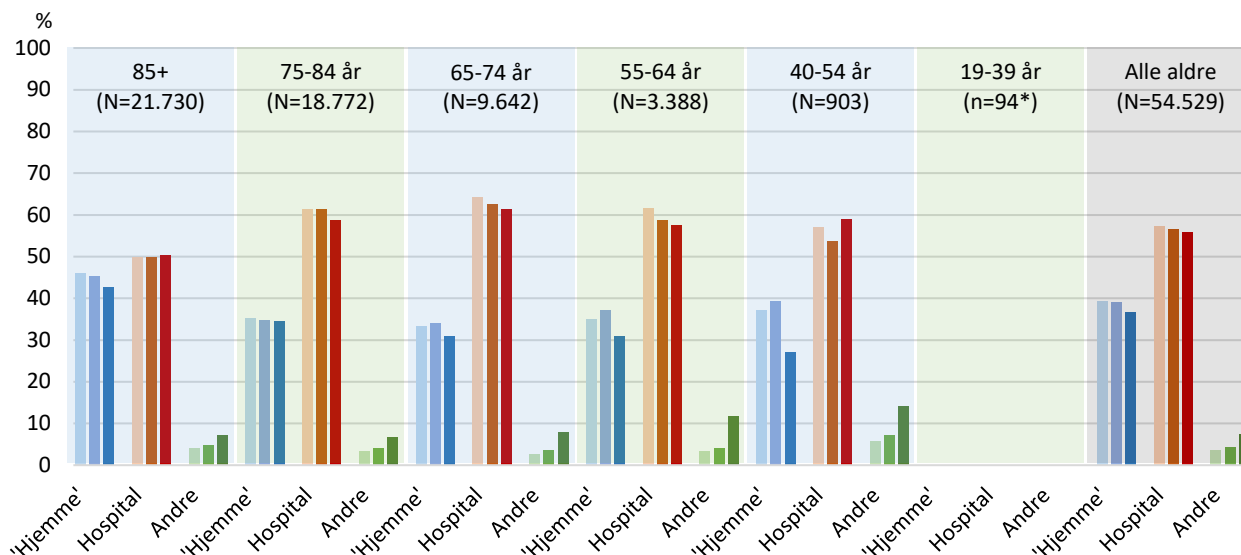
Note: Hver af de tre søjler inden for et dødssted repræsenterer en af de tre tidsperioder. Død 'hjemme' er markeret med blå, død på hospital er markeret med rød, og død andre steder er markeret med grøn.

Kræft (Panel A)

Hospitalet er det hyppigste dødssted, hvis dødsårsagen er kræft. Det gælder både totalt (grå baggrund til højre) og i hver af aldersgrupperne med undtagelse af gruppen med de ældste (85+).

Andelen af dødsfald, der sker på hospital, falder hen over de tre tidsperioder i alle aldersgrupper. Det fald modsvares af en stigning i andelen af dødsfald andre steder.

Figur 3.2.1 Panel B: Respirationsvejssygdomme – dødssted fordelt på aldersgrupper i tre perioder



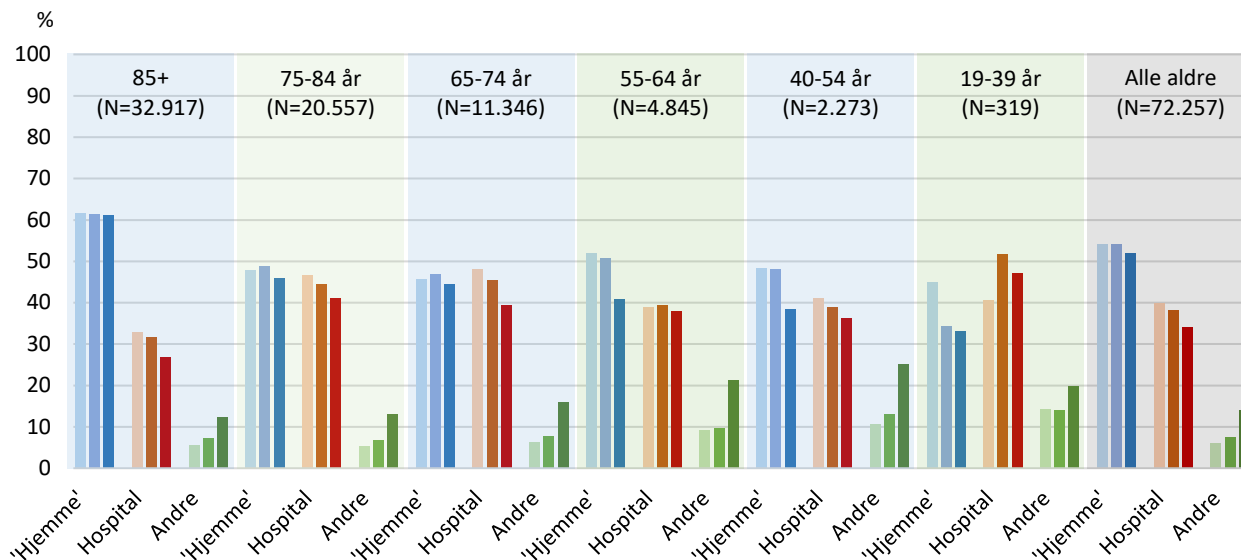
Note: * Data for de 19-39 årige vises ikke af hensyn til meget få dødsfald for nogle dødssteder.

Hver af de tre søjler inden for et dødssted repræsenterer en af de tre tidsperioder. Død 'hjemme' er markeret med blå, død på hospital er markeret med rød, og død andre steder er markeret med grøn.

Respirationsvejssygdomme (Panel B)

Hospitalet er det hyppigste dødssted blandt dødsfald på grund af sygdomme i respirationsvejene. Det gælder både totalt (grå baggrund til højre) og i hver af aldersgrupperne. Andelen af dødsfald, der sker 'hjemme' er lidt højere i den ældste aldersgruppe sammenlignet med de øvrige. Andelen af dødsfald på hospital er faldende over tid for aldersgrupperne fra 55-84 år.

Figur 3.2.1 Panel C: Hjertesygdomme – dødssted fordelt på aldersgrupper i tre perioder

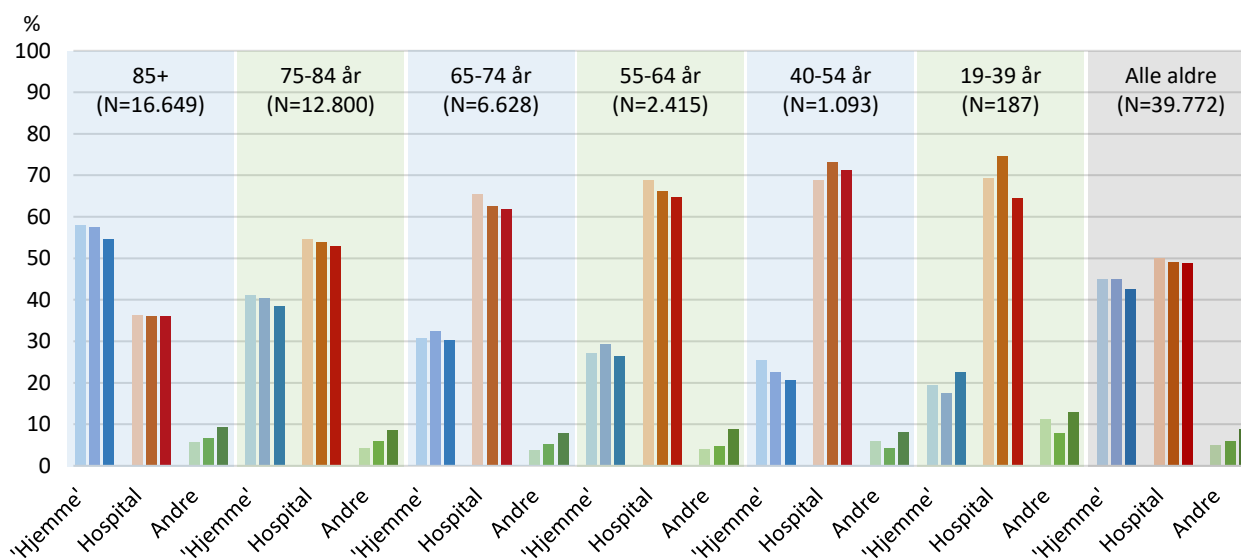


Note: Hver af de tre søjler inden for et dødssted repræsenterer en af de tre tidsperioder. Død 'hjemme' er markeret med blå, død på hospital er markeret med rød, og død andre steder er markeret med grøn.

Hjertesygdomme (Panel C)

Blandt de ældste, som udgør 46 % af dødsfald på grund af hjertesygdomme, dør de fleste 'hjemme'. I de øvrige aldersgrupper er fordelingen af dødsfald 'hjemme' og på hospital mere ligelig, og i den yngste aldersgruppe (0,4%) dør flest på hospital.

Figur 3.2.1 Panel D: Karsygdomme – dødssted fordelt på aldersgrupper i tre perioder

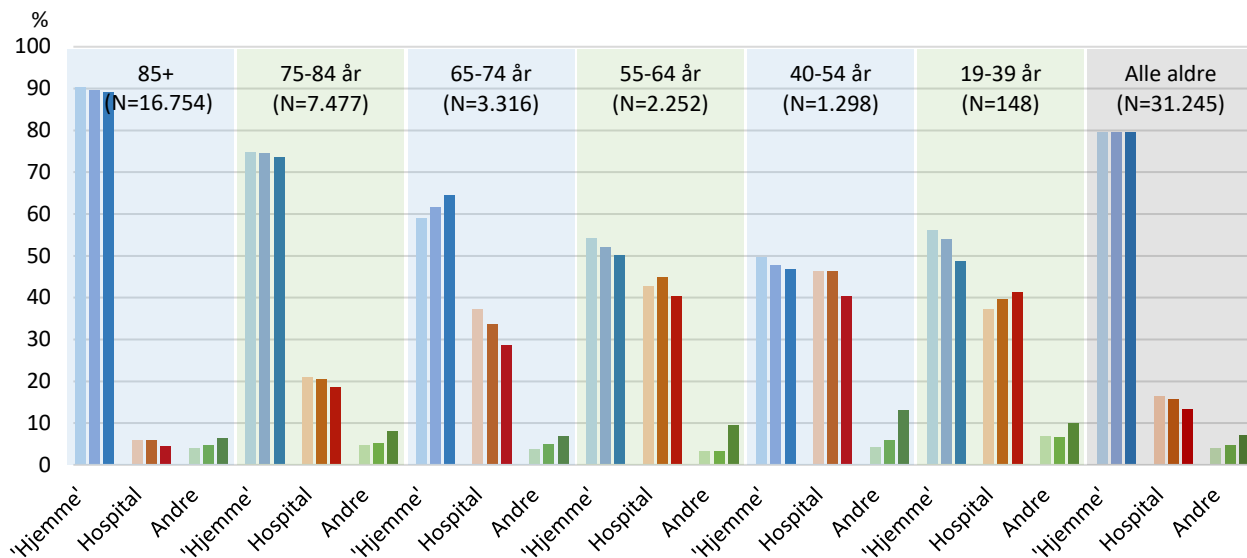


Note: Hver af de tre søjler inden for et dødssted repræsenterer en af de tre tidsperioder. Død 'hjemme' er markeret med blå, død på hospital er markeret med rød, og død andre steder er markeret med grøn.

Karsygdomme (Panel D)

Samlet set, så er hospitalet det hyppigste dødssted, hvis årsagen er en karsygdom (apopleksi udgør 74 % af årsagerne i gruppen). Det er gældende for alle alderskategorierne, med undtagelse af de 85+-årige hvor den største andel af dødsfaldene sker 'hjemme'.

Figur 3.2.1 Panel E: Psykiske lidelser – dødssted fordelt på aldersgrupper i tre perioder

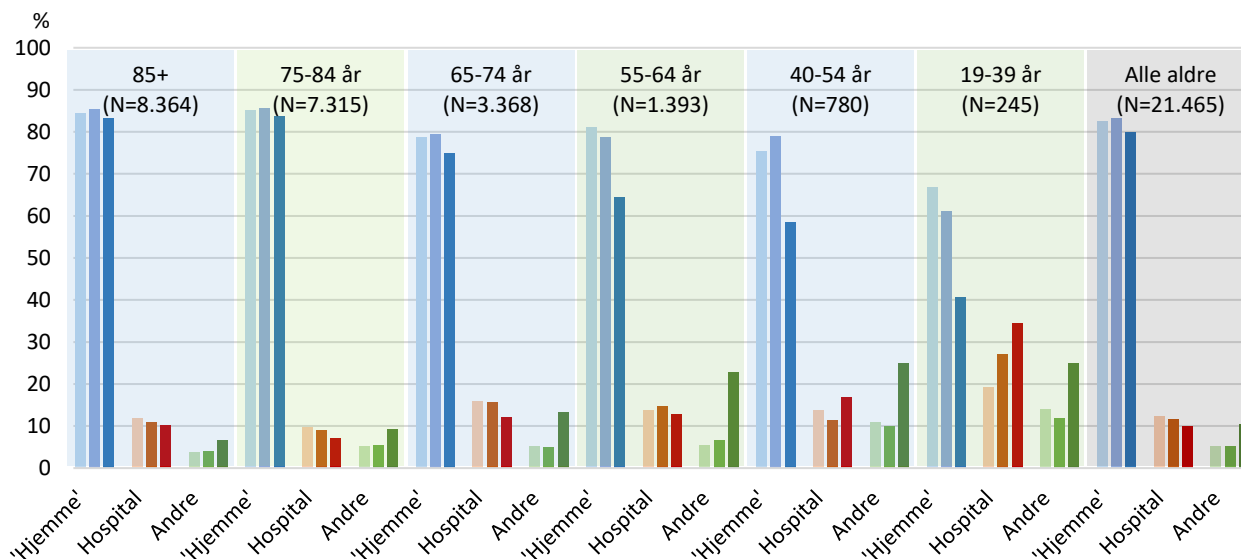


Note: Hver af de tre søjler inden for et dødssted repræsenterer en af de tre tidsperioder. Død 'hjemme' er markeret med blå, død på hospital er markeret med rød, og død andre steder er markeret med grøn.

Psykiske lidelser (Panel E)

I alle aldersgrupper er 'hjemme' det hyppigste dødssted. Med faldende alder ses en tendens til stigende andel af dødsfald på hospital. Totalt set, så udgør demens 78 % af dødsårsagerne i gruppen (ekskl. Alzheimers demenssygdom) (Se Tabel 1.2.2 i Appendiks).

Figur 3.2.1 Panel F: Neurologiske lidelser – dødssted fordelt på aldersgrupper i tre perioder

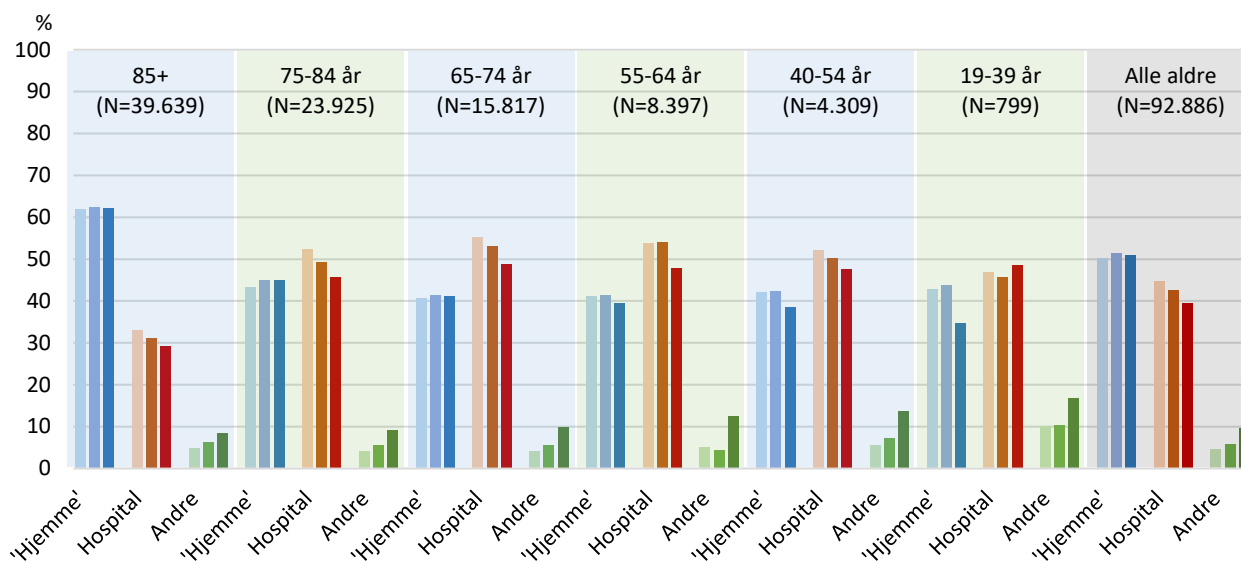


Note: Hver af de tre søjler inden for et dødssted repræsenterer en af de tre tidsperioder. Død 'hjemme' er markeret med blå, død på hospital er markeret med rød, og død andre steder er markeret med grøn.

Neurologiske lidelser (Panel F)

I alle aldersgrupper er 'hjemme' det hyppigste dødssted. I modsætning til de øvrige dødsårsager, så er der ikke den samme tydelige stigning i andelen af dødsfald på hospitalet i forhold til faldende alder ved død. Totalt set udgør Alzheimers demenssygdom 51 % af dødsårsagerne, når man ser på liste B diagnosernes fordeling for hele perioden (Se Tabel 1.2.2 i Appendiks).

Figur 3.2.1 Panel G: Øvrige sygdomme – dødssted fordelt på aldersgrupper i tre perioder



Note: Hver af de tre søjler inden for et dødssted repræsenterer en af de tre tidsperioder. Død 'hjemme' er markeret med blå, død på hospital er markeret med rød, og død andre steder er markeret med grøn.

Øvrige sygdomme (Panel G)

Blandt de ældste, som udgør 43 % af dødsfald på grund af øvrige årsager, dør de fleste 'hjemme'. I de øvrige aldersgrupper er fordelingen af dødsfald 'hjemme' og på hospital mere ligelig, dog med en overvægt af dødsfald på hospital.

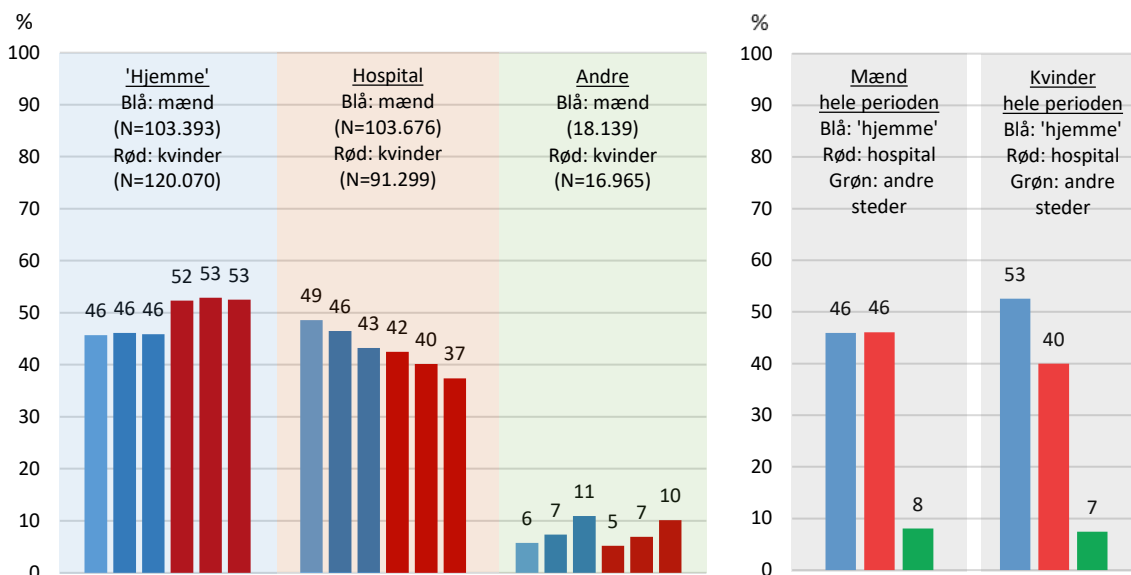
4. Køn - dødssted og dødsårsager

- Flere kvinder end mænd dør 'hjemme'. Blandt kvinder dør 53 % 'hjemme' og 40 % på hospital, når man ser på hele perioden. Blandt mænd dør 46 % 'hjemme' og 46% på hospital i samme periode.
- Både mænd og kvinder har faldende andele af dødsfald på hospital hen over de tre perioder. Et fald, som hos begge køn modsvares af en stigning i dødsfald andre steder.
- Blandt dødsfald forårsaget af kræft fordeler dødssted sig ens blandt mænd og kvinder. Blandt de øvrige dødsårsager ses der mindre forskelle i fordelingen af dødssted mellem mænd og kvinder.

Betydningen af køn i forhold til dødssted er ikke tydelig, men køn indgår ofte som forklarende variabel i analyser af forskellige faktorerers associationer med dødssted. Derfor rummer rapporten dette afsnit med data for relationen mellem dødssted og køn, og den eventuelle udvikling over tid i relationen mellem disse. Tabeller over data i alle figurer i kapitlet kan ses i Appendiks.

4.1 Dødssted

Figur 4.1.1 Fordelingen af dødssted blandt mænd og kvinder i tre perioder



Note: Hver af de tre søjler inden for dødssted og køn repræsenterer en af de tre tidsperioder. Det grå panel til højre viser dødssted for hele perioden 2012-2020.

Figur 4.1.1 viser, at andelen af kvinder, der dør 'hjemme', er højere end andelen af mænd i hver af de tre perioder. Det omvendte gør sig gældende for dødsfald på hospital. Hen over de tre perioder,

har andelen af dødsfald 'hjemme' ikke ændret sig, hverken for mænd eller kvinder. Andelen af dødsfald på hospital er faldet, både blandt mænd og kvinder, et fald som blev modsvaret af en stigning i dødsfald andre steder.

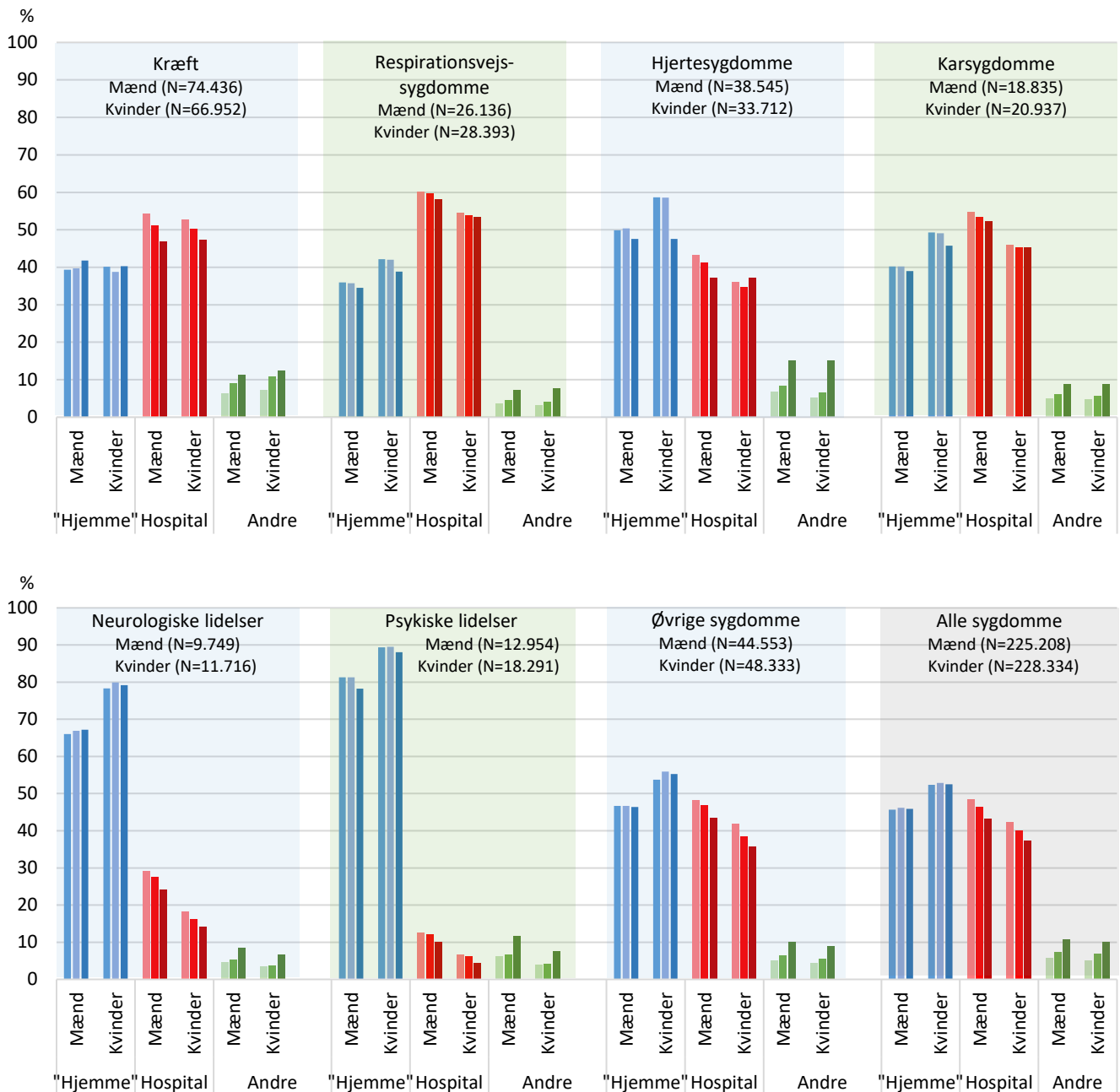
Tabeller for dødsårsager vises i Appendiks.

4.2 Dødssted og dødsårsager

I det følgende ses på relationen mellem dødssted og køn for de 6 hyppigste dødsårsager.

Data, som ligger til grund for figurerne, kan ses i Appendiks.

Figur 4.2.1 Fordeling af dødssted i relation til køn for de seks hyppigste dødsårsager, fordelt på tre tidsperioder



Note: Hver enkeltstående søjle repræsenterer en tidsperiode. Blå søjler markerer død 'hjemme', røde søjler markerer død på hospital, grønne søjler markerer død andre steder.

Figur 4.2.1 viser, hvordan dødssted fordeler sig for de hyppigste dødsårsager og de to køn hen over de tre perioder. Blandt de, som dør af kræft, er fordelingen af dødssted ens for mænd og kvinder. For de øvrige dødsårsager er det et generelt billede, at andelen af kvinder, der dør 'hjemme', er

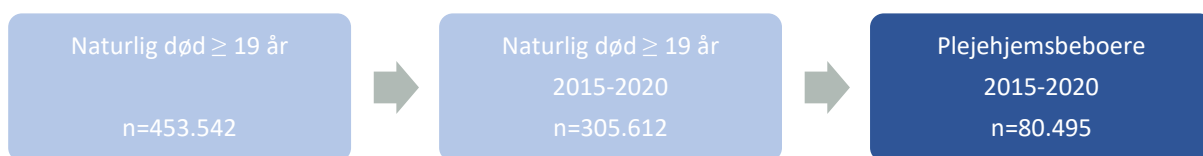
højere end andelen af mænd, der dør 'hjemme'. Det omvendte gør sig gældende for død på hospital.

Blandt dødsfald på grund af hjertesygdomme ses det, at i den sidste periode er andelen af dødsfald 'hjemme' og på hospital lige høje blandt mænd og kvinder. For kvinderne har det betydet et relativt stort fald i andelen af dødsfald 'hjemme' på ca. 10% i den sidste periode i forhold til de to foregående perioder. Det fald modsvarer af en lille stigning i andelen af dødsfald på hospital, og en stigning i død andre steder.

5. Plejehjemskohorten

- Langt de fleste beboere på plejehjem dør 'hjemme' (80 %). Langt færre dør på hospital (16%).
- Fordeling af dødssted varierer en del mellem regionerne. Andelen af dødsfald 'hjemme' varierer fra 77 % til 86 % og andelen for dødsfald på hospital fra 12 % til 20 %. Andelen af dødsfald på hospital er højest i de to østlige regioner.
- For dødsårsagerne psykiske og neurologiske lidelser, som er de hyppigste dødsårsager blandt beboere på plejehjem, er 'hjemme' dødssted for henholdsvis 94 % og 88 %.
- Sygdomme i respirationsvejene som dødsårsag har den højeste andel af dødsfald på hospital (37%) blandt alle dødsårsager.

Figur 5.1 Flowdiagram for plejehjemskohorten



I dette kapitel afgrænses populationen til personer, som har bopælsadresse på plejehjem på tidspunktet for naturlig død. Data er baseret på *Plejehjemsoversigten* i perioden 2015-2020. Data for dødssted og dødsårsager blandt personer med bopæl på plejehjem på tidspunktet for død har ikke tidligere været præsenteret.

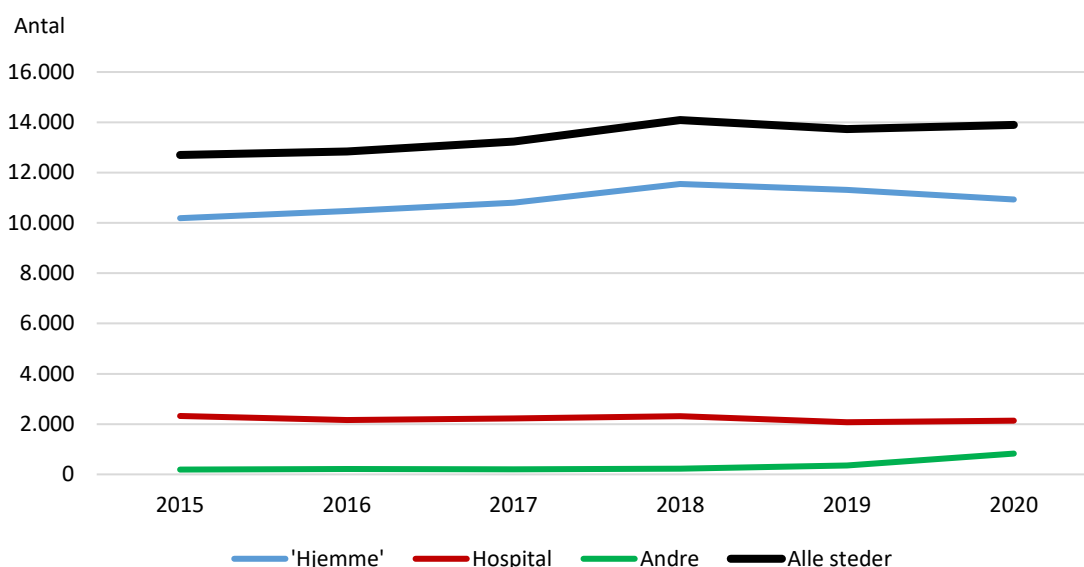
Samlet set bestod kohorten af 80.495 personer i perioden, og blandt disse var ca. 90 % \geq 75 år ved død (Tabel 5.1). Tabeller, som ligger til grund for kapitlets figurer, kan ses i Appendiks.

Tabel 5.1 Plejehjemskohortens aldersfordeling, i perioden 2015-2020

Aldersgrupper	Antal	%
85+ år	49.837	62
75-84 år	22.116	27
65-74 år	6.863	9
55-64 år	1.377	2
40-54 år	285	0,4
19-39 år	17	0,0
Alle aldre	80.495	100

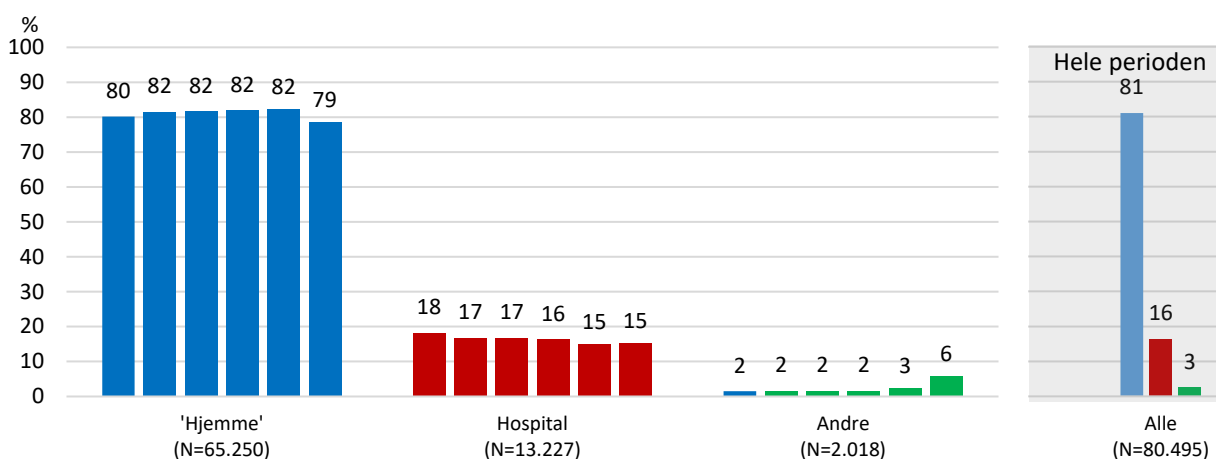
5.1. Dødssted

Figur 5.1.1 Det årlige antal dødsfald i kohorten af plejehjemsbeboere, i perioden 2015-2020, fordelt på dødssted



Figur 5.1.1 viser, at langt de fleste i kohorten dør 'hjemme', og at antallet af dødsfald har stabiliseret sig sidst i perioden. Der ses en stigningen i antallet dødsfald fra 2015-2018. Det er uvist, om det er en reel stigning, eller det er resultat af den omfattende validering, som Sundhedsdatastyrelsens foretog i 2019 af *Plejehjemsoversigten* (18).

Figur 5.1.2 Fordelingen af dødssted pr. år, i perioden 2015-2020



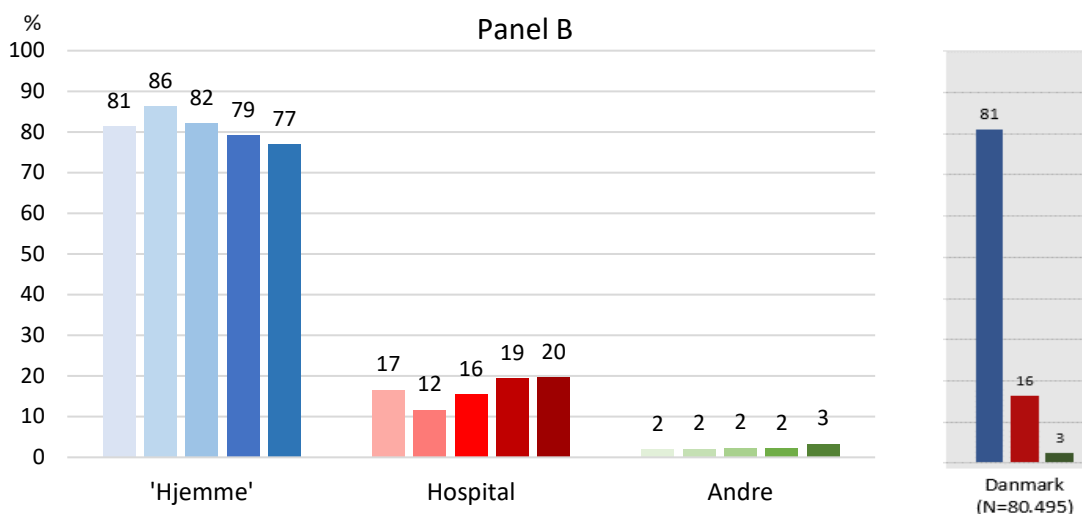
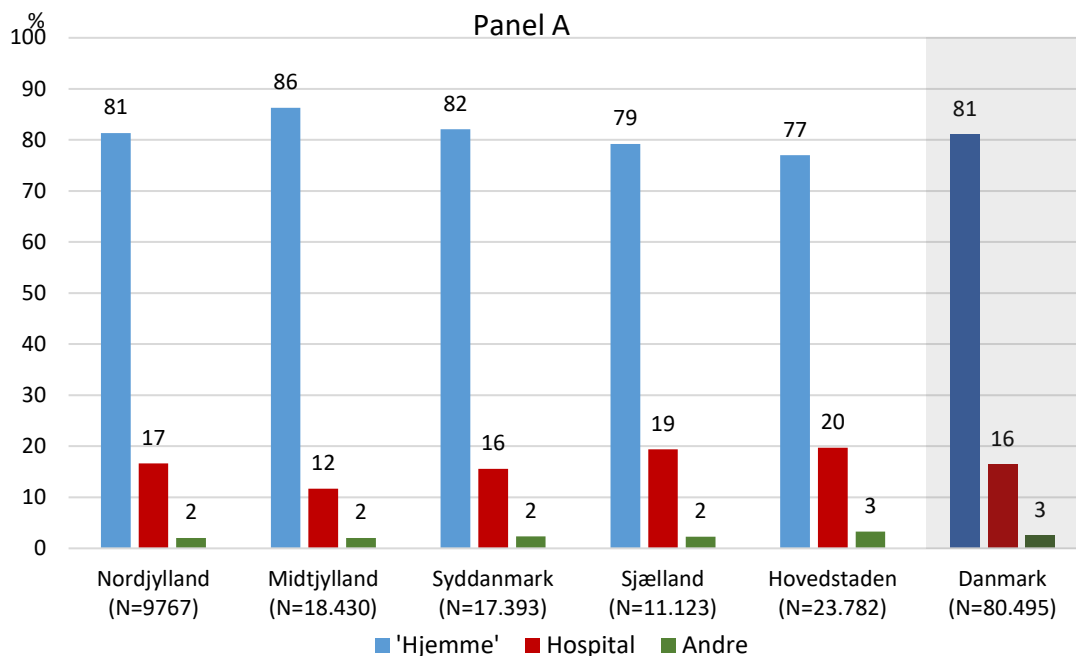
Note: Hver enkelt søjle i en farvegruppe repræsenterer et kalenderår i perioden 2015-2020. Død 'hjemme' er markeret med blå, død på hospital er markeret med rød, og død andre steder er markeret med grøn.

Figur 5.1.2 viser, at cirka 80 % af dødsfald blandt personer med bopæl på plejehjem finder sted 'hjemme'. Der sker ikke nogen væsentlig udvikling over tid i dødsfald 'hjemme'. Dødsfald på hospital viser et mindre fald hen over perioden (2015-2020). Som tidligere ses en stigning i dødsfald andre steder, især i 2020, hvor en forklaring måske er manglende færdigvalidering af data på tidspunktet for udtrækket.

5.1.1 Dødssted - regionerne

I det følgende vises fordelingen af dødssted blandt plejehjemsbeboere for de enkelte regioner.

Figur 5.1.1.1 Dødssted blandt beboere på plejehjem i perioden 2015-2020, fordelt på regioner



Note: Hver søjle i Panel B repræsenterer en region vist i samme rækkefølge som i Panel A. Død 'hjemme' er markeret med blå, død på hospital er markeret med rød, og død andre steder er markeret med grøn.

Figur 5.1.1.1 viser, at andelen af dødsfald 'hjemme' blandt beboere på plejehjem varierer mellem regionerne i perioden 2015-2020, hvor Region Midtjylland ligger højest med 86 % og Region Hovedstaden lavest med 77 %. Omvendt ses dødssted på hospital at være højest i Region Hovedstaden med 20 % og lavest i Region Midtjylland med 12% i samme periode.

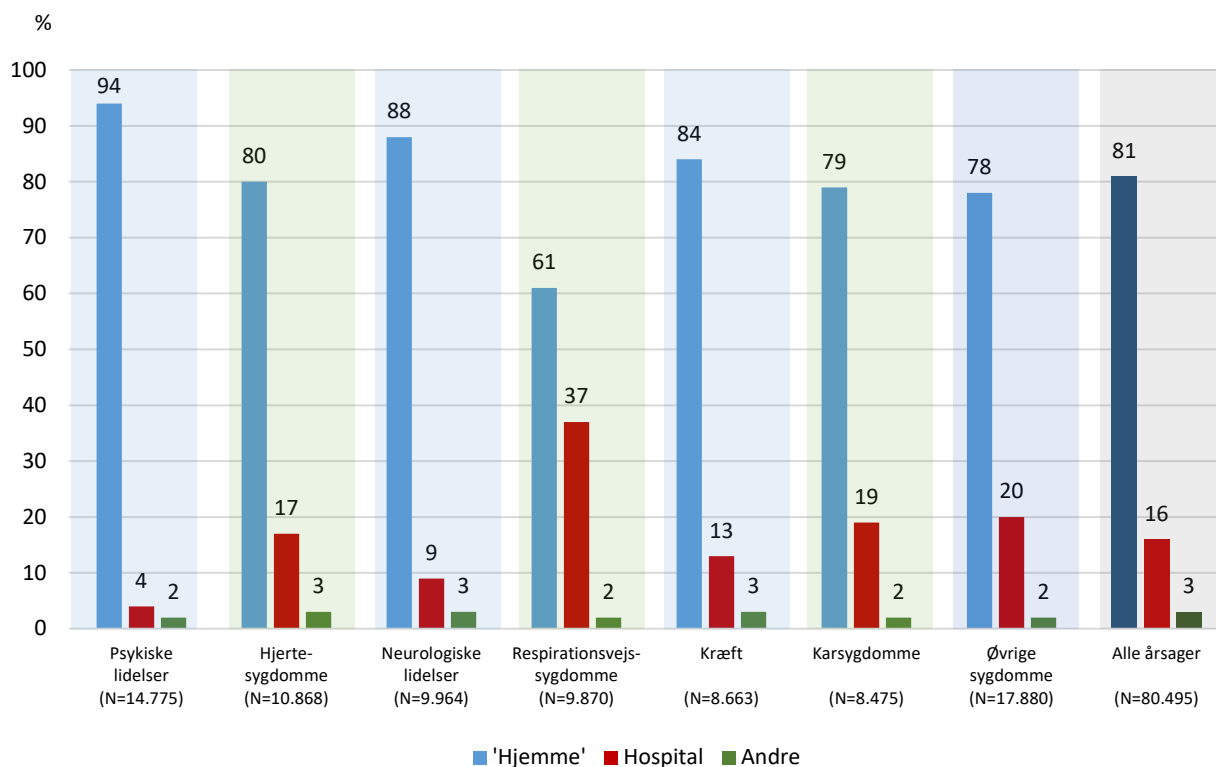
Tabeller for dødsårsager vises i Appendiks.

5.2. Dødssted og dødsårsager

I det følgende belyses relation mellem dødsårsag og dødssted blandt plejehjemsbeboere.

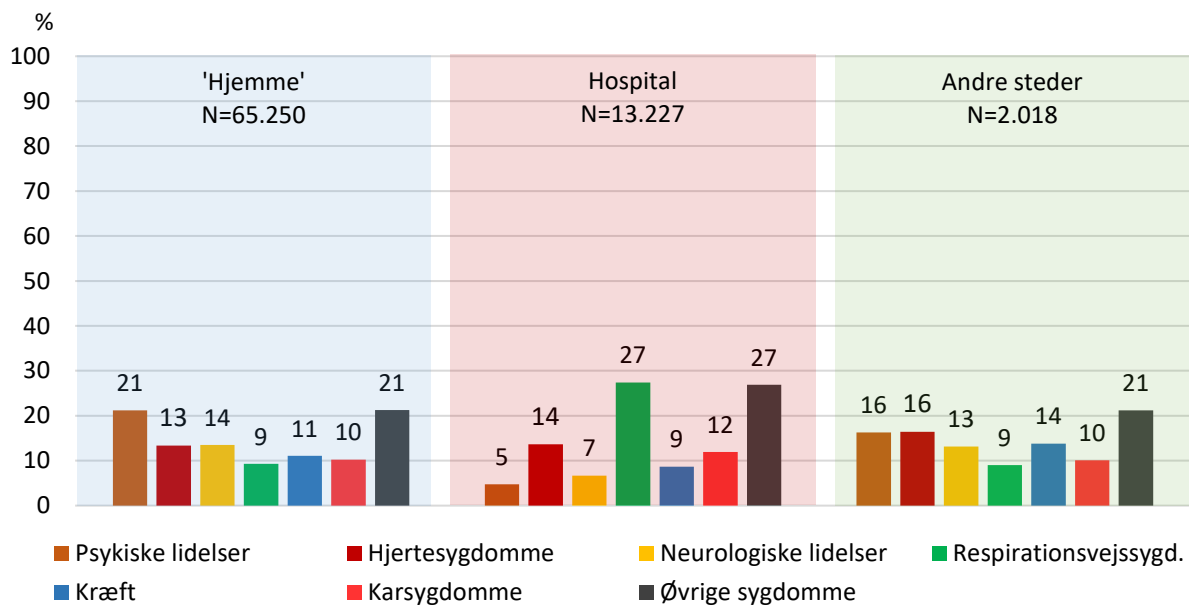
Data vedrørende dødsårsager blandt beboere på plejehjem kan ses i Appendiks.

Figur 5.2.1 Fordelingen af dødssted for de hyppigste dødsårsager blandt plejehjemsbeboere, i perioden 2015-2020



Figur 5.2.1 viser fordelingen af dødssted for de 6 hyppigste dødsårsager blandt personer bosat på plejehjem i Danmark i perioden 2015-2020. Dødssted 'hjemme' er hyppigst for alle dødsårsager, men særligt dødsfald på grund af respirationsvejsygdomme har en relativt høj andel af dødsfald på hospital på 37 %. Psykiske lidelser og neurologiske lidelser er de dødsårsager, hvor færrest dør på hospital.

Figur 5.2.2 Fordelingen af dødsårsager i relation til dødssted blandt plejehjemsbeboere, i perioden 2015-2020



Figur 5.2.2 viser, at psykiske lidelser er den hyppigste enkeltstående dødsårsag 'hjemme', mens sygdomme i respirationsvejene er den hyppigste årsag til død på hospital.

6. Kontakt med specialiserede palliative enheder

- Af den samlede population på 150.730 dødsfald i 2015-2017, var 81 % ikke kontakt med specialiserede palliative enheder, mens 12 % og 7 % havde haft seneste kontakt med henholdsvis specialiseret palliativt team og hospice indenfor 2 år før død.
- Blandt dødsfald i gruppen uden forudgående kontakt med specialiserede palliative enheder, så døde 53 % 'hjemme' og 41 % på hospital.
- Blandt de, som før død havde haft seneste kontakt med hospice, døde 68 % på hospice, 15 % 'hjemme' og 2 % på hospital.
- Blandt de, som før død havde haft seneste kontakt med palliative teams eller afdelinger, døde 48 % 'hjemme' og 44 % på hospital.
- Generelle betragtninger vedrørende relationer mellem dødssted og dødsårsager for andre dødsårsager end kræft er forbundet med stor usikkerhed, da andre dødsårsager end kræft kun udgør en meget lille del af de dødsfald, som havde en forudgående kontakt med specialiserede palliative enheder.

De specialiserede palliative enheder (SPE) i Danmark udgøres af palliative teams, palliative hospitalsafdelinger (TA) og hospicer. Alle palliative hospitalsafdelinger er tilknyttet et palliativt team (se *Kortlægning af den specialiserede palliative indsats 2019 (20)*). Alle de palliative teams i Danmark har udkørende og/eller ambulante funktioner. Ikke alle teams har en administrativt tilknyttet palliativ hospitalsafdeling/-afsnit.

Dødsfald, som sker på hospitalet efter forudgående kontakt med et palliativt team, er registreret med hospital som dødssted, uanset om dødsfaldet sker på en palliativ hospitalsafdeling eller en anden type afdeling. Kun nogle få hospicer havde på tidspunktet for dataindsamlingen etableret egne, udkørende hospiceteam. I rapporten her er det ikke muligt at adskille kontakter med hospiceteams fra øvrige kontakter med hospice (se metodeafsnittet).

Resultaterne i afsnit 6 er fra perioden 2015-2017, fordi antallet af SPE lå stabilt i den periode, og fordi det var muligt at koble data mellem dødsfald i DAR og afdødes kontakter med SPE identificeret ud fra data i LPR2 (se metodeafsnittet).

6.1 Dødssted

Af den samlede population på 150.730 dødsfald i perioden 2015-2017, havde 81 % ikke haft forudgående kontakt til SPE, mens 12 % og 7 % havde haft seneste SPE-kontakt med henholdsvis specialiseret palliativt team/palliativ afdeling og hospice.

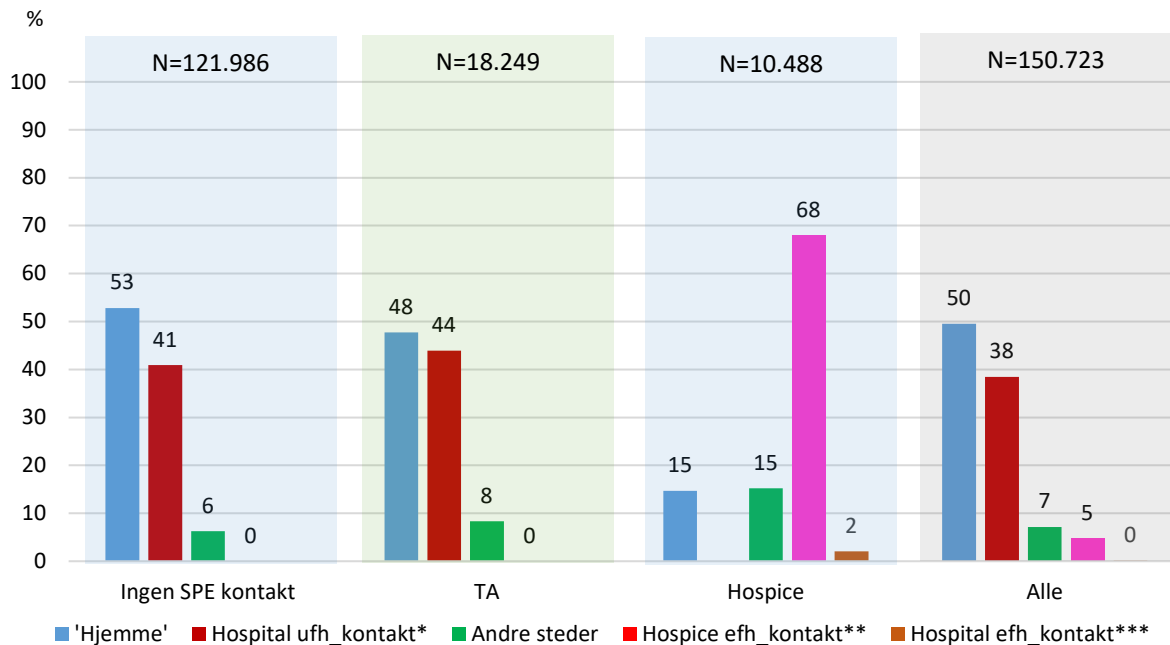
Tabel 6.1 Fordeling af dødssted i relation til sidste kontakt med SPE forud for død, i perioden 2015-2017

Seneste kontakt med SPE forud for død	SPE_nej	palliativt team	hospice	alle
Dødssted				
'hjemme'	64440	8711	1537	74688
hospital (alle afd. inkl. pall. afdelinger)	49890	8016	218	58124
hospice	0	0	7135	7135
andre steder	7656	1522	1598	10776
Total	121986	18249	10488	150723

Tabel 6.1 viser antal af dødsfald i relation til forudgående kontakt med SPE. De 7.135 dødsfald, som sker på hospice, udgør 4,7 % af alle dødsfald og 12 % af de dødsfald, der i DAR er registreret som dødsfald på hospital.

Af Sundhedsdatastyrelsens tal (se Figur 2) fremgår det, at i alt døde 7.181 på hospice i perioden 2015-2017. Der er således registreret 46 færre dødsfald på hospice i rapportens datasæt, sammenlignet med Sundhedsdatastyrelsens data, hvilket kan tilskrives procedurer for datavalidering.

Figur 6.1.1 Fordeling af dødssted i relation til seneste kontakt med SPE inden død, i perioden 2015-2017²



Note Figur 6.1.1: Kategorien **Ingen SPE** viser fordelingen af dødssted blandt dødsfald uden forudgående kontakt med specialiseret palliativ enhed (SPE). Kategorien **TA** viser fordelingen af dødssted i forhold til, at seneste kontakt med SPE var et palliativt team eller en afdeling. Kategorien **hospice** viser fordelingen af dødssted i forhold til, at seneste kontakt med SPE var et hospice.

* Hospital ufh_kontakt – hospital som dødssted, uden forudgående kontakt med hospice

** Hospice efh_kontakt – hospice som dødssted, efter forudgående kontakt med hospice

*** Hospital efh_kontakt – hospital som dødssted, efter forudgående kontakt med hospice

Figur 6.1.1 viser dødssted i relation til, om afdøde har haft kontakt med SPE forud for død, fordelt på team/afdeling (TA) eller hospice. Blandt dødsfald, der sker uden forudgående kontakt med SPE (81 % af alle dødsfald), så dør 53 % 'hjemme' og 41 % på hospital. Blandt de dødsfald (7 % af alle dødsfald), hvor afdøde forinden har været i kontakt med hospice, så dør 68 % på hospice og 15 % 'hjemme' i hele perioden 2015-2017. Blandt de dødsfald (12 % af alle dødsfald), som i perioden 2015-2017 før død har haft kontakt med palliative teams eller afdelinger, dør 48 % 'hjemme' og 44 % på hospital.

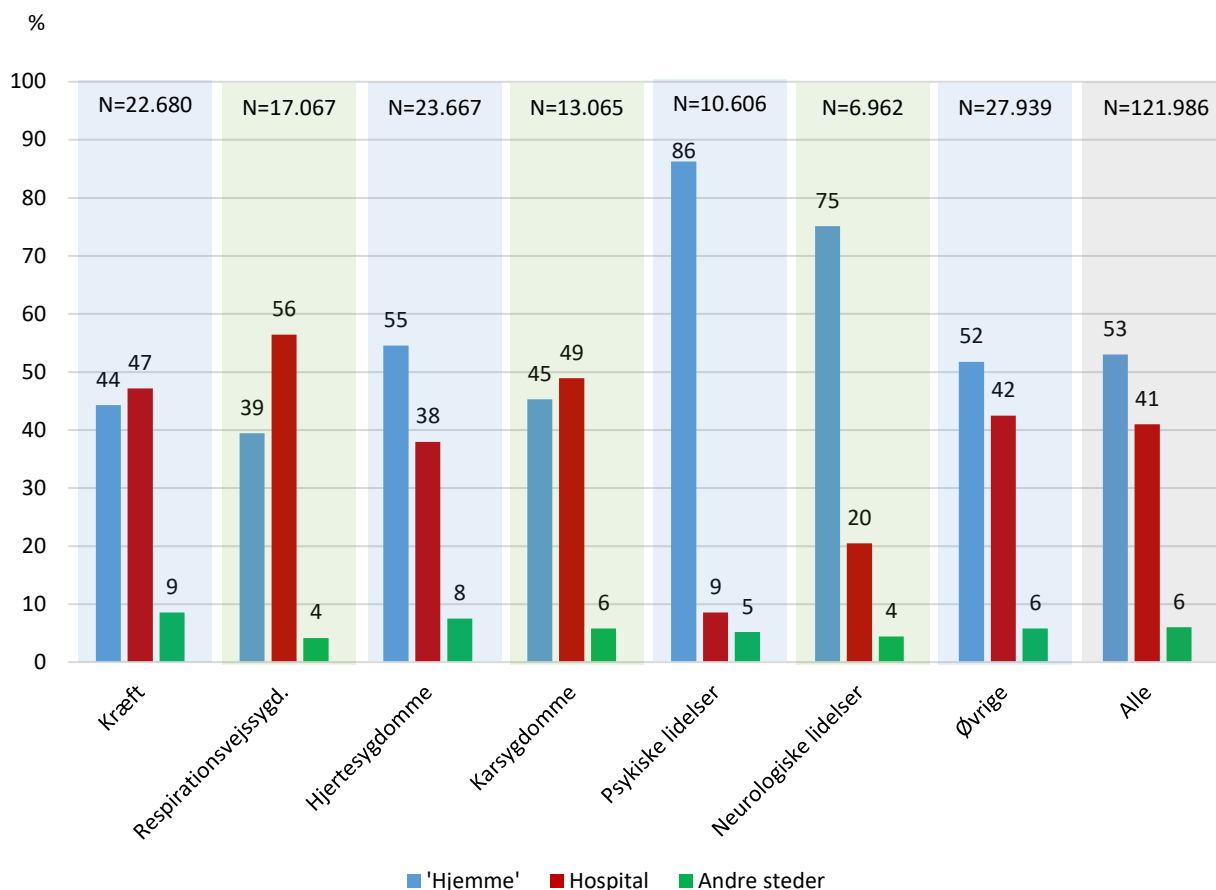
Tabeller for dødsårsager vises i Appendiks.

² Tabellen er opdateret i oktober 2024 grundet ombytning af N-værdierne i de to paneler 'Ingen SPE kontakt' og 'TA'.

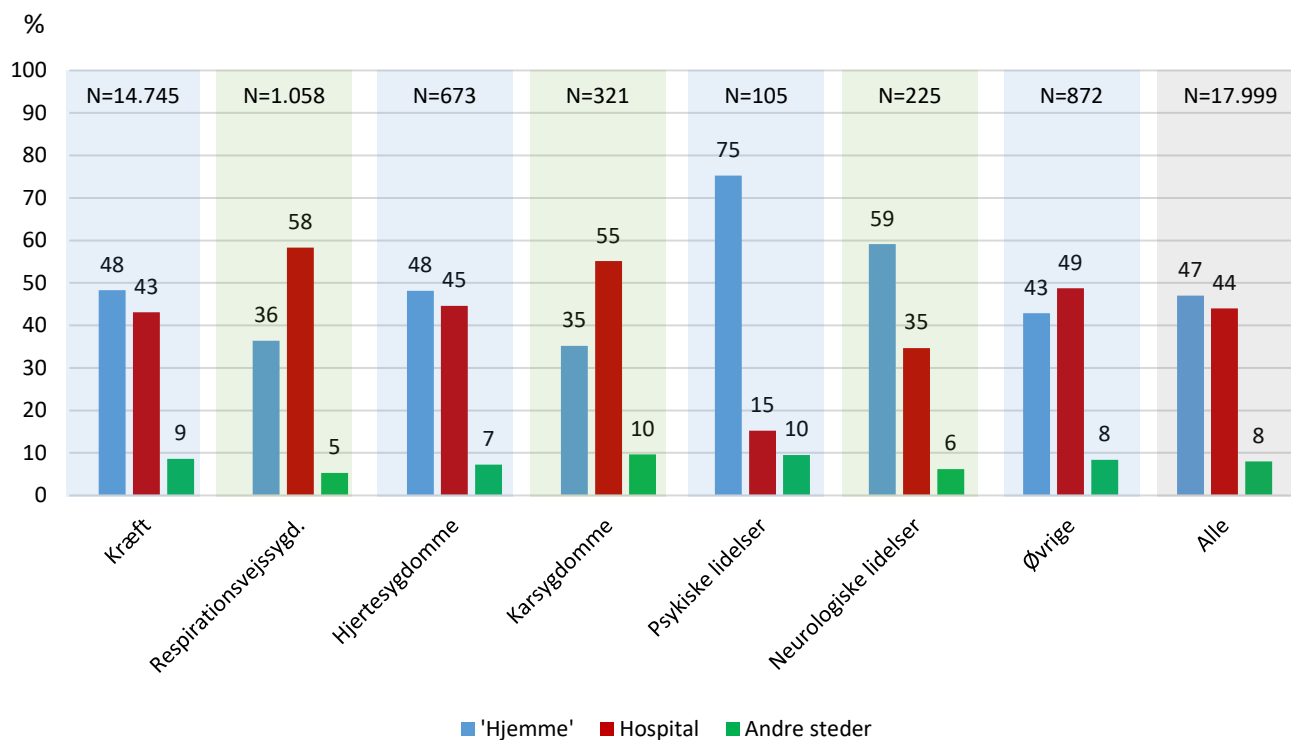
6.2 Dødssted og dødsårsager

I det følgende vises fordelingen af dødssted i relation til sidste forudgående kontakt med SPE inden død, inden for de seks hyppigste dødsårsager inden for hver kategori af forudgående kontakt.

Figur 6.2.1 Fordeling af dødssted blandt de hyppigste dødsårsager, uden forudgående kontakt med SPE i perioden 2015-2020 (N=121.986)

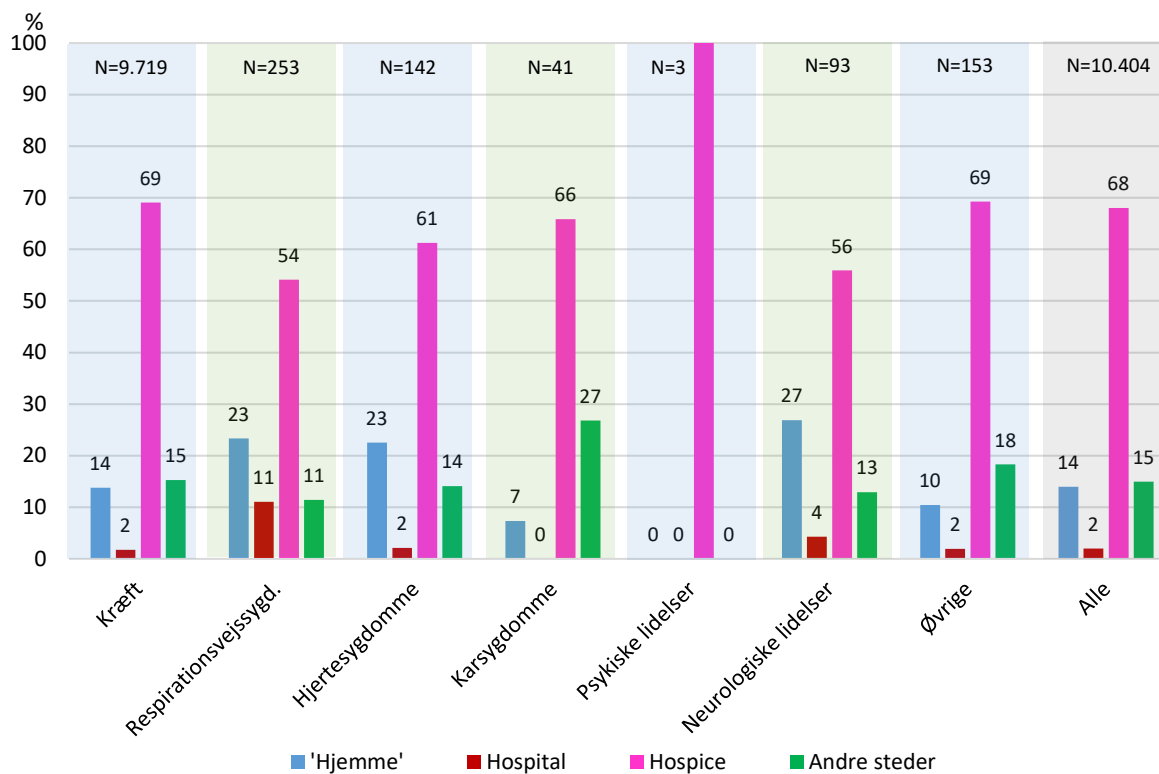


Figur 6.2.2 Fordeling af dødssted blandt de hyppigste dødsårsager, med forudgående kontakt med palliativt team/afdeling i perioden 2015-2020 (N=17.999*)



Note: * At N=17.999 og ikke 18.249, som i Figur 6.1.1, skyldes regler for hjemtagelse af data fra Forskermaskinen i Danmarks Statistik

Figur 6.2.3 Fordeling af dødssted blandt de hyppigste dødsårsager, med forudgående kontakt med hospice i perioden 2015-2017 (N=10.404*)



Note: * At N=10.404 og ikke 10.488, som i Figur 6.1.1, skyldes regler for hjemtagelse af data fra *Forskermaskinen* i Danmarks Statistik

De tre figurer, Figur 6.2.1-6.2.3, viser fordelinger af dødssted i forhold til forudgående kontakt med SPE, blandt de 6 dødsårsager, som er hyppigst generelt set i Danmark.

Som det fremgår af Figur 6.2.1, så udgør kræft 19 % af de dødsfald, som sker uden forudgående kontakt med SPE i perioden 2015-2017. I Figur 6.2.2 og Figur 6.2.3 er billedet anderledes. Her udgør kræft 81 % og 93 % af dødsfaldene efter forudgående kontakt med henholdsvis et palliativt team eller hospice. Ikke overraskende, så dør langt de fleste på hospice, hvis deres seneste kontakt med SPE var hospice (Figur 6.2.3).

Diskussion

Rapporten beskriver dødssted og dødsårsager for naturlig død i Danmark i perioden 2012-2020. Rapporten er en opfølgning på tidligere tilsvarende kortlægninger. Den rummer flere nye tiltag sammenlignet med de foregående rapporter. De tiltag vedrører ændringer over tid, regionernes opdeling i sundhedsklynger, data for beboere på plejehjem samt data for forudgående kontakt med specialiserede palliative enheder (SPE).

Dødssted

Cirka halvdelen af alle dødsfald skete 'hjemme' (egen bopæl eller plejehjem), hvilket ikke har ændret sig over tid. Andelen af dødsfald på hospital faldt fra 46 % til 40 % i perioden 2012-2020, samtidig med en tilsvarende stigning i andelen af dødsfald andre steder. De faldende andele af dødsfald på hospitalet kunne genfindes i alle fem regioner og blandt de ældste årgange, som udgør langt hovedparten af dødsfaldene. Den tilsvarende stigning i andelen, der døde andre steder, dækkede især over dødsfald, som skete på en kendt adresse, som ikke var afdødes bopælsadresse. De data, som rapporten bygger på, giver ikke mulighed for at undersøge nærmere, hvad kendt adresse dækker, for eksempel om de repræsenterer særlige institutioner eller hvilke andre forklaringer, der kan knytte sig til de registrerede stigninger.

Fordelingen mellem 'hjemme' og hospital som dødssted varierede regionerne imellem. I de tre vestlige regioner lå andelen af dødsfald 'hjemme' højere end andelen dødsfald på hospital. I de to østlige regioner fordelte dødssted sig nogenlunde ligeligt mellem 'hjemme' og hospital. Inden for de enkelte regioners sundhedsklynger, var fordelingerne nogenlunde ens.

Der er en meget tydelig relation mellem dødssted og alder. Dødsfald i de ældste aldersgrupper, som også udgjorde langt hovedparten af dødsfaldene, skete langt overvejende 'hjemme'. Faldende alder ved død hang sammen med stigende andele af dødsfald på hospital. For beboere på plejehjem, i perioden 2015-2020, viste det sig, at 80 % døde på plejehjemmet, mens 16% døde på hospitalet. Der var også her regionale forskelle i forhold til plejehjemsbeboeres fordeling af dødssted.

Præferencer, i forhold til hvor man ønsker at dø, varierer fra person til person, og de kan ændre sig over tid i et sygdomsforløb. I en rapport udarbejdet af Rådgivende Sociologer for Ældre Sagen i 2018 fremgik det, at 34 % gerne ville være i eget hjem på tidspunktet for død, 11 % ville gerne dø på hospice og kun 2% på hospitalet, mens 33% ikke havde taget stilling (23). Det var især blandt de ældre aldersgrupper, at flest ønskede at dø hjemme eller på hospice. Baseret på resultaterne fra rapporten her, kan det se ud til, at ønsket om at dø hjemme blandt de ældre aldersgrupper blev opfyldt for mange.

Dødssted i relation til dødsårsager

Kendskab til relationer mellem dødssted og dødsårsager er af betydning både for planlægning af kapacitet og kompetencer i forhold til de fagprofessionelle, som skal varetage behandling, pleje og omsorg forud for og i forbindelse med dødsfald. Kræft var samlet set den hyppigste

dødsårsag (31 %) i Danmark, hvoraf 40 % døde 'hjemme' og ca. 50 % døde på hospital. Fordelt på de enkelte dødsårsager var kræft derfor også den antalsmæssigt hyppigst forekommende dødsårsag 'hjemme' (1/4 af dødsfald 'hjemme'), på hospital (1/3 af dødsfald på hospital) og andre steder (1/3 blandt dødsfald andre steder). Blandt de ældste bemærkes, at det især var sygdomme i respirationsvejene, som førte til død på hospitalet. Dødsfald på grund af psykiatriske eller neurologiske lidelser skete langt overvejende 'hjemme', og de udgjorde kun en lille andel af de dødsfald, som skete på hospitalet. Blandt disse lidelser udgjorde demens henholdsvis 78 % og 51 % af de to kategoriers dødsårsager.

Blandt beboere på plejehjem udgjorde psykiske lidelser, hjertesygdomme, neurologiske lidelser og respirationsvejssygdomme de hyppigste dødsårsager. Her var kræft kun årsag til 11 % af dødsfaldene.

Forskellene i regionernes fordeling af død 'hjemme' og på hospital, så ikke ud til at kunne forklares på baggrund af forskelle i den overordnede fordeling af dødsårsager, da den var ens i de fem regioner. De regionale forskelle i dødssted og dødsårsager, som især synes at stå frem, vedrørte kræft, respirationsvejssygdomme og hjertesygdomme. I de østlige regioner var andelen af hospitalsdødsfald højere end i de vestlige, når det drejede sig om kræft, respirationsvejssygdomme og karsygdomme som dødsårsag. For hjertesygdomme som dødsårsag var andelen af dødsfald hjemme mindre i de østlige regioner sammenlignet med de vestlige.

På hospitalet vil det variere fra afdeling til afdeling, hvor ofte man varetager terminal behandling og pleje, og hvilke rutiner og kompetencer, der er brug for at oppebære (24). Det kan understrege et behov for at kunne søge rådgivning hos de fagprofessionelle i de specialiserede palliative enheder.

Samlet set giver rapporten endvidere et billede af, hvilke typer af tilgrundliggende sygdomme og dødsfald relateret hertil, som henholdsvis sygehuse og primær sektor skal være forberedt på at kunne håndtere.

Plejhjem

Dødsfald er hyppige blandt beboere på plejhjem. En opgørelse fra 2010 viste, at den gennemsnitlige levetid for beboere på plejhjem var 30 måneder. Cirka 30 % var døde indenfor det første år efter indflytning, mens ca. halvdelen af de indflyttede levede længere end 2 år (25).

Der har ikke tidligere været populationsbaseret viden om fordelingen af dødssted og dødsårsager blandt beboere på plejhjem. Rapporten her viser, at langt de fleste beboere på plejhjem også døde på plejhjemmet. Tendenserne i forhold til regionale forskelle i fordelingen af dødssted blev genfundet i rapportens resultater for dødsfald blandt plejhjemsbeboere, hvor andelen af dødsfald på hospital var lidt mindre i de vestlige regioner end i de østlige. Blandt de plejhjemsbeboere, som døde på hospital, var den hyppigste dødsårsag lidelser i respirationsvejene. Selve fordelingen af dødsårsager blandt plejhjemsbeboere er anderledes end blandt hele befolkningen.

Forhold omkring dødssted og dødsårsager kan have en betydning for hvilke kompetencer, som bør vægtes blandt fagpersoner, som er tilknyttet plejehjemmene (26). For eksempel betydningen af kendskab til og brug af 'advance care planning' (ACP) eller tilknytning af en fast plejehjemslæge. En evaluering af faste plejehjemslæger fra 2014 viste en reduktion i indlæggelser og genindlæggelser ved tilknytning af fast plejehjemslæge (27). En ordning, som siden er blevet langt mere udbredt.

Palliation forud for død

Organiseringen af den palliative indsats i Danmark betyder, at rapportens resultater udelukkende relaterer sig til forudgående kontakter med de enheder (SPE), der varetager den specialiserede palliative indsats i perioden 2015-2017. Resultaterne viser, at 5 % af alle dødsfald skete på hospice, hvilket stemmer overens med Sundhedsdatastyrelsens seneste tal. Rapportens resultater for andele af dødsfald på hospital i de af rapportens afsnit, som ikke vedrører SPE, rummer også de dødsfald, som skete på hospice. Det betyder at cirka 5 % skal fratrækkes de overordnede andele af dødsfald på hospital, som vises i de pågældende afsnit i rapporten. Set på den baggrund var det således ikke 42 % men 37 %, der døde på hospital i perioden 2015-2017.

Cirka 1/3 af de, som havde seneste kontakt med hospice inden død, døde ikke på hospice. Rapporten viser at blandt dødsfald, hvor seneste kontakt med SPE inden død var et hospice, så døde 68 % på hospice, mens 15 % døde 'hjemme', 2 % døde på en hospitalsafdeling og 15% døde andre steder.

Fordelingen af dødssted blandt dødsfald med forudgående kontakt med et palliativt team viste, at 48 % døde 'hjemme' i perioden 2015-2017. Det kan overraske, at den andel er mindre end blandt dødsfald uden forudgående kontakt med SPE, hvor 53 % døde 'hjemme'. Her kan forskelle i fordelinger af for eksempel alder og dødsårsager have stor betydning for resultaterne. Rapportens resultater er udelukkende beskrivende, og eventuelle forklaringer kræver flere analyser, som for eksempel undersøgelse af associationer mellem dødssted og forskellige forklarende faktorer.

Rapportens kortlægning af relationer mellem dødssted og dødsårsager bidrager med viden om den population, som er målgruppen for palliation både på basalt og på specialiseret niveau. Da dødsfald i Danmark hovedsagligt er forårsaget af livstruende og kroniske, fremadskridende sygdomme, er det rimeligt at antage, at de fleste forud for deres død vil have haft behov for palliative indsatser, for at lindre fysiske, psykiske, sociale og/eller eksistentielle/åndelige lidelser (3).

Det er vanskeligt at kvantitere behovet for palliation på nationalt niveau, da der ikke foregår en systematisk og struktureret dokumentation af palliative indsatser på basalt niveau.

Sundhedsstyrelsen (SST) har i flere omgange udarbejdet anbefalinger for den palliative indsats, senest i 2017 (4). SST skriver, at palliativ indsats bør tilrettelægges og varetages på det laveste effektive omsorgs- og behandlingsniveau tilsvarende andre indsatser. Overblik over fordelingen af dødssted og dødsårsager i Danmark er anvendelig ud fra den antagelse, at palliative indsatser i tiden forud for død er relevante at iværksætte, de steder hvor folk dør.

SST anbefaler, at regioner, kommuner og almen praksis udarbejder fælles målsætninger for det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde om palliation, i regi af sundhedsaftaler og praksisplaner. Siden anbefalingerne blev offentliggjort, er der dannet en ny struktur i form af sundhedsklynger (5). I den forbindelse kan resultaterne i rapporten være anvendelige som bidrag til planlægning i forhold til de beskrevne aftaler. Her kan det nævnes, at et studie af andele af dødsfald på hospital, opgjort i 30 europæiske lande, viste, at færre dødsfald på hospital var associeret med gode muligheder for palliation og offentlig finansiering af langtidspleje (6).

Datakvalitet

Kvaliteten og validiteten af de data, som skrives ind i dødsattesten, afhænger overvejende af de oplysninger, som lægerne skriver i dødsattesterne (28), men også af de valideringsprocedurer, som Sundhedsdatastyrelsen foretager (29). Validiteten af dødsattesterne, som videreformidles i DAR, er ikke vel belyst. Kompletheden af DAR vurderes høj, men validiteten varierer og afhænger af alder ved død (mindst valid blandt de ældste). Dødsårsagerne har for eksempel høj validitet for kræftdiagnoser, men lav validitet for KOL (30). I forhold til dødsårsager, anvender rapporten den tilgrundliggende dødsårsag, som er anført i DAR, og statistikkerne rummer ikke viden om komorbiditet.

Der foreligger få studier af validiteten af data i DAR. De relaterer sig alle til enkelte diagnoser, dødsårsager eller særskilte patientgrupper frem for at relatere sig til hele populationen. I et internationalt studie fra 2011, havde Danmark et såkaldt *vital statistics index (VS)* på 87,8, svarende til en 33. plads i rækken af 148 undersøgte lande i forhold til datas rigtighed (accuracy), når det vedrørte mortalitet og dødsårsager. Indexet var udviklet på baggrund af 6 faktorer; "... *quality of cause of death reporting, quality of age and sex reporting, internal consistency, completeness of death reporting, level of cause-specific detail, and data availability/timeliness*" (31).

Som forklaret i metodeafsnittet, er dødsattester uden påført dødssted (dødssted er 'missing' i DAR) håndteret som død 'hjemme' på baggrund af et forudgående analysearbejde. Tilfælde, hvor missing reelt ikke repræsenterer dødsfald sket på bopælsadressen, vil bidrage til at dødsfald hjemme bliver overestimeret. Da missing især var et problem i perioden for 2012-2014, skønnes det, at resultaterne for dødsfald 'hjemme' kun i ringe omfang vil være overestimerede.

For data, der angiver at personen er fundet død, og at det drejer sig om naturlig død, antages det, at døden er indtrådt på findestedet. Derfor skønnes det, at data for dødssted for dødsfald, hvor personen er 'fundet død', er valide.

Flere steder i rapporten afviger resultaterne for 2020 i forhold til de forventninger, der baserer sig på resultaterne fra de foregående år. Vi har en formodning om, at på tidspunktet for dataudtrækket, har data fra 2020 ikke været færdigvalideret i forhold til dødssted. Derfor omtales de overordnede tendenser i forhold til dødssted med disse afvigelser in mente.

Begrænsninger

Personer uden en bopælsadresse figurerer ikke i rapporten. Det er sandsynligt, at personer med eller uden en bopælsadresse har anderledes fordelinger af dødssted og dødsårsager. I lyset af at

antallet af hjemløse i Danmark ligger omkring 6500, og at de i gennemsnit står for 50-60 dødsfald pr. år (32), skønnes de manglende data ikke at påvirke rapportens resultater.

Af hensyn til overskueligheden, har rapporten overvejende fokus på de seks hyppigste dødsårsager, som samlet set udgør 80 % af alle naturlige dødsfald.

Rapportens resultater er udelukkende deskriptive. Sandsynlige sammenhænge mellem faktorer i forhold til dødssted og dødsårsager kræver mere dybdegående analyser.

Der er nogen usikkerhed forbundet med data vedrørende plejehjemskohorten. Ifølge Sundhedsdatastyrelsen kan der være plejehjem, som ikke er med på oversigten (18). Rapportens resultater tyder på, at plejehjemskohorten, som vi har anvendt i rapporten, mangler nogle plejehjem. Det formodes, at der ikke er systematiske forskelle mellem beboere på plejehjem registreret i kohorten og på ikke-registrerede plejehjem, så data antages at være repræsentative for beboere på plejehjem i forhold til dødssted og dødsårsager.

Konklusion

Rapporten giver konkrete, populationsbaserede oplysninger om dødssted og dødsårsager i Danmark. Oplysninger, som kan være med til at kvalificere viden om de faktorer, der har betydning for et velfungerende sundhedsvæsen i tiden frem mod død. Forhold, der relaterer sig til dødssted og dødsårsager, er væsentlige at kende, når behandling og pleje i tiden frem mod livets afslutning skal dimensioneres og organiseres, både i forhold til kapacitet og de sundhedsprofessionelles kompetencer. Derfor er rapporten målrettet en bred vifte af modtagere, som fx beslutningstagere, politikere, fagpersoner, forskere og andre i offentligheden, som beskæftiger sig med sygdomme og med sundhedsvæsenet.

Referenceliste

1. Sundhedsdatastyrelsen. Dokumentation for Dødsårsagsregisteret 2002-2011 (T_dodsaarsag_2) 2013 [cited 2024 31. marts]; Available from: <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/-/media/sds/filer/registre-og-services/nationale-sundhedsregistre/doedsaarsager-og-biologisk-materiale/doedaarsagsregisteret/dokumentation-doedsaarsagsregisteret-2002-2008.pdf?la=da>.
2. WHO. Noncommunicable diseases 2024 [cited 2024 May 07th]; Available from: https://www.who.int/health-topics/noncommunicable-diseases#tab=tab_1.
3. EAPC update. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. European Journal of Palliative Care. 2009;16(6).
4. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for den palliative indsats. 2017.
5. Regeringen, Danske Regioner, KL. Aftale om sammenhæng og nærhed (sundhedsklynger) sum.dk2021 [Available from: <https://sum.dk/Media/637589953597284286/Aftaletekst%20vedr.%20sundhedsklynger%20Opdf.pdf>].
6. Jiang J, May P. Proportion of deaths in hospital in European countries: trends and associations from panel data (2005-2017). Eur J Public Health. 2021;31(6):1176-83.
7. Kavalieratos D, Corbelli J, Zhang D, Dionne-Odom JN, Ernecoff NC, Hanmer J, et al. Association Between Palliative Care and Patient and Caregiver Outcomes: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA. 2016;316(20):2104-14.
8. Jarlbæk L. Dødssted og dødsårsager i Danmark 2007-2011. REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation; 2015.
9. Jarlbæk L, Vittrup R. Dødssted i Danmark i perioden 2004-2006. REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation; 2013.
10. Jarlbæk L. Dødssted i Danmark 2012-2014 – relateret til dødsårsager, alder, køn, regioner og kommuner. REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation; 2017.
11. Sundhedsdatastyrelsen. Dokumentation af registre [cited 2024 05. marts]; Available from: <https://www.esundhed.dk/Dokumentation/DocumentationExtended?id=17>.
12. Sundhedsdatastyrelsen. Indberetning af den elektroniske dødsattest. Sundhedsdatastyrelsen; 2023.
13. Sundhedsdatastyrelsen. Kodeark for Dødsårsagsregisteret esundhed.dk [cited 2024 17. maj]; Available from: https://www.esundhed.dk/-/media/Files/Dokumentation/Doedsaarsagsregisteret/17_Kodeark_DAR---pdf.ashx.


14. Sundhedsdatastyrelsen. Dødsfald fordelt på dødssteder, 2013-2022 2023 [Available from: https://sundhedsdatastyrelsen.dk/-/media/sds/filer/find-tal-og-analyser/doedsaarsager/doedsfald_2013_2022.xlsm].
15. Sundhedsdatastyrelsen. Principper og vejledning i registrering af dødsårsager og andre kliniske oplysninger i dødsattesten. Sundhedsdatastyrelsen.dk; 2016.
16. Vind AB, Jarlbæk L, Mikkelsen TB. Dødssted og dødsårsager blandt børn og unge i Danmark - i perioden 2012 til 2020. REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation; 2024.
17. Sundhedsdatastyrelsen. Ansøg om plejehjemsdata hos Forskerservice Sundhedsdatastyrelsen2021 [Available from: https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/forskerservice/om-forskerservice/nyheder_forskerservice/plejehjemsdata090921].
18. Sundhedsdatastyrelsen. Plejehjemsadresser og plejehjemsbeboere - Baseret på oplysninger fra Plejehjemsoversigten. Sundhedsdatastyrelsen - Dokumentation; 2020.
19. KL. Håndbog om sundhedsklynger. 2022.
20. Jarlbæk L. Kortlægning af den specialiserede palliative indsats i Danmark. REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation; 2021.
21. Sundhedsdatastyrelsen. Organisationsregistrering i sundhedsvæsenet Sundhedsdatastyrelsen2024 [Available from: <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/rammer-og-retningslinjer/organisationsregistrering>].
22. Jarlbæk L, Mikkelsen TB, Hansen RS, Vind AB. Appendiks. Dødssted og dødsårsager blandt voksne i Danmark – i perioden 2012-2020. REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation; 2024.
23. Rådgivende Sociologer for Ældresagen. Danskernes holdning til at tale om sin egen og sine næres sidste tid og død. 2018.
24. Jarlbæk L, Timm H, Gott M, Clark D. A population-based study of patients in Danish hospitals who are in their last year of life. Dan Med J. 2019;66(12).
25. Kommission om livskvalitet og selvbestemmelse i plejebolig og plejehjem. Livskvalitet og selvbestemmelse på plejehjem. 2012.
26. Raunkiaer M, Mikkelsen TB, Shabnam J, Christiansen SR, Jarlbæk L. Community-based palliative care in two primary care settings - nursing homes and home care: a national survey. Scand J Public Health. 2024:14034948241232461.
27. Weatherall CD, Lauritzen HH, Hansen AT, Termansen T. Evaluering af "Fast tilknyttede læger på plejecentre" - et pilotprojekt. 2014.

28. Helweg-Larsen K. The Danish Register of Causes of Death. Scand J Public Health. 2011;39(7 Suppl):26-9.
29. Sundhedsdatastyrelsen. Det er nu muligt få adgang til midlertidige dødsårsager 2021 [Available from: https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/forskerservice/om-forskerservice/nyheder_forskerservice/adgang_doedsaarsager270421].
30. Laugesen K, Ludvigsson JF, Schmidt M, Gissler M, Valdimarsdottir UA, Lunde A, et al. Nordic Health Registry-Based Research: A Review of Health Care Systems and Key Registries. Clin Epidemiol. 2021;13:533-54.
31. Phillips DE, Lozano R, Naghavi M, Atkinson C, Gonzalez-Medina D, Mikkelsen L, et al. A composite metric for assessing data on mortality and causes of death: the vital statistics performance index. Popul Health Metr. 2014;12:14.
32. Pedersen PV, Christoffersen NB, Møller SR, Davidsen M. Dødelighed og brug af sundhedsvæsenet blandt socialt udsatte mennesker i Danmark. Registeropfølgning 2007-2021. Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2023.

REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation
Vestergade 17
5800 Nyborg
21 81 10 11
rehpa@rsyd.dk
www.rehpa.dk

Tilmeld dig REHPAs nyhedsbrev

 facebook.com/rehpa.dk

 linkedin.com/company/rehpa

SDU 


Region
Syddanmark