

CHAPTER IV

Mortality and causes of death

Dødelighed og dødsårsager

Extra Materials

[European short list for causes of death](#)

[Data from the European short list for causes of death](#)

EUROSTAT:

www.eurostat.eu

Supplerende Materiale

[Den forkortede europæiske dødsårsagsliste](#)

[Data fra den europæiske forkortede dødsårsagsliste](#)

The International Classification of Diseases (ICD)

The main use of the International Classification of Diseases (ICD), developed by the World Health Organization (WHO), is as an instrument for statistical description of morbidity and mortality. The ICD is a system that groups diseases and causes of death in a meaningful way, in order to provide statistical overviews and analyses, such as comparisons between countries over a period of time. The history of the ICD goes back more than a hundred years, and the classification has been revised approximately every ten years in order to reflect developments within medicine. The most recent revision, the tenth (ICD-10), was adopted by WHO in 1990 but was implemented in most countries several years later. The Nordic countries began to use ICD-10 for registration of mortality in the following years: Denmark in 1994, Finland, Iceland and Norway in 1996 and Sweden in 1997. ICD-10 is continually revised, through WHO's revision procedures, and a revised version of ICD-10 was published in 2004.

Revisions of the classification make statistical comparisons of countries over time difficult, when different versions of ICD are used at the same time. It is therefore important to have an understanding of the possible sources of error that a change in classification introduces in the morbidity and mortality statistics, and how to handle these problems. The most recent revision has above all meant an increase in the level of detail in ICD. Many new diagnoses have been added as a result of developments in medicine. Also, certain

Den internationale sygdomsklassifikation (ICD)

Den internationale sygdomsklassifikation (ICD), som udarbejdes af Verdenssundhedsorganisationen (WHO), har som sin vigtigste anvendelse at være instrument for statistiske beskrivelser af sygelighed og dødelighed. Det er et system som på meningsfuld måde grupperer sygdomme og dødsårsager, så der kan gives overskuelige statistiske opstillinger og analyser, som for eksempel sammenligninger mellem forskellige lande over en tidsperiode. ICD's historie er over 100 år, og klassifikationen er blevet revideret ca. hvert tiende år for at den kan afspejle den medicinske udvikling. Den seneste, tiende revision (ICD-10) blev godkendt af WHO i 1990, men blev først taget i brug i de fleste lande adskillige år senere. I de nordiske lande blev ICD-10 taget i brug til dødsårsagsregistrering i 1994 i Danmark, i Finland, Island og Norge i 1996, og i Sverige i 1997. Der foretages en fortløbende revision af ICD-10, via WHO's opdateringsprocedurer, og en revideret version af ICD-10 blev udgivet i 2004.

Revision af klassifikationen vanskeliggør statistiske sammenligninger over tid mellem lande, når de på samme tid anvender forskellige versioner af ICD. Det er derfor vigtigt at forsøge at forstå hvilke fejlkilder et klassifikationsskifte kan medføre for analysen af morbiditets- og mortalitetsstatistikken samt hvorledes problemet kan håndteres. Det seneste klassifikationsskifte har frem for alt medført en større detaljeringsgrad i ICD. Der er medtaget et stort antal nye diagnoser som følge af den medicinske udvikling. Samtidig er enkelte

diseases or groups of diseases have been transferred to other chapters in order to reflect new medical knowledge.

Sources of error

Statistical analyses are carried out on aggregated data, for example at the level of the chapter. There are 21 chapters in ICD-10. The basic structure of ICD has generally remained the same through the revisions and most chapters have the same name. However, it is important to realize that even if the name of a chapter is the same in ICD-10 as in ICD-9 differences in content may exist due to the transfer of diagnostic codes from one chapter to another. For example, HIV and AIDS were originally placed among diseases of the immune system in ICD-9 but were moved to the chapter for infectious diseases in ICD-10. Another example is the transfer of transitory ischemic attacks from the chapter for circulatory diseases in ICD-9 to the chapter for nervous system diseases in ICD-10. Certain symptoms have also been moved from the chapter for symptoms to the system chapters.

Another potential source of error is that certain rules and guidelines for the use of ICD have been changed in connection with the new revision. With reference to mortality statistics, certain rules for the selection of underlying cause of death have been altered, which may, for example, affect the frequency of pneumonia as a cause of death. Beside changes in the international rules, national rules for applying the classification may also be modified in connection with a classification change, which will affect both comparisons over time within a country and comparisons between coun-

sygdomme og sygdomsgrupperinger flyttet til andre kapitler for at det bedre kan afspejle det medicinske vidensniveau.

Fejlkilder

Statistiske analyser foretages på et aggregeret niveau. Dette niveau kan være kapitelinndelingen i ICD-10, som i alt består af 21 kapitler. Grundstrukturen i ICD er dog i det store og hele blevet bevaret uforandret igennem de forskellige revisioner og de fleste kapitler har beholdt det samme navn. Det er imidlertid vigtigt at indse, at selvom et kapitel hedder det samme i ICD-10 som i ICD-9, kan der findes forskelle ved at diagnoser er flyttet fra et kapitel til et andet. Et eksempel i nogle lande er HIV og AIDS som præliminært blev placeret blandt immunsygdommene i ICD-9 men blev placeret under infektionssygdomme i ICD-10. Et andet eksempel er flytningen af cerebral transitorisk iskæmi fra cirkulationssystemets sygdomme i ICD-9 til nervesystemets sygdomme i ICD-10. Visse symptomer er også blevet flyttet mellem symptomkapitlet og de såkaldte organkapitler.

En anden fejlkilde er at visse regler og anvisninger for brugen af ICD er ændret i forbindelse med klassifikationsskiftet. Indenfor dødsårsagsstatistikken er for eksempel visse regler for valg af den underliggende dødsårsag blevet ændret, hvilket for eksempel kan påvirke frekvensen af pneumoni som dødsårsag. Ved siden af de internationale regelændringer kan de nationale tilpasninger ændres i forbindelse med et klassifikationsskifte, hvilket både påvirker sammenligningerne over tid i det samme land og sammenligninger mellem

tries.

It is commonly believed that a direct translation of codes in different versions of ICD can solve the problem of changes in classification. However, this is not so simple. A direct, unambiguous translation is possible only for about one third of the codes in ICD-9 and ICD-10. Instead, an attempt must be made to make the aggregated groups of codes used for statistical presentations as comparable as possible, so as to eliminate some of the effects of the changes in classification. The so-called short lists used in this publication for mortality statistics have been defined both according to ICD-9 and ICD-10 with comparability in mind.

Change in Classification

However, one must always be aware of the fact that an observed difference over time or between countries may be the result of a change in classification or other methodological issues. One way of quantifying the effect of a classification change is so-called bridge coding. In such studies the same material, such as death certificates or hospital records, is coded twice independently, first according to the previous classification and then according to the new classification. The differences observed when comparing the two sets of statistics give an indication of how much a certain group of diseases (e.g. the ICD chapter for circulatory diseases) has increased or decreased as a result of the change in classification itself. This type of study demands a great deal of resources and only a few, limited bridge-coding studies have been carried out on the

flere lande.

Det er ikke usædvanligt at tro, at en automatisk oversættelse af koderne i forskellige ICD versioner kan løse problemerne ved et klassifikationsskifte. Dette er imidlertid ikke en nemt fremkommelig vej. Kun for en tredjedel af koderne i ICD-9 og ICD-10 er der en direkte og entydig oversættelse mellem koderne. I stedet for bør man stræbe efter, at de aggregerede grupper man anvender til statistiske sammenligninger konstrueres så det er muligt at eliminere nogle af de problemer, klassifikationsændringerne har skabt. De såkaldte kortlister som anvendes i denne publikation for mortalitet er defineret både i relation til ICD-9 og ICD-10 ud fra tanken om sammenlignelighed.

Klassifikationsskifte

Man må imidlertid altid være klar over at en observeret forskel over tid eller mellem lande kan være effekten af et klassifikationsskifte samt andre metodologiske problemstillinger. En måde hvorpå man kan kvantificere betydningen af et klassifikationsskifte er den såkaldte "bridge kodning". Dette indebærer at man koder samme materiale, så som dødsattester og sygehusjournaler, to gange, uafhængig af hinanden, først efter den tidligere klassifikation og derefter efter den nye. De forskelle som fremkommer når man siden hen sammenligner de statistiske grupperinger baseret på de to kodninger, giver en opfattelse af hvor meget en vis sygdomsgruppe (eksempelvis ICD-kapitlet om cirkulationsorganernes sygdomme) stiger eller falder som en direkte følge af klassifikationsskiftet. Denne type studier er dog ressourcekrævende og der er kun gennemført et fåtal begrænsede bridgekodningsstudier i forbindelse med overgangen fra

change from ICD-9 to ICD-10.

ICD-9 til ICD-10.

Coding practice

Differences in the national coding practices is another factor of importance to the comparability of causes of death between countries. What is shown in the statistics is the underlying cause of death. WHO has drawn up guidelines for the choice of the underlying cause of death, i.e. the disease or injury that initiated the chain of morbid events leading directly to death, or the circumstances of the accident or violence that produced the fatal injury. The problem in connection with comparability is that, in some cases where two or more causes of death have been recorded on the death certificate, the choice of the underlying cause of death will differ from country to country, since the rules can be interpreted differently.

Apart from the fact that the ICD rules governing mortality coding give room for interpretation, different national traditions for the choice of underlying cause of death may also develop. An example of this is the use of the diagnostic group "insufficiently defined conditions" (codes I469, I959, I99; J960, J969; P285.0; R000-R948; R96-99). The use of these codes as underlying causes of death is more widespread in Denmark than in the other Nordic countries, in situations where more specific causes of death are also recorded on the death certificate. (See Table 4.1.11.)

However, several other factors also influence comparability, such as the type of information the statistics producer has access to and the quality of that material

Kodningspraksis

Et andet forhold af stor betydning for sammenligneligheden af dødsårsagerne mellem flere lande, er den kodningspraksis, der er etableret i de enkelte lande. Det som vises i statistikken er den underliggende dødsårsag, hvor WHO har udarbejdet retningslinier for valget af den underliggende dødsårsag, hvilket vil sige den sygdom eller skade som starter rækken af sygelige tilstande der leder direkte til døden, eller ydre omstændigheder ved en ulykke eller voldshandling som var årsag til den dødelige skade. Det problematiske for sammenligneligheden er, at i nogle tilfælde, hvor der er opført to eller flere dødsårsager på dødsattesten, bliver valget af den underliggende dødsårsag forskellig fra land til land, fordi reglerne giver mulighed for forskellig fortolkning.

Udover at ICD's regler for mortalitetskodning giver plads for fortolkning kan der også være tale om udvikling af nationale traditioner for valget af den underliggende dødsårsag. Som eksempel kan nævnes brugen af diagnosegruppen "mangelfuldt definerede tilstande" (koderne I469, I959, I99; J960, J969; P285.0; R000-R948; R96-99). Anvendelsen af disse koder som underliggende dødsårsag er mere udbredt i Danmark end i de andre nordiske lande i situationer hvor der også er oplyst mere specifikke dødsårsager på dødsattesten. (Jfr. tabel 4.1.11.)

Men der er også flere andre forhold der påvirker sammenligneligheden, blandt andet hvilken type af information statistikproducenten har tilgang til, herunder

(death certificates, etc.).

In order to support the choice of the underlying cause of death, the American programme, ACME (Automated Classification of Medical Entities) has been developed. This system is used in Sweden and the other Nordic countries are in the process of taking ACME into use. Denmark has used data from 2002, Iceland has used ACME for a few years to check manual coding, and Norway and Finland have used ACME with data for 2005. Otherwise, computer-aided coding has been used. Automatic coding does not necessarily result in a more correct picture of the pattern of causes of death than does manual coding, but it does give more consistency in the coding and thus contributes to better comparability between more countries.

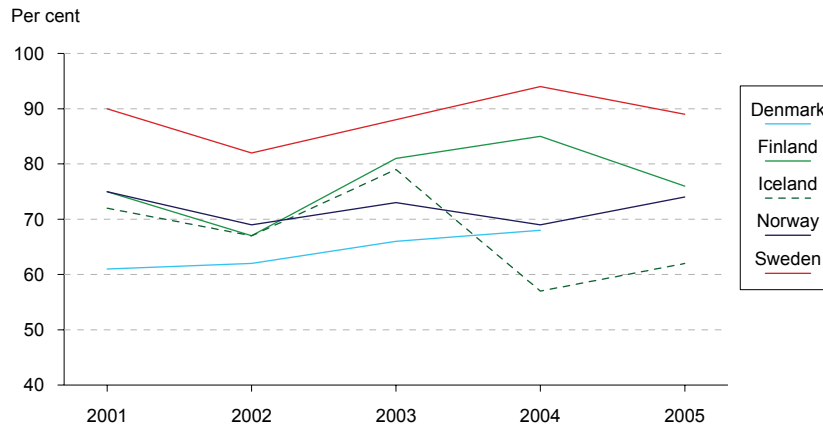
Since 2001, the Nordic Classification Centre has carried out annual comparisons of how the countries classify a sample of causes of death. The sample is relatively small (200-250 death certificates per year), but the results still give an indication of how comparable the statistics are (see Figure 4.1). When making comparisons, the ACME classification system is used as the standard.

kvaliteten på dette materiale (dødsattester og andre oplysninger).

For at støtte valget af den underliggende dødsårsag, er der udviklet et amerikansk program ACME (Automated Classification of Medical Entities). Blandt de nordiske lande anvendes systemet af Sverige mens de andre nordiske lande er på vej til at anvende ACME, Danmark med data fra 2002, Island har anvendt ACME til kontrol med manuel kodning i nogle år og Norge og Finland har anvendt ACME med data fra 2005. Indtil da anvendes edb-støttet kodning. Automatisk kodning giver ikke nødvendigvis et mere korrekt billede af dødsårsagsmønsteret end manuel kodning. Derimod vil automatisk kodning give en bedre stabilitet i kodningen og dermed bidrage til en bedre sammenlignelighed mellem flere lande.

Siden 2001 har det nordiske klassifikationscenter foretaget årlige sammenligninger af hvorledes landene klassificerer et udvalg af dødsårsager. Udvalget er relativt lille (200-250 dødsattester per år) men resultatet giver dog et fingerpeg af hvorledes sammenligningen er (jfr. Nedenstående figur). Ved sammenligningen er det den klassificering som ACME systemet giver, der anvendes som standard.

Figure 4.1 National coding compared to ACME 2001–2005
National kodning sammenlignet med ACME 2001–2005



Cultural differences in the reporting of certain conditions may also influence comparability. For example, if doctors in one country are far more reluctant to register suicide on the death certificate than are doctors in other countries, this can make comparisons difficult. However, in several of the Nordic countries, there are routines for contacting the doctor or the hospital in cases where the external cause of an injury is unclear. Such quality-control practices help to compensate for lack of information on the death certificate.

Kulturelle forskelle i rapporteringen af bestemte tilstande kan også påvirke sammenligneligheden. Hvis læger i et land er langt mere tilbageholdende med at anvende for eksempel selvmord på dødsattesten, end læger i andre lande, kan det vanskeliggøre sammenligneligheden. I flere af de nordiske lande findes der imidlertid rutiner for at kontakte lægen eller sygehuset i de tilfælde hvor de ydre årsager til skaden er uklare. Sådanne kvalitetssikringsrutiner er med til at kompensere for de manglende informationer på dødsattesten.

Autopsy rate

Another factor influencing the quality of the statistics on causes of death is the decreasing autopsy rate (in 2003 9 per cent in Norway as the lowest and 31 per cent in Finland as the highest). The autopsy rate has been more than halved in the Nordic countries over the last few decades. Studies have shown that in about 30 per cent of cases, the result of the autopsy has caused the underlying cause of death to be altered.

Obduktioner

En yderligere faktor der spiller ind på dødsårsagsstatistikens kvalitet er de faldende rater for obduktion (i 2003 9 pct. i Norge som det laveste og 31 pct. i Finland som det højeste). Anvendelsen af obduktion ved dødsfald er mere end halveret i de nordiske lande over de seneste årtier. Studier har vist, at i ca. 30 pct. af tilfældene med obduktion, har obduktionen medført at den underliggende dødsårsag er blevet ændret.

The reliability of the statistics Statistikkens pålidelighed

Considering the reservations in relation to the comparability of causes of death over time and between countries, the data presented here should be interpreted with caution. This is especially the case for small diagnostic groups in the European short list that is used in the present publication. The picture is more stable for the large groups, such as cardiovascular diseases and cancer. This also applies to alcohol and drug-related deaths, for which it is well known pattern is heterogeneous. The dramatic fall in the number of deaths from AIDS is related to new, life-prolonging medication. However, there has been a slight increase in the number of new cases in all the Nordic countries. The high incidence of cancer as an underlying cause of death in Denmark, is also partly the result of coding practice.

Falls are recoded much more often in Denmark than in Sweden. This makes comparison of death statistics for accidents unreliable. The incidence of accidents in total is highest in Finland.

For insufficiently defined conditions, the Faroe Islands, Finland, Åland and Iceland are atypical compared to the other Nordic countries, because there are only a few cases of insufficiently defined conditions.

Det er klart, at med de forbehold der er taget her over for sammenligneligheden af dødsårsagerne over tid og mellem landene, må de præsenterede data fortolkes med forsigtighed. Det vil især dreje sig om mindre diagnosegrupper i den europæiske forkortede liste, der anvendes i denne publikation. Når det drejer sig om de helt store grupper, hjerte-karsygdomme for sig og cancer for sig, tegner der sig dog et noget mere stabilt billede. Tilsvarende gælder også de alkohol og narkotikarelaterede dødsårsager hvor der er et velkendt uensartet mønster. For dødsfald ad AIDS skyldes de dramatiske fald ny livsforlængende medicin, hvor der til gengæld er en svag stigning af nye tilfælde i alle de nordiske lande. De større forekomster af cancer som underliggende dødsårsag i Danmark skyldes dog også til en vis grad kodningspraksis.

En anden forekomst er faldulykker der i langt højere grad kodes i Danmark end i Sverige og derfor er med til at gøre sammenligningen dødsårsagsstatistikken vedrørende ulykker ringe. Når det gælder alle ulykker er forekomsten størst i Finland.

For de mangelfuldt definerede tilstande er det især Færøerne, Finland, Åland og Island der adskiller sig fra de øvrige nordiske lande, fordi der kun er få tilfælde af mangelfulgt definerede tilstande.

Table 4.1.1 Deaths by sex and age per 100 000 inhabitants 1995–2004
Døde efter køn og alder pr. 100 000 indbyggere 1995–2004

Age	Alder	Total		Under 1 year ¹⁾		1–14 years		15–24 years		25–64 years		65+ years	
		I alt		Under 1 år ¹⁾		1–14 år		15–24 år		25–64 år		65+ år	
Sex	Køn	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W
<i>Denmark</i>													
1995		1 212	1 203	557	452	25	17	79	33	506	338	7 114	5 724
2000		1 069	1 099	607	456	17	12	79	30	444	294	6 368	5 455
2003		1 056	1 081	499	386	18	13	61	23	454	279	6 143	5 423
2004		1 030	1 038	459	410	17	14	62	27	451	276	5 934	5 177
<i>Faroe Islands</i>													
1995		960	704	608	312	40	-	61	37	428	181	6 107	3 873
2000		772	769	275	-	-	39	60	35	328	208	5 054	4 203
2003		843	854	273	-	-	-	115	33	383	225	5 392	4 905
2004		750	825	-	882	-	-	29	-	310	170	5 029	4 855
<i>Greenland</i>													
1995		942	795	1 805	3 610	111	100	493	240	814	430	9 746	8 188
2000		853	772	2 138	1 659	110	14	446	169	720	529	7 547	7 552
2003		776	669	..	..	74	58	489	232	578	423	7 157	6 410
<i>Finland</i>													
1995		977	955	431	355	21	16	93	26	530	218	6 263	4 752
2000		952	954	424	324	14	14	96	34	504	222	5 545	4 606
2003		939	941	324	300	20	9	84	30	494	210	5 178	4 477
2004		934	894	408	256	20	17	88	35	507	225	4 948	4 123
<i>Åland</i>													
1995		929	1 125	649	1 242	88	-	64	-	415	196	5 012	5 299
2000		852	1 063	-	885	-	-	137	-	457	202	4 255	5 035
2003		997	1 041	1 550	-	43	46	-	-	293	70	5 676	5 288
2004		1 021	984	649	-	44	92	130	-	486	194	5 021	4 609
<i>Iceland</i>													
1995		733	705	717	488	38	47	85	29	298	203	5 493	4 702
2000		644	653	456	141	13	10	120	43	272	187	4 591	4 317
2003		623	640	285	196	15	10	41	28	222	156	4 680	4 293
2004		656	590	276	292	6	20	82	19	244	160	4 850	3 871
<i>Norway</i>													
1995		1 068	1 006	491	314	22	16	86	30	361	200	6 393	4 858
2000		974	985	427	329	18	15	93	33	339	201	6 052	4 965
2003		909	952	370	307	18	15	77	31	318	195	5 760	4 935
2004		880	917	343	313	15	16	81	32	314	195	5 530	4 747
<i>Sweden</i>													
1995		1 091	1 038	470	357	15	11	52	26	347	208	5 942	4 631
2000		1 041	1 065	399	281	15	12	59	24	305	200	5 829	4 854
2003		1 022	1 053	360	258	16	11	50	27	300	192	5 516	4 749
2004		988	1 029	286	272	12	12	27	13	297	192	5 466	4 747

1 Per 100 000 live births.

1 Pr. 100 000 levendefødte.

Source: The national central statistical bureaus.
Kilde: De nationale centrale statistikbureauer.

MORTALITY AND CAUSES OF DEATH

Table 4.1.2 Death rates from malignant neoplasms per 100 000 by age 1996-2004
 Dødeligheden af ondartede svulster pr. 100 000 efter alder 1996-2004

		Denmark ¹⁾	Faroe Islands ²⁾	Greenland	Finland	Åland	Iceland ³⁾	Norway ³⁾	Sweden
<i>Men</i> Mænd									
<i>Age</i> Alder									
0-14	1996-00	4	-	3	3	-	4	3	3
	2000	3	-	-	2	-	3	3	3
	2004	4	4	..	3	0	3	3	3
15-34	1996-00	9	6	9	7	6	8	7	7
	2000	9	-	11	6	32	7	7	8
	2004	5	9	..	4	19	5	8	6
35-44	1996-00	34	-	47	26	44	31	29	23
	2000	33	-	51	22	-	38	32	20
	2004	28	12	..	23	0	23	23	21
45-54	1996-00	148	39	136	107	170	100	120	97
	2000	145	32	230	105	196	102	127	91
	2004	139	78	..	89	103	78	94	81
55-64	1996-00	471	303	801	348	371	362	365	305
	2000	462	214	985	320	471	227	348	294
	2004	435	370	..	313	347	237	334	281
65-74	1996-00	1 216	903	1 525	953	1 001	970	1 007	861
	2000	1 189	312	1 525	902	204	900	953	826
	2004	1 173	1 017	..	810	910	774	938	839
75+	1996-00	2 405	2 258	3 942	2 062	2 081	2 216	2 215	1 947
	2000	2 440	1 043	3 113	1 947	1 830	1 888	2 142	1 935
	2004	2 467	2.139	..	1 906	2 424	1 776	2 204	2 015
<i>Women</i> Kvinder									
<i>Age</i> Alder									
0-14	1996-00	3	-	5	3	-	4	3	3
	2000	2	-	-	2	-	3	4	3
	2004	5	-	..	3	9	-	3	2
15-34	1996-00	9	11	12	6	6	9	7	7
	2000	9	-	13	7	-	2	6	9
	2004	6	11	..	5	0	5	7	7
35-44	1996-00	48	14	113	34	75	30	45	24
	2000	41	-	104	36	-	19	39	21
	2004	46	20	..	29	21	37	37	34
45-54	1996-00	175	113	312	108	184	124	141	99
	2000	164	36	109	106	340	113	126	94
	2004	162	97	..	93	147	92	112	108
55-64	1996-00	440	306	811	235	275	350	325	303
	2000	425	297	542	237	150	396	319	296
	2004	422	344	..	224	171	344	304	274
65-74	1996-00	895	698	1 355	511	531	727	605	743
	2000	905	589	1 427	505	557	775	600	719
	2004	886	611	..	472	405	754	593	596
75+	1996-00	1 433	997	2 302	1 071	1 198	1 348	1 149	1 211
	2000	1 460	685	2 600	1 077	1 362	1 285	1 184	1 210
	2004	1 496	1 081	..	1 015	994	1 236	1 198	1 095

1 2004=2001.

2 2004=1997-2001.

3 2004=2003.

1 2004=2001.

2 2004=1997-2001.

3 2004=2003.

ICD-9: 140-208 and ICD-10: C00-C97

Source- The national registers for causes of death

Kilde: De nationale dødsårsagsregistre

Table 4.1.3 Death rates from circulatory diseases per 100 000 by age 1996–2004
 Dødeligheden af kredsløbssygdomme pr. 100 000 efter alder 1996–2004

		Denmark ¹⁾	Faroe Islands ²⁾	Greenland	Finland	Åland	Iceland ³⁾	Norway ³⁾	Sweden
Men	Mænd								
Age	Alder								
0-34	1996-00	3	-	13	4	7	2	3	3
	2000	3	-	6	5	-	3	3	3
	2004	2	-	..	3	-	-	3	2
35-44	1996-00	22	6	50	50	11	23	27	25
	2000	23	-	51	44	-	38	25	21
	2004	25	12	..	42	22	9	21	23
45-54	1996-00	76	104	168	181	170	80	112	105
	2000	95	96	179	184	98	113	93	104
	2004	103	110	..	159	164	78	77	83
55-64	1996-00	274	367	491	529	445	329	343	341
	2000	326	299	473	481	538	209	282	303
	2004	334	370	..	422	252	252	226	270
65-74	1996-00	981	1 405	1 875	1 538	1 105	1 007	1 247	1 224
	2000	1 095	1 059	1 049	1 378	509	877	1 065	1 101
	2004	1 115	1 355	..	1 132	771	751	873	938
75+	1996-00	5 456	4 875	5 570	5 051	4 674	4 572	4 928	5 102
	2000	4 467	2 609	5 058	4 766	3 791	3 963	4 681	4 851
	2004	4 557	4 599	..	3 994	4 000	4 011	4 137	4 623
Women	Kvinder								
Age	Alder								
0-34	1996-00	2	9	8	2	-	1	2	2
	2000	2	18	7	3	-	1	2	1
	2004	2	6	..	2	-	1	1	2
35-44	1996-00	20	7	41	16	11	8	10	11
	2000	14	33	42	17	-	10	11	11
	2004	15	7	..	16	-	19	9	8
45-54	1996-00	68	23	91	42	31	28	33	34
	2000	41	-	109	48	-	24	36	34
	2004	39	22	..	37	10	16	23	34
55-64	1996-00	225	74	274	132	97	136	107	117
	2000	131	198	271	129	75	198	102	112
	2004	120	94	..	112	79	72	77	97
65-74	1996-00	770	309	1 412	624	402	427	525	522
	2000	561	118	1 427	551	464	419	471	469
	2004	545	323	..	405	313	293	395	422
75+	1996-00	3 348	3 700	5 965	4 196	3 944	3 752	3 954	4 157
	2000	3 722	2 284	8 038	4 090	3 584	3 421	3 794	4 059
	2004	3 767	3 824	..	3 475	4 826	3 409	3 605	3 906

1 2004=2001.

2 2004=1997-2001.

3 2004=2003.

1 2004=2001.

2 2004=1997-2001

3 2004=2003.

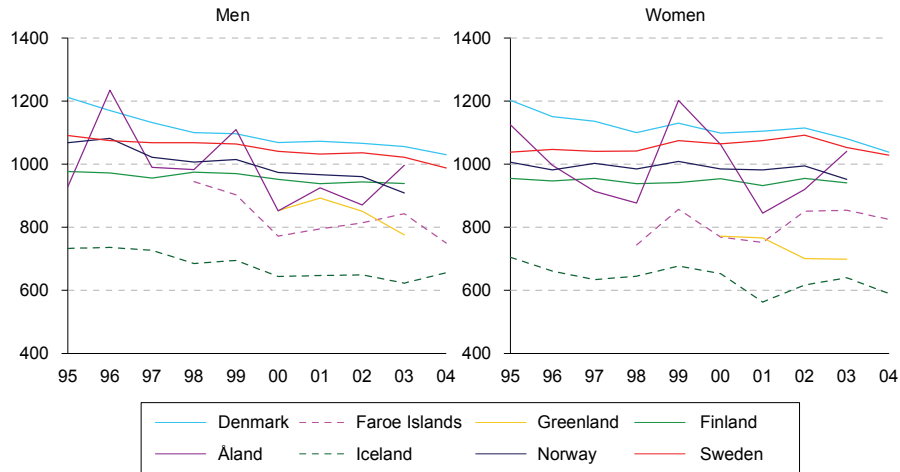
ICD-9: 390-459 and ICD-10: I00-I99

Source: *The national registers for causes of death*

Kilde: De nationale dødsårsagsregistre

MORTALITY AND CAUSES OF DEATH

Figure 4.1.2 Deaths per 100 000 inhabitants by sex 1995-2004
 Døde pr. 100 000 indbyggere efter køn 1995-2004



Source: Table 4.4.1
 Kilde: Tabel 4.4.1

Figure 4.1.3 Deaths from malignant neoplasms per 100 000 inhabitants by sex 1995-2004
 Døde som følge af ondartede svulster pr. 100 000 indbyggere efter køn 1995-2004

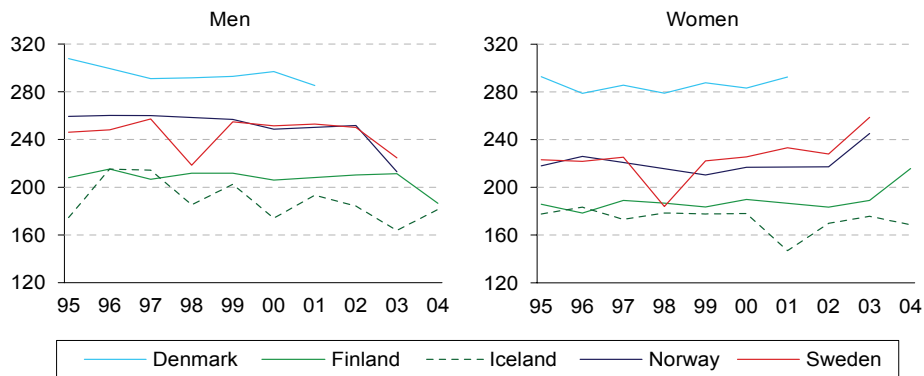


Figure 4.1.4 Deaths from circulatory diseases per 100 000 inhabitants by sex 1995-2004

Døde som følge af kredsløbsygdomme pr. 100 000 indbyggere efter køn 1995-2004

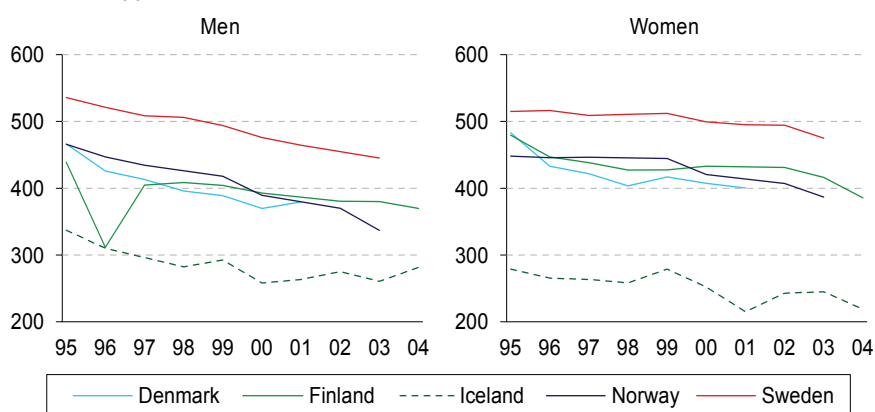


Table 4.1.4 Deaths from avoidable causes per 100 000 inhabitants
Undgåelige dødsfald pr. 100 000 indbyggere

ICD10 codes	Age	Alder	Description	Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
				2001	1997-01	2000	2004	2000-04	2003	2003	2003
C15	0-74		<i>Malignant neoplasm of the oesophagus</i> Kræft i spiserør	5.4	5.2	7.2	2.5	2.5	2.2	2.2	2.7
C32- C34	0-74		<i>Malignant neoplasm of the trachea, bronchus and lung</i> Kræft i luftrør, bronkie og lunge	45.4	25.7	57.6	23.3	19.2	25.6	29.0	24.2
C53	0-74		<i>Malignant neoplasm of cervix uteri¹⁾</i> Kræft i livmoderhalsen ¹⁾	3.8	7.0	11.6	1.2	0.0	3.0	3.2	1.9
E10- E14	0-74		<i>Diabetes mellitus</i> Sukkersyge	10.9	8.6	3.6	5.2	6.7	2.9	5.2	6.8
I60- I69	0-74		<i>Cerebrovascular diseases</i> Sygdom i hjernen	24.1	20.0	32.4	25.0	10.0	10.6	15.7	18.9
J40- J44	0-74		<i>Obstructive lung diseases</i> Rygerlunger	25.8	..	..	7.7	13.4	7.7	10.6	9.3
J45- J46	0-14		<i>Asthma</i> Astma	0.0	0.0	0.0	0.0	0.8	0.0	0.0	0.0
K70; K73- K74	0-74		<i>Chronic liver disease and cirrhosis</i> Kronisk leversygdom og skrumpelever	15.1	5.7	5.4	18.5	8.4	1.1	4.5	6.1

1 Per 100 000 women.

1 Pr. 100 000 kvinder.

Source: The national registers for causes of death

Kilde: De nationale dødsårsagsregistre

MORTALITY AND CAUSES OF DEATH

Table 4.1.5 Deaths from HIV/AIDS, in total and per 100 000 inhabitants 1996-2004
Dødsfald som følge af HIV/AIDS, i alt og pr. 100 000 indbyggere 1996-2004

	Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
<i>Number</i>								
<i>Antal</i>								
1996-00	63	0 ²⁾	4	12	-	1	25	39
2000	21	..	5	10	-	1	15	13
2003	34 ¹⁾	..	-	8	-	-	16	29
2004	..	..	..	8	-	-	..	..
<i>Per 100 000 inhabitants</i>								
<i>Pr. 100 000 indbyggere</i>								
1996-00	1.0	0.0 ²⁾	7.1	0.2	-	0.3	0.6	0.4
2000	0.4	..	8.9	0.2	-	0.4	0.3	0.1
2003	0.6 ¹⁾	..	-	0.2	-	-	0.3	0.3
2004	..	..	..	0.2	-	-	..	..

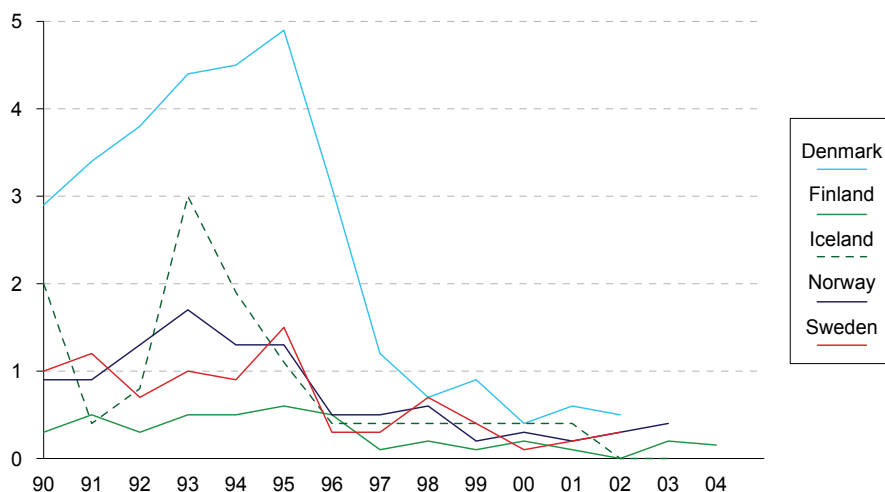
ICD-10: B20-B24

1 2001
2 1997-2001

1 2001
2 1997-2001

Sources: The national registers for causes of death
Kilder: De nationale dødsårsagsregistre

Figure 4.1.5 Deaths from HIV/AIDS per 100 000 inhabitants 1990-2004
Døde som følge af HIV/AIDS pr. 100 000 indbyggere 1990-2004



Sources: Table 4.1.5
Kilder: Tabel 4.1.5

Table 4.1.6 Deaths from suicide per 100 000 inhabitants by sex and age 1995-2004
Selvmord pr. 100 000 indbyggere efter køn og alder 1995-2004

	Men					Women				
	Total I alt	10-19	20-24	25-64	65+	Total I alt	10-19	20-24	25-64	65+
Denmark										
1995	27.7	5.3	16.7	29.1	48.9	12.7	0.7	3.3	12.5	24.6
1999	24.7	5.4	15.2	25.7	42.4	8.4	0.4	3.5	8.5	14.9
2000	23.3	4.4	16.0	23.8	41.8	8.3	2.5	1.2	8.2	15.0
2001	19.2	5.7	13.9	22.5	39.6	8.1	0.7	3.1	8.8	18.5
Faroe Islands¹⁾										
1996-00	5.2	11.3	-	6.8	-	2.8	-	-	5.9	-
1997-01	3.5	11.3	-	3.4	-	1.8	-	-	3.9	-
Greenland										
1996-00	171.6	199.4	427.1	146.8	68.1	53.7	41.7	47.5	47.4	34.0
2000-04	145.3	179.3	463.8	105.4	101.6	57.6	70.5	103.8	52.7	12.6
Finland										
1995	43.4	13.1	48.9	58.5	53.3	11.8	1.9	13.5	16.7	17.5
2000	34.6	10.5	41.8	46.6	36.8	11.0	4.1	9.4	15.5	17.5
2003	31.9	12.3	35.1	41.3	38.8	9.8	3.5	11.2	13.0	17.5
2004	31.7	10.0	47.7	39.1	42.3	9.4	4.1	11.7	12.7	8.3
Åland										
1996-00	30.4	12.8	26.9	37.8	47.1	12.3	-	-	14.7	24.4
2000-04	26.5	12.0	55.8	33.8	22.2	9.1	-	-	8.5	24.1
Iceland										
1995	16.4	9.3	18.9	24.3	14.8	3.7	-	-	4.7	12.1
1999	17.3	4.6	28.6	27.3	7.0	5.1	4.8	9.7	5.9	5.7
2000	29.8	22.9	73.4	38.1	13.6	5.7	-	9.4	8.6	5.6
2003	13.8	4.5	35.2	18.9	6.5	4.2	-	-	8.3	-
Norway										
1995	19.1	12.9	24.6	22.4	28.8	6.2	3.9	5.1	8.1	7.4
1999	19.5	10.1	36.4	23.4	25.6	6.8	6.4	5.8	8.6	7.5
2000	18.4	11.3	29.9	22.5	22.6	5.8	3.0	4.4	7.9	6.3
2003	16.6	9.0	25.8	20.9	18.8	5.6	3.9	6.7	7.3	5.4
Sweden										
1995	21.5	5.8	16.2	27.4	35.1	9.3	2.0	6.6	11.5	14.2
1999	19.7	5.9	18.3	23.5	35.0	8.0	2.5	7.4	10.3	10.3
2000	18.3	4.0	15.9	21.2	36.0	7.3	3.2	3.9	9.2	10.1
2003	17.5	3.7	14.8	21.5	29.8	7.4	2.5	9.0	9.2	9.2

1 The total covers both men and women.

1 Totalen dækker både mænd og kvinder.

Source: *The national registers for causes of death*
Kilde: De nationale dødsårsagsregistre
G: Chief Medical Officer

ICD-9: E950-E959 and ICD-10: X60-X84

MORTALITY AND CAUSES OF DEATH
Table 4.1.7 Deaths from accidents per 100 000 inhabitants by sex and age 1995-2004

Dødsfald som følge af ulykker pr. 100 000 indbyggere efter køn og alder 1995-2004

	Men						Women					
	Total I alt	0-14	15-24	25-64	65-79	80+	Total I alt	0-14	15-24	25-64	65-79	80+
Denmark												
1995	51.2	7.3	42.7	33.2	102.6	578.0	43.3	3.4	8.5	12.8	42.0	327.9
2000	45.3	6.3	37.7	30.2	80.2	544.7	43.6	2.9	10.3	11.3	64.2	525.9
2001	42.9	4.9	32.2	32.0	76.8	467.6	34.8	2.3	8.1	9.6	54.4	414.6
Faroe Islands												
1997-01	44.0	7.4	72.1	29.1	64.4	479.4	25.8	7.7	7.2	3.9	88.4	257.7
Greenland												
1996-00	94.3	51.3	71.9	105.2	..	..	29.9	13.2	35.6	27.7	..	..
2000	86.6	39.1	0.0	87.0	659.0	-	45.8	26.7	84.2	44.1	-	510.2
Finland												
1995	72.6	7.0	33.2	81.7	155.6	386.6	32.0	3.6	7.4	16.3	33.9	235.5
2000	70.8	6.0	30.8	75.6	137.1	471.2	34.4	3.0	9.3	18.9	53.2	310.8
2003	72.0	6.4	31.6	73.8	137.8	531.8	35.1	2.7	9.1	17.4	59.6	319.1
2004	75.9	9.4	33.1	78.7	155.4	429.4	39.9	7.3	11.6	24.8	60.6	302.8
Åland												
1996-00	59.6	4.1	19.2	62.1			21.0	-	7.0	10.5		
2000-04	42.0	16.3	13.4	42.2	57.8	237.3	24.2	8.6	-	11.3	24.8	204.5
Iceland												
1995	51.5	26.9	47.0	56.3	74.0	186.1	35.2	34.6	14.6	31.1	65.4	115.5
2000	38.4	3.0	46.0	36.7	76.6	274.6	12.8	-	23.7	10.1	30.2	21.5
2002	27.8	5.9	18.5	27.3	67.4	186.9	20.9	15.4	14.2	15.3	29.7	141.3
2003	27.6	8.9	18.3	28.4	50.1	179.7	19.4	0.0	19.0	5.5	59.4	232.9
Norway												
1995	44.7	7.3	38.3	30.9	82.1	478.5	31.8	3.6	9.7	7.9	48.0	368.0
1999	44.4	7.0	37.3	26.8	98.2	505.6	33.2	4.2	7.8	8.2	43.0	437.4
2000	43.9	4.8	35.4	31.8	81.0	442.9	34.2	5.0	9.4	8.1	44.6	381.3
2003	48.4	4.9	34.9	40.4	86.6	417.9	33.1	3.2	9.0	12.3	37.3	349.2
Sweden												
1995	33.0	4.8	21.0	24.3	58.5	295.0	22.2	3.4	6.0	6.7	16.1	143.9
1999	33.1	4.5	17.1	23.1	62.5	306.5	23.5	3.0	6.0	6.1	33.3	233.7
2000	36.2	3.1	27.1	25.5	66.9	310.0	22.7	1.6	6.4	6.5	28.4	227.4
2003	39.1	4.0	22.3	27.8	66.2	347.0	26.7	1.5	7.9	7.2	28.5	270.4

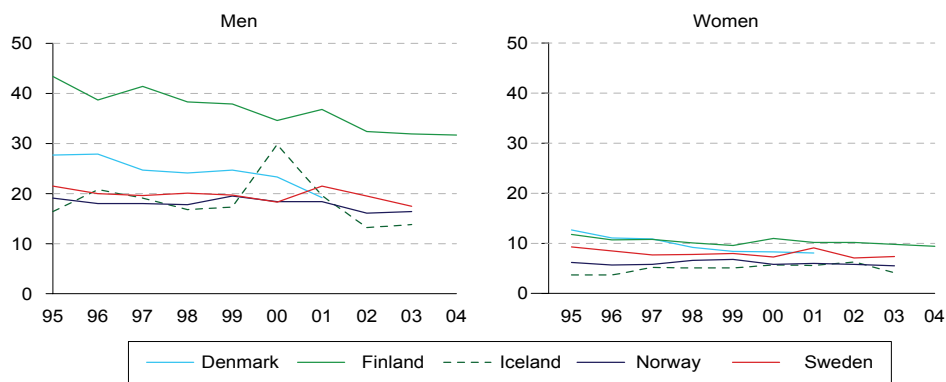
Source: The national registers for causes of death

ICD-9: E800-E929 and ICD-10: V01-X59.

Kilde: De nationale dødsårsagsregistre

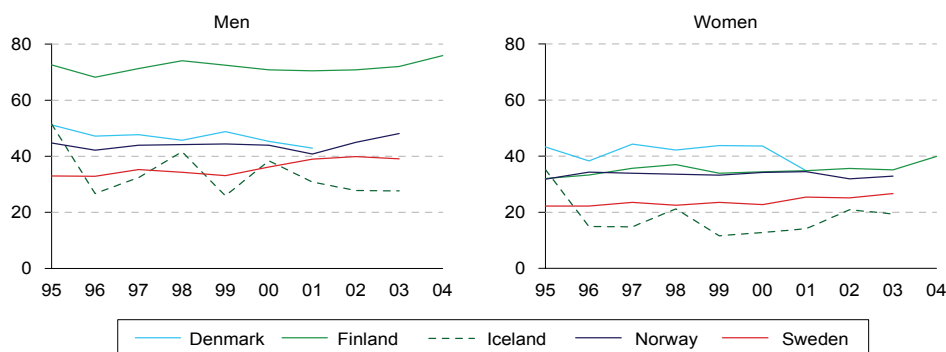
G: Chief Medical Officer

Figure 4.1.6 Deaths from suicide per 100 000 inhabitants by sex 1995–2004
 Døde som følge af selvmord pr. 100 000 indbyggere efter køn 1995–2004



Sources: Table 4.1.6
 Kilder: Tabel 4.1.6

Figure 4.1.7 Deaths from accidents per 100 000 inhabitants by sex 1995–2004
 Døde som følge af ulykker pr. 100 000 indbyggere efter køn 1995–2004



Sources: Table 4.1.7
 Kilder: Tabel 4.1.7

MORTALITY AND CAUSES OF DEATH
Table 4.1.8 Deaths from land transport accidents per 100 000 inhabitants by sex and age

Dødsfald i landtransportulykker pr. 100 000 indbyggere efter køn og alder

	Men					Women				
	Total I alt	0-14	15-24	25-64	65+	Total I alt	0-14	15-24	25-64	65+
Denmark 2001	12.2	2.7	24.1	11.2	20.5	4.5	1.7	6.7	3.6	9.1
Faroe Islands 1997-01	12.1	3.7	66.1	1.7	7.4	6.5	3.8	7.2	3.9	17.5
Finland 1995	14.0	3.8	19.5	12.2	35.1	5.0	2.1	5.8	3.8	10.9
2000	11.3	2.3	13.3	11.4	24.0	5.1	2.2	5.6	4.1	10.7
2003	11.7	4.5	15.0	11.1	21.5	4.8	1.8	6.0	3.3	11.0
2004	11.2	1.9	20.4	9.7	21.5	5.0	1.3	7.9	3.6	10.5
Åland 1996-00	9.8	-	12.3	9.0	24.6	3.1	-	-	-	16.2
2000-04	10.9	-	13.4	14.1	11.1	4.5	-	-	2.8	16.0
Iceland 1995	14.9	9.0	23.5	13.7	22.2	7.5	3.1	4.9	10.9	6.0
2000	16.3	0.0	32.2	16.9	27.3	7.1	0.0	19.0	5.8	11.2
2002	9.7	3.0	13.9	10.9	13.3	10.4	12.3	4.7	8.4	21.7
2003	13.1	6.0	9.2	13.5	32.6	4.2	-	9.5	2.8	10.7
Norway 1995	11.6	3.4	26.0	8.8	19.8	4.7	1.5	7.3	3.0	10.6
2000	12.5	2.6	26.4	12.2	16.3	4.6	2.5	7.9	3.4	8.3
2002	11.8	1.7	24.1	11.6	17.4	3.5	1.6	4.5	3.0	6.1
2003	11.9	3.2	19.6	11.9	18.8	3.7	1.8	4.5	3.0	7.1
Sweden 2002	9.7	1.8	16.9	9.7	13.5	3.0	0.5	5.3	2.5	5.3
2003	8.6	1.5	15.1	8.8	11.8	2.9	0.9	6.2	2.3	4.1

Source: The national registers for causes of death

ICD9: E800-E829; ICD-10: V01-V89

Kilde: De nationale dødsårsagsregistre

G: Chief Medical Officer

Table 4.1.9 Deaths from alcohol-related causes per 100 000 inhabitants
 Alkoholrelaterede dødsårsager per 100 000 indbyggere

	Denmark	Faroe Islands	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
Year	2001	1997-01	2004	2000-04	2003	2003	2003
<i>Men</i>							
Mænd							
0-34	0.7	0.0	3.5	0.0	0.0	0.4	0.6
35-44	28.6	0.0	56.5	32.4	0.0	8.8	6.5
45-64	87.2	3.6	134.8	60.8	9.4	32.4	38.3
65-74	100.5	0.4	99.0	39.6	11.4	44.5	45.9
75+	38.0	0.0	37.1	25.2	0.0	25.1	14.3
Total	37.0	4.0	57.8	26.5	2.8	13.9	15.9
<i>Women</i>							
Kvinder							
0-34	0.2	0.0	0.4	-	-	-	2.3
35-44	9.7	0.2	12.9	-	4.7	2.7	11.3
45-64	32.7	0.4	36.1	22.5	-	13.2	9.2
65-74	20.3	0.0	21.2	36.8	-	9.9	1.9
75+	13.3	0.0	7.2	14.2	-	1.8	4.2
Total	12.7	0.6	14.4	10.6	0.7	4.4	2.3
<i>M+W</i>							
M+K							
0-34	0.5	0.0	1.9	-	-	0.2	0.3
35-44	19.3	0.2	35.0	16.0	2.3	5.8	4.5
45-64	60.0	4.0	85.3	41.8	4.8	22.9	24.9
65-74	57.7	0.4	56.3	38.1	5.5	26.1	26.5
75+	22.4	0.0	17.1	18.2	-	10.5	6.7
Total	24.7	4.6	35.7	18.4	1.7	9.2	10.0

Source: *The national registers for causes of death*
 Kilde: De nationale dødsårsagsregistre

ICD-10: E244, F10, G312, G621, G721, I426, K292,
 K700-709, K860, O354, P043, Q860, Y15, X45

MORTALITY AND CAUSES OF DEATH

Table 4.1.10 Deaths from drug-related causes per 100 000 inhabitants
Misbrugsrelaterede dødsfald per 100 000 indbyggere

	Denmark	Faroe Islands	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
Year	2001	1997-01	2004	2000-04	2003	2003	2003
<i>Men</i>							
Mænd							
0-34	7.2	1.7	2.5	7.2	2.6	10.2	5.6
35-44	25.2	6.2	4.2	10.8	0.0	24.2	17.9
45-64	15.6	7.5	2.2	5.5	25.2	19.3	17.7
65-74	9.8	0.0	-	-	11.4	7.3	12.8
75+	13.6	0.0	-	-	-	6.8	11.0
Total	12.7	3.4	2.3	6.2	7.6	14.2	11.5
<i>Women</i>							
Kvinder							
0-34	2.2	-	0.3	-	2.7	3.8	2.8
35-44	9.5	-	2.7	-	4.7	8.8	6.2
45-64	12.3	-	1.4	5.6	9.7	11.0	9.8
65-74	9.9	-	1.6	-	10.5	7.0	5.6
75+	9.2	-	-	-	-	2.7	6.2
Total	7.1	-	1.0	1.5	4.8	6.3	5.6
<i>M+W</i>							
M+K							
0-34	4.8	0.9	1.4	3.7	2.7	7.1	4.2
35-44	17.5	3.2	3.5	5.3	2.3	16.7	12.2
45-64	14.0	4.0	1.8	5.6	17.5	15.2	13.8
65-74	9.9	0.0	0.9	-	10.9	7.2	9.0
75+	10.8	0.0	-	-	-	4.3	8.1
Total	9.9	1.8	1.7	3.8	6.2	10.2	8.6

Source: *The national registers for causes of death*
Kilde: De nationale dødsårsagsregistre

ICD-10: ICD-10: F11-F16, F18-F19, O35.5, P04.4, X40-X49, X60-X69, Y10-Y19, T40.0-T40.3, T40.5-T40.9, T43.6

Table 4.1.11 Deaths from incompletely defined causes on the deaths certificate per 100 000 inhabitants
 Dødsfald af personer med dødsattester der har mangelfuldt definerede tilstande per 100 000 indbyggere

	Denmark	Faroe Islands	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
Year	2001	1997-01	2004	2004	2003	2003	2003
<i>Men Mænd</i>							
0-44	0.3	1.3	0.2	-	0.0	0.6	0.1
45-64	12.3	3.8	0.4	-	0.0	9.5	0.3
65-74	48.2	25.1	2.0	-	11.4	13.9	5.1
75+	176.2	107.0	4.8	25.0	45.9	146.7	141.9
Total	16.1	8.6	0.6	1.6	2.8	12.2	10.4
<i>No death certificate, number</i>							
Uden dødsattest, antal	117	-	84	2	-	354	413
<i>Women Kvinder</i>							
0-44	0.1	0.0	0.1	-	0.0	0.2	0.0
45-64	4.2	4.3	0.1	-	0.0	1.6	0.4
65-74	21.7	11.5	0.0	-	0.0	6.4	2.5
75+	201.5	142.7	6.0	42.6	44.1	240.4	292.7
Total	20.7	12.9	0.6	4.5	2.8	24.1	31.8
<i>No death certificate, number</i>							
Uden dødsattest, antal	103	-	51	5	-	240	308
<i>M+WM+K</i>							
0-44	0.2	0.7	0.1	-	0.0	0.4	0.1
45-64	8.3	4.0	0.3	-	0.0	5.6	0.4
65-74	34.0	18.0	0.9	-	5.5	9.9	3.8
75+	192.2	128.4	5.6	36.3	44.9	205.5	234.2
Total	18.4	10.7	0.6	3.1	2.8	18.2	21.2
<i>No death certificate, number</i>							
Uden dødsattest, antal	220	-	135	7	-	594	721

Source: The national registers for causes of death ICD-10: I469, I959, I99, J960, J969, P285.0,
 Kilde: De nationale dødsårsagsregistre R000-R948, R99

Table 4.1.12 Autopsy rates as a percentage of all deaths
 Obduktionsrater i procent af alle døde

	Denmark	Faroe Islands	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
<i>Medico legal autopsies</i>							
<i>Retsmedicinske obduktioner</i>							
1995	2	7	19	10	..	..	5
2000	2	3	21	9	12	4	5
2001	2	2	21	9	11	4	5
2002	..	8	21	9	10	4	5
2003	..	4	22	10	9	4	5
<i>Other autopsies</i>							
<i>Andre obduktioner</i>							
1995	10	..	12	9	..	..	13
2000	7	..	10	9	7	6	9
2001	7	..	9	15	7	6	9
2002	..	..	9	9	5	6	8
2003	..	..	9	8	5	5	8

Source: The national registers for causes of death ICD-10: R00-R94+ R 99 and J96.0-J96.9
 Kilde: De nationale dødsårsagsregistre

CHAPTER V

Resources

Ressourcer

• Introduction	• Indledning	212
• Health care expenditures	• Sundhedsudgifter	213
• Health care personel	• Sundhedspersonale	223
• Capacity and services in hospitals	• Kapacitet og ydelser i sygehusvæsenet	230
Extra Materials	Supplerende Materiale	
OECD:		
www.oecd.org		

Introduction

This chapter describes available resources and utilization of resources in the health sector. It begins with an overview of total health care expenditure, then a detailed description of expenditure on medicinal products, followed by a description of health care personnel, and capacity and services in hospitals.

Indledning

I dette kapitel gives der en samlet belysning af ressourcer og ressourceforbruget inden for sundhedsvæsenet. Først omtales de samlede sundhedsudgifter, med særlig omtale af udgifter til medicin, efterfulgt af sundhedspersonalet, kapacitet og ydelser i sygehusvæsenet.

5.1. Health care expenditure 5.1. Sundhedsudgifter

Development of health care expenditure

Health plays a central role in peoples' everyday life and is an issue that people are concerned about. Thus health is often a topic for debate, and health issues receive much attention in the press. Attention is particularly focussed on production of health services. Questions are asked about whether health services are adequate and about what health care costs society and individuals. The increasing cost of health care is an issue of concern in many countries. According to OECD, the reason for this concern is that health services are mainly publicly financed. Thus increasing health care expenditure is an extra burden on public budgets and, if priorities are not changed, this will lead to higher taxes for both citizens and companies.

In the Nordic countries, between 75 and 85 per cent of health care expenditure is publicly financed. In 2004, the level of public financing was lowest in Finland with 75 per cent, while the proportion in the other Nor-

Udviklingen i sundhedsudgifterne

Sundhed angår folks hverdag og har en central placering i folks bevidsthed. Dermed bliver temaet til genstand for debat og sundhedsspørgsmål får en mere dominerende plads i pressen. Der sættes især fokus på det stigende pres på forbruget af sundhedsydelser. Der stilles spørgsmål om sundhedsvæsenet er tilstrækkelig og i forlængelse af dette stilles der spørgsmål om hvad sundhedsvæsenet koster det offentlige og den enkelte. Stigende sundhedsudgifter er årsag til bekymring i mange lande. I følge OECD er årsagen til dette at det offentlige finansierer største delen af udgifterne. Stigende sundhedsudgifter bliver derved en ekstra byrde på de offentlige budgetter og vil, hvis der ikke foretages en omprioritering i budgetterne, medføre at skattetrykket for både borgere og virksomheder stiger.

I de nordiske lande finansierer det offentlige mellem 75 og 85 procent af sundhedsudgifterne. I 2004 var det offentliges andel lavest i Finland med 75 procent mens andelen i de andre nordiske lande

dic countries was over 80 per cent. Measured in relation to gross domestic product (GDP), health care expenditure has been relatively stable or has shown a slight increase during the second half of the 1990s and the beginning of this century. With the exception of Finland, health care expenditure represents between approx. 7 and 10 per cent of GDP.

Table 5.1.3 shows health care expenditure per inhabitant, which was highest in Norway and lowest in the Faroe Islands.

Changes in the recording of health care expenditure

Health care expenditure includes all expenditure, both private and public, on consumption or investment in health services etc. Expenditure can be financed both privately and publicly, including by households. Examples of health care expenditure by households are the cost of spectacles, orthopaedic items, medicinal products, dental treatment, medical treatment, physiotherapy services and other health services. Other types of expenditure include national insurance or private insurance reimbursements for use of health services, and public expenditure (net) on hospitals and primary health services.

Public expenditure on preventive measures and administration of health services is included. Expenditure on running private hospitals that are not included in the public budget is also included.

Health care expenditure also includes part of the expenditure on nursing and care for elderly people and people with dis-

var godt og vel 80 procent. Målt i forhold til bruttonationalproduktet (BNP) har sundhedsudgifterne været relativt stabile eller svagt stigende i den sidste halvdel af 1990erne og i begyndelsen af det nye årtusind. Med undtagelse af Finland er sundhedsudgifternes andel af BNP mellem ca. 7 og 10 procent.

Tabel 5.1.3. viser sundhedsudgifterne per indbygger, som var højest i Norge og lavest på Færøerne.

Ændring af opgørelsesmetoden for sundhedsudgifterne

Udgifterne til sundhedsformål omfatter alle udgifter, både private og offentlige, der går til forbrug eller investeringer i sundhedsvæsenet m.v. Udgifterne kan finansieres både af offentlige og private kilder, inklusiv husholdningerne. Som sundhedsudgifter regnes eksempelvis husholdningernes køb af briller og ortopædisk udstyr, lægemidler, tandbehandling, lægebehandling, forbrug af fysioterapi og andre sundhedsydelser, samt det offentliges, eller forsikringernes refusion for brugen af sundhedsydelserne samt det offentliges udgifter (netto) til drift af sygehuse og det primære sundhedsvæsen m.v.

Det offentliges udgifter til forbyggende foranstaltninger samt administration af sundhedsvæsenet er ligeledes inkluderet. Det samme gælder udgifter til drift af private sygehuse m.v. som ligger udenfor de offentlige budgetter.

Sundhedsudgifterne omfatter også dele af udgifterne til pleje og omsorg for ældre og funktionshæmmede. Ifølge internationale

abilities. According to international guidelines, this applies to the part of expenditure on nursing and care that can be specified as expenditure related to health. Services for elderly people and people with disabilities are often integrated, and it can be difficult to draw a clear demarcation between what shall be defined as expenditure on health services and what shall be defined as expenditure on social services. What is included as expenditure on health services can vary for the different countries.

There will always be such problems when one compares statistics from several countries. This does not mean that comparisons are worthless, but one must be aware that some of the observed differences can be the result of different definitions and demarcations.

In order to ensure the best possible comparability of statistics, international organizations such as OECD, UN and EUROSTAT work on producing classifications, standards and definitions. For example, OECD have developed "A System of Health Accounts". This accounting system has been developed in order to meet the political needs for data, and also the needs of researchers in this area. The common framework that the system is built on will ensure that the comparability of data between countries and over time is as good as possible. The system is also developed to provide comparable statistics, independently of how health services are organized in the countries.

All the Nordic countries have implemented, or are in the process of implementing, OECD's system of health accounts, and the figures presented in this

retningslinier gælder dette den del af pleje og omsorgsudgifterne der kan specificeres som udgifter til sundhedsformål. Ydelserne til ældre og funktionshæmmede er ofte integrerede og det kan være vanskeligt at sætte klare grænser for hvad der skal defineres som sundhedsudgifter og hvad der er udgifter til social omsorg. Dette kan være en kilde til forskellig afgrænsning af hvad der medtages som sundhedsudgifter i de enkelte lande.

Der vil altid komme sådanne problemer når man sammenligner statistik for flere lande. Dette betyder dog ikke at sammenligningen er værdiløs, men man må tage hensyn til nogle af de forskelle der observeres der kan skyldes forskellige definitioner og afgrænsninger.

For at sikre den bedst mulige sammenlignelighed, arbejder internationale organisationer som OECD, FN og EUROSTAT med at etablere klassifikationer, standarder og definitioner. OECD har blandt andet udviklet et system for sundhedsregnskab ("A System of Health Accounts") Regnskabssystemet er udviklet for at møde politiske behov for data såvel behovet hos forskere på området. Den fælles ramme som systemet er bygget op på, vil sikre den bedst mulige sammenlignelighed af data mellem lande over tid. Systemet er også udviklet således at det giver sammenlignelige tal uafhængig af hvorledes sundhedsvæsenet er organiseret i landene.

Alle de nordiske lande har eller er i færd med at indføre OECD's system for sundhedsregnskab, og tallene i denne publikation baserer sig på dette system. Alle lan-

publication are based on this system. Not all the countries have come equally far in implementing the system, but at the aggregated level on which the data are presented here, the data are assessed as being comparable. However, the unsolved problems faced by the countries and the different solutions they have found must be taken into account when interpreting the data. For example, the reason that per capita health care expenditure in Finland is 30 per cent lower than in the other countries, may be because the demarcation of what is included as health care expenditure on care of the elderly may be different from in the other countries. At the same time, Table 5.1.3 shows that health care expenditure per capita in Norway is substantially higher than in the other countries. It is important to be aware of the fact that OECD's system of health accounts and EUROSTAT's ESSPROS system are very different. Thus data on health care expenditure from these two sources are very different. EUROSTAT data are published by NOSOSCO in the publication *Social Protection in the Nordic Countries*.

ESSPROS includes all social arrangements, both public and private. The statistics include pension schemes, insurance schemes, humanitarian organizations and other charitable organizations. Insurance schemes are included if they are collective. This means that expenditure on health also includes sickness benefits (or salary paid during sickness) including sickness benefits paid by employers. These cash payments are not included in OECD's system, in which only expenditure on actual health services is included.

dene er ikke kommet lige langt i implementeringen af systemet, men på det aggregerede niveau som data præsenteres her, vurderes de at være sammenlignelige. Man må alligevel tage forbehold over for de vanskeligheder der står tilbage, og som landene måske har løst forskelligt. Der er blandt grund til at stille spørgsmålstegn ved om der er forskellige afgrænsninger af ældreområdet der gør at Finland har sundhedsudgifter per indbygger der rundt regnet er 30 pct. lavere end gennemsnittet i de andre nordiske lande. Samtidig ser man i tabel 5.1.3 at Norge har udgifter per indbygger som ligger væsentlig højere end i de andre lande. Det er vigtigt at være klar over at OECD's sundhedsregnskabssystem og dermed data om sundhedsudgifter adskiller sig væsentlig fra sundhedsudgifter der publiceres af EUROSTAT efter ESSPROS - systemet og som også publiceres af NOSOSKO i publikationen *Social tryghed i de nordiske lande*.

ESSPROS omfatter alle sociale ordninger, enten de drives af offentlige eller private. Statistikken omfatter også pensionskasser og fonde, forsikringer, humanitære organisationer og andre velgørende organisationer. Forsikringsordningerne er medtaget hvis de er kollektive. Det betyder at udgifter til sygdom også vil omfatte sygedagpenge (sygedagpenge eller løn under sygdom) herunder sygedagpenge betalt af arbejdsgiveren. Dette er kontantydelse som ikke medregnes som sundhedsudgifter i OECD's system, hvor det kun er udgifterne til den sundhedsmæssige service der er medtaget.

Developments in expenditure on medicinal products

As mentioned previously, in 2004, NOMESCO published Medicines Consumption in the Nordic Countries 1999-2003, which presents detailed information about expenditure on medicinal products in the Nordic countries. Table 5.1.4 shows the total sales of medicinal products according to ATC group for each of the Nordic countries. In order to have a better basis for comparison, expenditure in 5.1.5 is presented in EUR per capita.

The medicinal products for which expenditure is high are largely the same in all the Nordic countries.

It is difficult to compare expenditure on medicinal products in the hospital sector between countries, since hospitals pay very different prices for the same medicines, and prices are very different from prices in pharmacies in the primary health sector.

Measured in EUR per capita, expenditure on medicinal products is considerably higher in Iceland than in the other countries. The greatest difference in expenditure on medicinal products is for ATC group N. User charges are highest in Iceland followed by Finland and Åland.

Udvikling i lægemiddeludgifter

I 2004 udgav NOMESKO, som tidligere nævnt publikationen *Lægemiddelforbruget i de nordiske lande 1999 – 2003* hvori der findes en meget omfattende belysning af medicinudgifterne i de nordiske lande. I tabel 5.1.4 ses de samlede udgifter til lægemidler i de enkelte nordiske lande fordelt på ATC-hovedgrupper 2003. For at få et bedre sammenligningsgrundlag er udgifterne i tabel 5.1.5 omregnet til EUR per capita.

I alle landene er det i stor udstrækning de samme lægemidler, som vejer tungt i udgifterne.

Det er dog generelt set svært at sammenligne udgifterne i denne sektor mellem landene, da sygehusene erhverver sig lægemidler til vidt forskellige priser og til helt andre priser end apotekerne i den primære sektor.

Målt i EUR per capita har Island betydeligt større udgifter til lægemidler og Grønland det mindste i forhold til de øvrige lande hvor den mest markante forskel for Islands vedkommende findes i udgifterne til gruppe N. Egenbetalingen er højest i Island efterfulgt af Finland og Åland.

RESOURCES

Table 5.1.1 Health care expenditure (million KR/EUR) 2004
Udgifter til sundheds- og sygepleje (mio. KR/EUR) 2004

	Denmark ¹⁾²⁾	Faroe Islands ²⁾	Greenland	Finland ³⁾	Iceland ¹⁾	Norway ⁴⁾	Sweden ¹⁾
	DKK	DKK	DKK	EUR	ISK	NOK	SEK
<i>Public financing</i>							
Offentlig finansiering	104 678	734	897	8 609	75 551	139 635	198 274
<i>Private financing</i>							
Privat finansiering	20 302	90	2	2 631	15 079	27 624	35 176
<i>Total health care expenditure</i>							
Samlede udgifter til sundheds- og sygepleje	124 980	824	899	11 240	90 630	167 259	233 450

1 Preliminary estimates.

2 2003.

3 Finnish figures include Åland.

4 Changes in method of calculation for 2003 and 2004 for Denmark and from 2000 for Norway.

1 Foreløbige tal for 2004

2 2003

3 Finske tal inkluderer Åland

4 Ændringer i opgørelsesmetode for 2003 og 2004 for Danmark og for Norge fra 2000.

Source: OECD HEALTH DATA 2006

Kilde: FI: Statistics Faroe Islands; G: Directorate of Health

Table 5.1.2 Health care expenditure (EUR/capita) 2004
Udgifter til sundheds- og sygepleje (EUR/capita) 2004

	Denmark ¹⁾⁴⁾	Faroe Islands ²⁾	Greenland	Finland ³⁾	Iceland ¹⁾	Norway ⁴⁾	Sweden ¹⁾
<i>Public financing</i>							
Offentlig finansiering	2 605	2 057	2 118	1 647	2 963	3 633	2 416
<i>Private financing</i>							
Privat finansiering	505	252	5	503	591	719	429
<i>Total health care expenditure</i>							
Samlede udgifter til sundheds- og sygepleje	3 110	2 309	2 123	2 150	3 554	4 352	2 845

1 Preliminary estimates.

2 2003.

3 Finnish figures include Åland.

4 Changes in method of calculation for 2003 and 2004 for Denmark and from 2000 for Norway.

1 Foreløbige tal for 2004

2 2003

3 Finske tal inkluderer Åland

4 Ændringer i opgørelsesmetode for 2003 og 2004 for Danmark og for Norge fra 2000.

Source: OECD HEALTH DATA 2006

Kilde: FI: Statistics Faroe Islands; G: Directorate of Health

Table 5.1.3 GDP and health care expenditure in total and per capita 1995–2004
BNP og udgifter til sundheds- og sygepleje i alt og pr. indbygger 1995–2004

	Denmark ¹⁾⁴⁾	Faroe Islands ²⁾	Greenland	Finland ³⁾	Iceland ¹⁾	Norway ⁴⁾	Sweden ¹⁾
	DKK	DKK	DKK	EUR	ISK	NOK	SEK
<i>Total expenditure per capita 2004</i>							
Samlede udgifter pr. indbygger 2004	24 232	17 818	15 812	2 150	309 740	36 425	25 956
<i>GDP (million) 2004</i>							
BNP (mio.) 2004	1 467 311	9 764	9 827	151 935	916 765	1 906 062	2 573 176
<i>Expenditure in 2004-prices (million)</i>							
Udgifter i 2004-priser (mio.)							
1995	99 829	683	818	8 095	52 085	105 337	162 732
2000	116 880	635	876	9 086	72 480	134 719	197 720
2003	128 092	830	861	10 728	86 990	168 630	230 612
2004	130 877	..	899	11 240	90 630	167 259	233 450
<i>Expenditures as a percentage of GDP</i>							
Udgifter i pct. af BNP							
1995	8.2	7,0	8,3	7.5	8.4	7.9	8.1
2000	8.4	6,5	8,9	6.7	9.3	7.7	8.4
2003	9.0	8,5	8,8	7.4	10.5	10.3	..
2004	8.9	..	9,1	7.5	9.9	9.7	9.1

1 Preliminary estimates.

2 Expenditures 2003 in 2004 prices.

3 Finnish figures include Åland.

4 Changes in method of calculation for 2003 and 2004 for Denmark and from 2000 for Norway.

1 Føreløbige tal for 2004.

2 Udgifter 2003 i 2004 priser.

3 Finske tal inkluderer Åland.

4 Ændringer i opgørelsesmetode for 2003 og 2004 for Danmark og for Norge fra 2000.

Source: OECD HEALTH DATA 2006

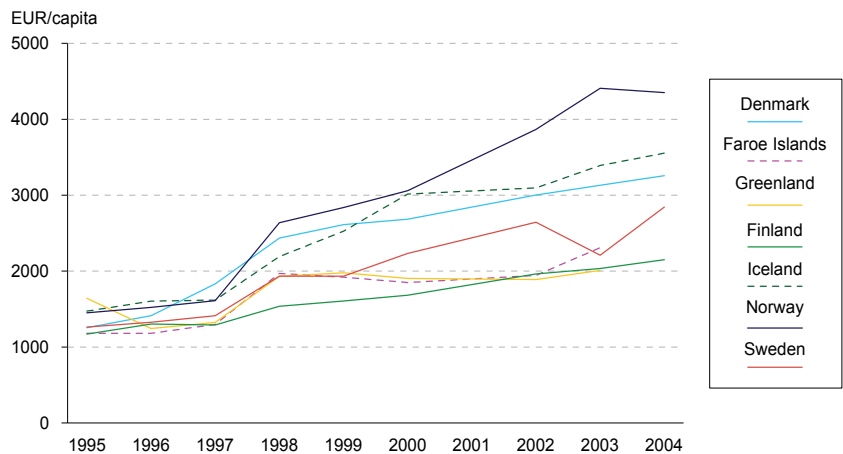
Kilde: FI: Statistics Faroe Islands; G: Directorate of Health

Source: OECD HEALTH DATA 2006

Kilde: FI: Statistics Faroe Islands; G: Directorate of Health

Figure 5.1.1 Total health care expenditure (EUR/capita) 2003

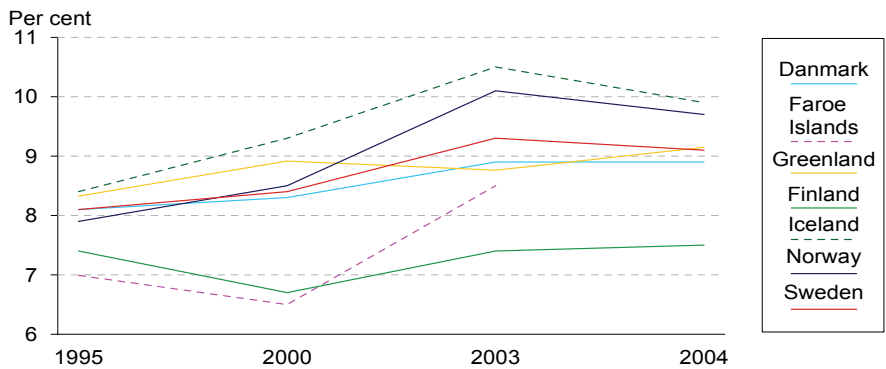
Samlede udgifter til sundheds- og sygepleje (EUR/capita) 2003



Sources: Table 5.1.3
Kilder: Tabel 5.1.3

Figure 5.1.2 Health care expenditure as a percentage of GDP 1995–2004

Udgifter til sundheds- og sygepleje i pct. af BNP 1995–2004



Source: OECD HEALTH DATA 2006
Kilde: FI: Statistics Faroe Islands; G: Directorate of Health

Table 5.1.4 Sales of medicinal products by ATC-group, calculated in pharmacy retail prices (million EUR), 2004

Salg af lægemidler fordelt på ATC-grupper, apotekernes salgspris (mio. EUR) 2004

	Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland ¹⁾	of which Åland ¹⁾	Iceland	Norway	Sweden
<i>A Alimentary tract and metabolism</i>								
Fordøjelse og stofskifte	199	1.8	0.3	262	1.1	18.3	210	395
<i>B Blood and blood-forming organs</i>								
Blod og bloddannende organer	143	1.4	0.2	110	0.6	8.9	97	280
<i>C Cardiovascular system</i>								
Hjerte og kredsløb	250	3.2	0.3	407	1.7	21.9	317	383
<i>D Dermatologicals</i>								
Hudmidler	46	0.3	0.3	61	0.2	4.6	47	102
<i>G Genito-urinary system and sex hormones</i>								
Kønshormoner m.m.	114	0.7	0.3	163	0.6	10.2	92	169
<i>H Systemic hormonal preparations, excl. sex hormones and insulins</i>								
Hormoner til systemisk brug	38	0.3	0.1	44	0.2	2.9	42	87
<i>J Anti-infectives for systemic use</i>								
Infektionssygdomme	204	1.2	0.8	142	0.9	13.1	118	191
<i>L Antineoplastic and immunomodulating agents</i>								
Cancermidler m.m.	169	1.1	0.3	201	1.5	14.3	191	342
<i>M Musculo-skeletal system</i>								
Muskler, led og knogler	96	0.5	0.1	166	0.7	11.0	115	158
<i>N Nervous system</i>								
Nervesystemet	507	3.2	1.4	446	1.7	48.3	384	645
<i>P Antiparasitic products, insecticides and repellents</i>								
Parasitmidler	10	0.1	0.0	6	0.0	0.4	5	9
<i>R Respiratory system</i>								
Åndedrætsorganer	201	1.3	0.4	193	1.0	13.8	205	259
<i>S Sensory organs</i>								
Sanseorganer	34	0.2	0.1	44	0.2	3.2	41	65
<i>V Various</i>								
Diverse	22	0.2	0.5	17	0.1	1.4	19	48
Total I alt	2 033	15.4	5.4	2 261	10.6	172.4	1 883	3 132
<i>Of which user charges</i>	604	-	-	922	4.1	98.7	556	603

Sources: D: Danish Medicines Agency; FI: Chief Pharmaceutical Officer; G: The Central Pharmacy in Copenhagen County; F & Å: National Agency for Medicines; I: Ministry of Health and Social Security; N: Norwegian Institute of Public Health; S: National Corporation of Swedish Pharmacies

1 For Finland and Åland, sales in the primary health sector are calculated in PRP (pharmacy retail prices) and in the hospital sector in PPP (pharmacy purchase prices).

RESOURCES

Table 5.1.5 Sales of medical products by ATC-group, EUR/capita 2004 - based on pharmacy retail prices
 Salg af lægemidler fordelt på ATC-grupper, EUR/capita 2004 - baseret på apotekernes salgspris

	Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
<i>A Alimentary tract and metabolism</i>								
Fordøjelse og stofskifte	37	38	6	50	41	63	46	44
<i>B Blood and blood-forming organs</i>								
Blod og bloddannende organer	26	28	4	21	22	30	21	31
<i>C Cardiovascular system</i>								
Hjerte og kredsløb	46	65	6	78	63	75	69	43
<i>D Dermatologicals</i>								
Hudmidler	9	7	6	12	8	16	10	11
<i>G Genito-urinary system and sex hormones</i>								
Kønshormoner m.m.	21	14	5	31	24	35	20	19
<i>H Systemic hormonal preparations, excl. sex hormones and insulins</i>								
Hormoner til systemisk brug	7	6	2	8	8	10	9	10
<i>J Anti-infectives for systemic use</i>								
Infektionssygdomme	38	24	15	27	35	45	26	21
<i>L Antineoplastic and immunomodulating agents</i>								
Cancermidler m.m.	31	23	6	38	58	49	42	38
<i>M Musculo-skeletal system</i>								
Muskler, led og knogler	18	10	2	32	26	38	25	18
<i>N Nervous system</i>								
Nervesystemet	94	65	25	85	63	165	84	72
<i>P Antiparasitic products, insecticides and repellents</i>								
Parasitmidler	2	1	1	1	2	1	1	1
<i>R Respiratory system</i>								
Åndedrætsorganer	37	26	6	37	36	47	45	29
<i>S Sensory organs</i>								
Sanseorganer	6	5	2	8	7	11	9	7
<i>V Various</i>								
Diverse	4	3	8	3	3	5	4	5
Total I alt	377	318	95	432	398	589	411	349
<i>Of which user charges</i>	112	-	-	176	155	337	121	67

Sources: See Table 5.1..5

Kilder: Se tabel 5.1.5

5.2 Health care personnel

For many years it has been difficult to obtain comparable data about health care personnel in the Nordic countries, because the sources for the data have been very different.

Therefore, in 2003, NOMESCO appointed a working group to obtain more comparable data, and to define health care personnel in the way that is done for health economy in OECD's A System for Health Accounts.

For this purpose, it has been found to be most appropriate to use NACE's classification of occupations, linked to the registers of authorization for health care personnel. These registers are more comparable, though the data are still incomplete and there are some inaccuracies.

With the new definitions and groups, data on health care personnel for previous years (before 2004) are not comparable with more recent data, since data for new groups of health care personnel are included.

It should be noted that the group 'qualified auxiliary nurses' is now subdivided. Those with an education of at least 18 months remain in this group, while those with an education of less than 18 months are included in the group 'other care personnel'. Since Sweden only has data for employees in the public service, data for these categories are not included. 'Other health personnel with a higher education' is defined as personnel with a university degree such as dieticians and pharmacists. Furthermore for physicians a group is in-

5.2 Sundhedspersonale

Det har i mange år været vanskeligt at fremskaffe sammenlignelige data om sundhedspersonale for de nordiske lande, især fordi kildegrundlaget har været meget forskelligt.

Derfor nedsatte NOMESKO i 2003 en arbejdsgruppe, med henblik på at skaffe data med mere ensartet kildegrundlag, samt definere sundhedspersonalet med samme afgrænsning som findes for sundhedsøkonomien i OECD's A System for Health Accounts.

Til det brug har man fundet det mest hensigtsmæssigt at anvende erhvervsklassifikationen (NACE's) definitioner og afgrænsninger, sammenkoblet med de personer der findes i autorisationsregistre, hvorved man har fundet mere sammenlignelige data, selvom der stadigvæk findes fejl og mangler.

Med de nye definitioner og afgrænsninger er oplysningerne om sundhedspersonale fra tidligere år (før 2004) ikke sammenlignelige med de nuværende oplysninger, ligesom der er medtaget data for nye personalegrupper.

Her skal det bemærkes at gruppen *qualified auxiliary nurses*, tidligere benævnt sygehjælpere på dansk, nu er opdelt i gruppen sygeplejerskeassistenter for de der har en uddannelse på mindst 18 måneder og de der har en uddannelse på under 18 måneder er medtaget i gruppen andet plejepersonale. Da Sverige kun har data for ansat i det offentlige er der ikke medtaget data for disse personalekategorier. Andet sundhedspersonale med en højere uddannelse er defineret som personale med en universitetsuddannelse så som ernærings-

RESOURCES

cluded with physicians who do not work in the social and health care sectors, and not with medicine.

Furthermore, the included data are registered at a given time of the year.

Additionally it should be noted that Finnish figures only cover the public sector.

fysiologer og farmaceuter. Endvidere er der for læger, medtaget en gruppe som ikke arbejder indenfor social og sundhedssektoren, herunder ikke med deres fag.

De medtagne data er desuden en opgørelse på et givet tidspunkt i året.

Desuden skal det bemærkes at de finske data kun gælder den offentlige sektor.

Table 5.2.1 Employed health personnel in health and social services 2004 (NACE 85.1 and 85.3)
Erhvervsaktivt sundhedspersonale indenfor sundheds- og socialområdet 2004 (NACE 85.1 og 85.3)

	Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden ³⁾
<i>Physicians</i>								
Læger	16 439	90	87	11 492	69	1 056	15 960	29 190
<i>Dentists</i>								
Tandlæger	4 616	40	29	2 395	21	287	3 675	7 281
<i>Dental hygienists</i>								
Tandplejere	1 114	..	75	3 641	27	25	747	2 952
<i>Dental surgery assistants</i>								
Tandlægeassistenter	3 787	44	..	-	-	303	2 854	..
<i>Psychologists</i>								
Psykologer	2 439	5	5	1 855	6	39 ¹⁾	3 115	4 318
<i>Qualified nurses</i>								
Sygeplejersker	51 557	354	243	46 838	315	2 525	68 304	87 012
<i>Radiographers</i>								
Radiografer	1 118	5	..	1 873	9	88	1 943	205
<i>Qualified auxiliary nurses</i>								
Sygeplejerskeassistenter	25 513	118	197	34 435	438	1 474 ²⁾	70 785	..
<i>Other care personnel</i>								
Andet plejepersonale	56 074	..	..	21 710	111	..	..	..
<i>Midwives</i>								
Jordemødre	1 279	19	16	1 682	11	200 ²⁾	2 309	6 123
<i>Physiotherapists</i>								
Fysioterapeuter	5 328	17	13	2 531	19	431	7 125	10 046
<i>Occupational therapists</i>								
Ergoterapeuter	4 509	10	4	671	7	147	2 194	6 973
<i>Hospital laboratory technicians</i>								
Hospitalslaboranter	5 363	35	24	3 879	21	299	4 040	..
<i>Other health personnel with a higher education</i>								
Andet sundhedspersonale med en højere uddannelse	494	..	..	-	6	..	2 954	..

1 Refers to 2003.

2 2002.

3 November 2003.

1 Refererer til 2003.

2 2002.

3 Nov 2003.

Source: D: National Board of Health; FI: Hospital Board; G: Directorate for Health; F: STAKES; Å: Government of Åland; I: Directorate of Health; N: Statistics Norway; S: National Board of Health and Welfare

RESOURCES

**Table 5.2.2 Employed health personnel in health and social services 2004
per 100 000 inhabitants (NACE 85.1 and 85.3)**
Erhvervsaktivt sundhedspersonale indenfor sundheds- og socialområdet per
100 000 indbyggere 2004 (NACE 85.1 og 85.3)

	Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden ³⁾
<i>Physicians</i>								
Læger	304	188	153	220	261	361	348	325
<i>Dentists</i>								
Tandlæger	85	83	51	46	79	98	80	81
<i>Dental hygienists</i>								
Tandplejere	21	..	132	70	102	9	16	33
<i>Dental surgery assistants</i>								
Tandlægeassistenter	70	92	..	-	-	104	62	..
<i>Psychologists</i>								
Psykologer	45	10	9	35	23	13 ¹⁾	68	48
<i>Qualified nurses</i>								
Sygeplejersker	955	738	427	896	1 191	863	1 487	967
<i>Radiographers</i>								
Radiografer	21	10	..	36	34	30	42	2
<i>Qualified auxiliary nurses</i>								
Sygeplejerskeassistenter	472	246	346	659	1 657	504 ²⁾	1 542	..
<i>Other care personnel</i>								
Andet plejepersonale	1 038	..	..	415	420	..	..	..
<i>Midwives</i>								
Jordemødre	24	40	28	32	42	68 ²⁾	50	68
<i>Physiotherapists</i>								
Fysioterapeuter	99	35	23	48	72	147	155	112
<i>Occupational therapists</i>								
Ergoterapeuter	83	21	7	13	26	50	48	78
<i>Hospital laboratory technicians</i>								
Hospitalslaboranter	99	73	42	74	79	102	88	..
<i>Other health personnel with a higher education</i>								
Andet sundhedspersonale med en højere uddannelse	9	..	..	-	23	..	64	..

1 Refers to 2003.

2 2002.

3 November 2003.

1 Refererer til 2003.

2 2002.

3 November 2003.

Source: D: National Board of Health; FI: Hospital Board; G: Directorate for Health; F: STAKES; Å: Government of the Åland Islands; I: Directorate of Health; N: Statistics Norway; S: National Board of Health and Welfare

**Table 5.2.3 Employed physicians by specialties in health and social services 2004
(NACE 85.1 and 85.3)**

Erhvervsaktive læger fordelt på specialer indenfor social - og sundhedsområdet
2004 (NACE 85.1 og 85.3)

	Denmark	Faroe Islands ¹⁾	Greenland	Finland	Åland	Iceland ²⁾	Norway	Sweden
<i>General practice</i>								
Almen medicin (alment praktiserende læger)	3 949	27	51	1 230	9	169	1 944	4 917
<i>Internal medicine</i>								
Intern medicin	1 217	..	..	1 250	8	143	1 226	3 376
<i>Paediatrics</i>								
Pædiatri	306	..	..	155	5	50	388	1 082
<i>Surgery</i>								
Kirurgi	730	..	..	845	3	59	689	1 681
<i>Plastic surgery</i>								
Plastik kirurgi	68	..	..	5	..	8	63	111
<i>Gynaecology and obstetrics</i>								
Gynækologi og obstetric	469	..	..	350	3	40	461	1 128
<i>Orthopaedic surgery, incl. hand surgery</i>								
Ortopædisk kirurgi, inkl. håndkirurgi	519	..	..	30	2	33	318	993
<i>Ophthalmology</i>								
Øjensygdomme	258	..	..	175	1	27	297	623
<i>Ear, nose and throat</i>								
Øre næse hals	312	..	..	205	..	16	246	574
<i>Psychiatry</i>								
Psykiatri	85	3	2	730	6	75	1 022	1 761
<i>Skin and sexually transmitted diseases</i>								
Hud og kønssygdomme	140	..	..	85	..	15	121	318
<i>Neurology</i>								
Neurologi	186	..	..	180	..	15	203	247
<i>Oncology</i>								
Onkologi	93	..	..	90	1	15	103	322
<i>Anaesthetics</i>								
Anæstesiologi	774	..	..	505	3	54	573	1 172
<i>Radiology</i>								
Radiologi	435	..	..	395	1	36	440	1 006
<i>Clinical laboratory specialties incl. pathology</i>								
Kliniske/laboratoriespecialer, inkl. patologi	463	..	..	350	..	50	364	823
<i>Other specialties</i>								
Andre specialer	103	35	16	170	4	22	543	774
<i>Specialists in total</i>								
Specialister i alt	10 107	65	69	6 800	46	827	9 001	20 908
<i>Physicians without specialist authorization</i>								
Læger uden specialistgodkendelse	6 332	25	14	4 370	23	229	6 959	8 282
<i>Physicians in total within NACE 85.1 and 85.3</i>								
Læger i alt indenfor NACE 85.1 og 85.3	16 439	90	83	11 170	69	1 056	15 960	29 190

1 2003

2 Data based on the register of physicians at the Directorate of Health. The newest specialty chosen for those with more than one specialty.

1 2003

2 Data er baseret på Helse Direktoratets register. Den nyeste specialisering er valgt, hvor der er flere end en specialisering.

Source: D: National Board of Health; FI: Hospital Board; G: Directorate for Health; F: STAKES; Å: Government of the Åland Islands; I: Directorate of Health; N: Statistics Norway; S: National Board of Health and Welfare

RESOURCES

Table 5.2.4 Employed physicians by specialties in health and social services per 100.000 inhabitants 2004 (NACE 85.1 and 85.3)

Erhvervsaktive læger fordelt på specialer indenfor social - og sundhedsområdet per 100.000 indbyggere 2004 (NACE 85.1 og 85.3)

	Denmark	Faroe Islands ¹⁾	Greenland	Finland	Åland	Iceland ²⁾	Norway	Sweden
<i>General practice</i>								
Almen medicin (alment praktiserende læger)	73	56	90	24	34	58	42	55
<i>Internal medicine</i>								
Intern medicin	23	..	..	24	30	49	27	38
<i>Paediatrics</i>								
Pædiatri	6	..	..	3	19	17	8	12
<i>Surgery</i>								
Kirurgi	14	..	..	16	11	20	15	19
<i>Platic surgery</i>								
Plastik kirurgi	1	..	..	0	..	3	1	1
<i>Gynaecology and obstetrics</i>								
Gynækologi og obstetrik	9	..	..	7	11	14	10	13
<i>Orthopaedic surgery incl. hand surgery</i>								
Ortopædisk kirurgi, inkl håndkirurgi	10	..	..	1	8	11	7	11
<i>Ophthalmology</i>								
Øjensygdomme	5	..	..	3	4	9	7	7
<i>Ear, nose and throat</i>								
Øre næse hals	6	..	..	4	..	6	5	6
<i>Psychiatry</i>								
Psykiatri	2	6	4	14	23	26	22	20
<i>Skin and sexually transmitted diseases</i>								
Hud og kønssygdomme	3	..	..	2	..	5	3	4
<i>Neurology</i>								
Neurologi	3	..	..	3	..	5	4	3
<i>Oncology</i>								
Onkologi	2	..	..	2	4	5	2	4
<i>Anaesthetics</i>								
Anæstesiologi	14	..	..	10	11	19	13	13
<i>Radiology</i>								
Radiologi	8	..	..	8	4	12	10	11
<i>Clinical laboratory specialities incl. pathology</i>								
Kliniske/laboratoriespecialer, inkl patologi	9	..	..	7	..	17	8	9
<i>Other specialities</i>								
Andre specialer	2	73	28	3	15	8	12	9
<i>Specialists in total</i>								
Specialister i alt	187	136	122	130	174	283	196	233
<i>Physicians without specialist authorization</i>								
Læger uden speciallistgodkendelse	117	52	25	84	87	78	152	92
<i>Physicians in total within NACE 85.1 and 85.3</i>								
Læger i alt indenfor NACE 85.1 og 85.3	304	188	146	214	261	361	348	325

1 2003

1 2003

2 Data based on the register of physicians at the Directorate of Health. The newest specialty chosen for those with more than one specialty.

2 Data er baseret på Helse Direktoratets lægeregister. Den nyeste specialisering er valgt, hvor der er flere end en specialisering.

Source: D: National Board of Health; FI: Hospital Board; G: Directorate for Health; F: STAKES; Å: Government of the Åland Islands; I: Directorate of Health; N: Statistics Norway; S: National Board of Health and Welfare

Table 5.2.5 Employed physicians 2004
Erhvervsaktive læger 2004

	Denmark	Faroe Islands ¹⁾	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
<i>Physicians employed in hospitals (NACE 85.1 and 85.3)</i> Læger beskæftiget på hospitaler (NACE 85.1 og 85.3)	11 343	63	85	7 300	47	768	9 656	..
<i>General practitioners (NACE 85.1 and 85.3)</i> Læger der arbejder som alment praktiserende læger (NACE 85.1 og 85.3)	3 867	27	..	3 700	16	228	3 041 ²⁾	4 917
<i>Heraf uden specialistgodkendelse</i>								
<i>Other physicians employed outside hospitals (mainly privately practising specialists) (NACE 85.1 and 85.3)</i> Andre læger der arbejder udenfor hospitaler (hovedsageligt privat praktiserende speciallæger) (NACE 85.1 og 85.3)	1 229	-	..	2 800	5	..	2 557	..
<i>Physicians employed in administrative medicine (NACE 75.1)</i> Læger beskæftiget med administrativ medicin (NACE 75.1)	204	1	2	-	1	..	1 644	578
<i>Physicians employed in medical research, teaching etc. (NACE 80.3, 73.1 and 24.4)</i> Læger beskæftiget med medicinsk forskning, undervisning m.v. (NACE 80.3, 73.1 og 24.4)	748	-	..	-	..	..	591	1 424
<i>Physicians employed within all other NACE codes</i> Læger beskæftiget på alle andre NACE-koder	1 056	-	..	-	..	..	793	1 628

1 2003

2 Includes only physicians who have practice as their main employment. The others are placed under "Other physicians employed outside hospitals (mainly privately practising specialists) (NACE 85.1 and 85.3)"

1 2003

2 Omfatter kun læger som har almen praksis som sin hovedbeskæftigelse. De øvrige vil være placeret under "Andre læger der arbejder udenfor hospitaler (hovedsageligt privat praktiserende speciallæger) (NACE 85.1 og 3)"

Source: D: National Board of Health; FI: Hospital Board; G: Directorate for Health; F: STAKES; Å: Government of the Åland Islands; I: Directorate of Health; N: Statistics Norway; S: National Boards of Health and Welfare

5.3 Capacity and services in hospitals

For many years, there has been a trend in the Nordic countries towards fewer hospital beds. Resources have been concentrated in fewer units, often involving a division of work in the most specialized areas. Units have often been merged administratively, not necessarily leading to fewer physical units. No hospitals have been closed down in Norway during the last few years, but some of the existing hospitals have become smaller.

Another trend in the Nordic countries is that psychiatric hospitals have been closed down, however, to varying degrees.

Hospital beds are organized somewhat differently in Finland, Iceland and Greenland than in the other countries. A number of beds are attached to health centres, and these beds appear in the tables as beds in "other hospitals". Some of these beds are for care of elderly people, and they are similar to beds in nursing homes and old peoples' homes in the other countries. Particularly for Finland and Iceland, this gives a larger number of beds in relation to the population than in the other countries.

Hospital beds are divided into medical, surgical, psychiatric and other beds. It is clearly indicated that, particularly for Finland and Iceland, the category 'other', includes activities that are not included in the other countries.

The tables about hospital discharges and average length of stay apply to patients admitted to ordinary hospitals and specialized hospitals. This limitation has been

5.3 Kapacitet og ydelser i sygehusvæsenet

Det er et kendetegn ved de nordiske landes sygehusvæsen, at der i en årrække er blevet færre sengepladser, og ressourcerne er blevet samlet på færre enheder, og oftest med en arbejdsdeling på de mest specialiserede områder. Ofte er det tale om en organisatorisk administrativ sammenlægning, som ikke nødvendigvis behøver at medfører færre fysiske enheder. I Norge er der ikke nedlagt hospitaler de seneste år, men de eksisterende hospitaler er ofte blevet mindre.

Det er ligeledes et kendetegn, at egentlige psykiatriske hospitaler er under afvikling i de nordiske lande, dog i forskelligt tempo.

I Grønland, Finland og Island er strukturen dog lidt anderledes, idet der til sundhedscentre er knyttet et antal sengepladser, som i tabellerne er rubriceret under andre hospitaler. En del af disse sengepladser er dog plejepladser, som i de andre lande findes ved alders- og plejehjemmene. Dette medfører, især for Finland og Islands vedkommende, at man får et betydeligt større antal sengepladser i forhold til befolkningen, end i de andre lande.

Sengepladserne ved sygehusene er fordelt på medicin, kirurgi, psykiatri og andet. Det fremgår klart, at det først og fremmest er Finland og Island som under rubrikken 'Andet' medregner aktiviteter, som ikke medtages af de øvrige lande.

Tabellerne over udskrivninger og gennemsnitlig liggetid omfatter indlagte patienter ved almindelige sygehuse og specialsygehuse. Denne afgrænsning er foreta-

done in order to improve comparability between the countries.

get for at fremme sammenligneligheden mellem landene.

The trend is that the number of treatment places and the average length of stay have been reduced in ordinary hospitals.

Within psychiatric treatment there has been a trend towards the use of more outpatient treatment, so that the number of psychiatric beds has been reduced.

Tendensen er, at antallet af behandlingspladser og den gennemsnitlige liggetid reduceres på de almindelige sygehuse. Inden for den psykiatriske behandling har der været en udvikling hen imod mere ambulante behandlingsformer, hvorfor antallet af psykiatriske sengepladser er blevet reduceret.

RESOURCES

Table 5.3.1 Available hospital beds by speciality 2004
 Disponible sengepladser ved sygehuse efter specialer 2004

	Denmark	Faroe Islands ¹⁾	Greenland	Finland ²⁾	Åland	Norway	Sweden
<i>Number</i>							
<i>Antal</i>							
<i>Medicine</i>							
Medicin	9 206	93	46	6 604	54	6 846	14 344
<i>Surgery</i>							
Kirurgi	6 652	95	62	5 009	47	6 324	8 237
<i>Medicine and surgery in total</i>							
Medicin og kirurgi ialt	15 858	188	108	11 613	101	13 170	22 581
<i>Psychiatry</i>							
Psykiatri	3 498	76	12	4 990	32	2 653	4 507
<i>Other</i>							
Andet	-	-	286 ²⁾	20 227	98	355	-
<i>Total</i>							
I alt	19 356	264	406	36 830	231	16 178	27 088
<i>Beds per 100 00 inhabitants</i>							
<i>Sengepladser pr. 100 000 indbyggere</i>							
<i>Medicine</i>							
Medicin	170	194	81	126	205	149	159
<i>Surgery</i>							
Kirurgi	123	198	109	96	179	138	91
<i>Psychiatry</i>							
Psykiatri	65	158	21	95	122	58	50
<i>Other</i>							
Andet	-	-	503	387	372	8	-
<i>Total</i>							
I alt	358	550	714	704	878	353	301

1 2003

2 Excl. patient hotel.

3 The number of beds has been calculated by dividing the total number of bed days by 366.

1 2003

2 Ekskl. patienthotel.

3 Antallet af senge er beregnet ved at dividere det totale antal sengedage med 366.

Source: D: National Board of Health; FI: Hospital Board; G: Directorate for Health; F: STAKES; Å: Government of the Åland Islands; N: Statistics Norway; S: Swedish Association of Local Authorities and Regions.

Table 5.3.2 Discharges, bed days and average length of stay in wards in ordinary hospitals and specialized hospitals 2004

Udskrivninger, sengedage og gennemsnitlig liggetid på afdelinger ved almindelige sygehuse og specialsygehuse 2004

	Denmark ¹⁾	Faroe Islands	Greenland ²⁾	Finland	Åland	Norway	Sweden
<i>Discharges per 1 000 inhabitants</i>							
<i>Udskrivninger pr. 1 000 indbyggere</i>							
<i>Medicine</i>							
Medicin	102	116	32	77	96	87	72
<i>Surgery</i>							
Kirurgi	96	111	76	110	107	86	70
<i>Psychiatry</i>							
Psykiatri	8	7	4	9	17	5	9
<i>Total</i>							
I alt	206	234	112	196	219	176	161
<i>Bed days per 1 000 inhabitants</i>							
<i>Sengedage pr. 1 000 indbyggere</i>							
<i>Medicine</i>							
Medicin	570	505	..	405	481	506	363
<i>Surgery</i>							
Kirurgi	401	441	..	331	357	390	292
<i>Psychiatry</i>							
Psykiatri	237	306	..	335	381	190	158
<i>Total</i>							
I alt	1 208	1 252	..	1 071	1 219	998	949
<i>Average length of stay</i>							
<i>Gennemsnitlig liggetid</i>							
<i>Medicine</i>							
Medicin	6	4	269	5	5	6	5
<i>Surgery</i>							
Kirurgi	4	4	492	3	3	5	4
<i>Psychiatry</i>							
Psykiatri	..	41	71	39	23	35	18
<i>Total</i>							
I alt	..	5	832	5	6	6	6

1 2003

2 Figures for average length of stay only refer to Dronning Ingrid's Hospital.

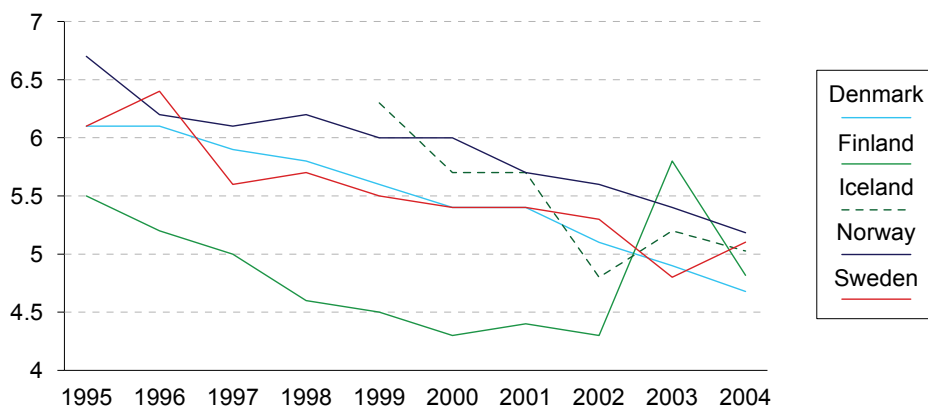
1 2003

2 Tallene for den gennemsnitlige liggetid omfatter kun Dronning Ingrid's Hospital.

Source: The national in-patient registers

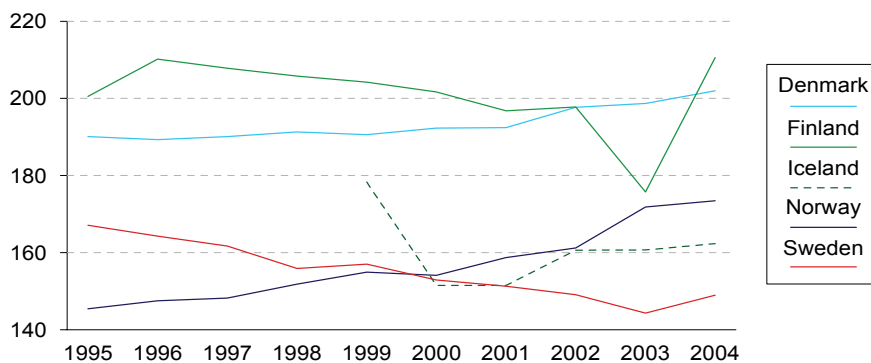
Kilde: De nationale patientregistre

Figure 5.3.1 Average length of stay in somatic wards 1995-2004
 Gennemsnitlig liggetid på somatiske afdelinger 1995-2004



Source: Table 3.4.1
 Kilde: Tabel 3.4.1

Figure 5.3.2 Number of discharges from somatic wards, per 1 000 inhabitants 1995-2004
 Udskrivninger fra somatiske afdelinger pr. 1 000 indbyggere 1995-2004



Source: Table 3.4.1
 Kilde: Tabel 3.4.1

Table 5.3.3 Discharges from hospitals* by sex and age, per 1 000 inhabitants in the age group 2004

Udskrivninger fra sygehuse* efter køn og alder, pr. 1 000 indbyggere i aldersgruppen 2004

	Denmark	Faroe Islands	Finland	Åland	Iceland ¹⁾	Norway	Sweden
<i>Age</i> Alder							
<i>Men</i>							
Mænd							
0-14	129	169	132	152	141	97	71
15-44	89	101	112	92	49	80	51
45-64	204	224	225	175	124	178	134
65-69	379	383	375	357	282	333	275
70-74	496	501	475	440	390	426	378
75-79	635	632	589	595	534	530	478
80+	774	683	735	789	628	699	645
<i>Total</i>							
I alt	186	196	199	190	128	159	134
<i>Women</i>							
Kvinder							
0-14	103	130	102	118	129	79	58
15-44	193	228	186	198	190	160	131
45-64	183	217	209	178	160	165	124
65-69	300	365	298	247	287	267	217
70-74	389	434	382	342	363	324	292
75-79	472	518	472	494	405	413	375
80+	597	540	529	701	515	534	518
<i>Total</i>							
I alt	217	239	222	241	196	187	163

1 Discharges for stays in hospital shorter than 90 days.

1 Kun udskrivninger ved indlæggelsestider på mindre end 90 dage.

* Comprises somatic wards in ordinary hospitals and in specialized somatic hospitals.

* Omfatter somatiske afdelinger ved almindelige sygehuse og ved somatiske specialsygehuse.

Source: *The national in-patient registers*
Kilde: De nationale patientregistre

RESOURCES

**Table 5.3.4 Bed days in hospitals* by sex and age,
per 1 000 inhabitants in the age group 2004**

Sengedage på sygehuse* efter køn og alder,
pr. 1 000 indbyggere i aldersgruppen 2004

	Denmark	Faroe Islands	Finland	Åland	Iceland ¹⁾	Norway	Sweden
<i>Age</i> Alder							
<i>Men</i>							
Mænd							
0-14	389	286	508	498	390	380	277
15-44	281	632	535	247	167	283	162
45-64	949	1 397	1 124	734	627	858	620
65-69	2 062	3 774	1 897	2 038	1 785	1 992	1 524
70-74	2 929	4 077	2 466	2 787	2 872	2 770	2 276
75-79	3 880	6 434	3 303	3 764	4 391	3 640	3 062
80+	5 207	6 958	6 754	6 200	6 689	4 987	4 472
<i>Total</i>							
I alt	874	1 249	1 036	911	699	823	697
<i>Women</i>							
Kvinder							
0-14	330	245	359	257	363	333	234
15-44	563	899	753	618	519	582	383
45-64	820	1 330	876	731	709	821	565
65-69	1 699	2 609	1 382	1 243	1 903	1 611	1 215
70-74	2 431	4 506	1 943	2 123	2 823	2 157	1 800
75-79	3 270	5 867	2 431	3 737	3 778	2 946	2 510
80+	4 566	7 258	3 059	5 969	5 954	3 948	3 886
<i>Total</i>							
I alt	1 015	1 496	994	1 153	933	974	822

¹ Bed days of discharges for stays in hospital shorter than 90 days.

¹ Sengedage for udskrivninger ved indlæggelsestider på mindre end 90 dage.

* Definition, see table 3.4.2

* Definition, se tabel 3.4.2

Source: The national in-patient registers

Kilde: De nationale patientregistre